Revista Especialidad Médica

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

*Artículo original*

# Obesidad y decisiones alimentarias desde la teoría de la prospectiva

## *Obesity and Food Decision-Making from Prospect Theory*

Raúl Sampieri-Cabrera,[1,2*] Gustavo López-Toledo,[1] Laura Gómez-Virgilio,[1] Mireya Velázquez-Paniagua,[1] Armando Muñoz-Comonfort[1]

[1]Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
[2]Centro de Ciencias de la Complejidad, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

*Autor de correspondencia: Raúl Sampieri-Cabrera. Correo electrónico: sampieri@comunidad.unam.mx

**Resumen**

**Objetivo:** examinar cómo personas adultas con trayectorias de peso distintas estructuran sus decisiones alimentarias y de salud a partir de los principios de la teoría de la prospectiva. **Métodos:** se desarrolló un estudio cualitativo integrado por 80 participantes entre 20 y 55 años, distribuidos equitativamente en cuatro grupos: normopeso, sobrepeso, obesidad grado I y obesidad grado II. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas de 60 minutos, diarios estructurados de decisiones alimentarias durante siete días y dos tareas experimentales de elección bajo riesgo diseñadas *ad hoc*. Las transcripciones se analizaron mediante procedimientos de codificación abierta, axial y comparativa, empleando ATLAS.ti para construir categorías alineadas con los constructos de la teoría de la prospectiva. La validez se fortaleció mediante triangulación de técnicas, doble codificación y revisión por participantes. **Resultados:** se observaron patrones decisionales diferenciados. En normopeso predominó un punto de referencia estable y orientación a conservar el estado actual. En sobrepeso destacó una dinámica de compensación diaria y reajuste constante del peso de referencia. En obesidad grado I las decisiones se articularon alrededor de rituales alimentarios identitarios y resistencia a modificar prácticas gratificantes. En obesidad grado II las elecciones estuvieron fuertemente moduladas por experiencias de estigma y preservación de vínculos sociales, con respuestas que oscilaron entre evitación extrema y búsqueda de cambios drásticos. **Conclusión:** las decisiones alimentarias y de salud emergen de la interacción entre sesgos prospectivos, marcos identitarios y presiones socioculturales.

**Palabras clave:** obesidad; toma de decisiones; conducta alimentaria; asunción de riesgos; investigación cualitativa.

**Citación:** Sampieri-Cabrera R, López-Toledo G, Gómez-Virgilio L, Velázquez-Paniagua M, Muñoz-Comonfort A. Obesidad y decisiones alimentarias desde la teoría de la prospectiva. *Revista Especialidad Médica*. 2026;1(1):e2026-05.

**Recibido:** 08/12/2025

**Aceptado:** 10/02/2026

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0).

**Abstract**

**Objective:** To examine how adults with different weight trajectories structure their food-related and health decisions based on the principles of prospect theory. **Methods:** A qualitative study was conducted with 80 participants aged 20 to 55 years, evenly distributed into four groups: normal weight, overweight, obesity class I, and obesity class II. The study employed 60-minute semistructured interviews, seven-day structured food-choice diaries, and two ad hoc experimental risk-choice tasks. Transcripts were analyzed through open, axial, and comparative coding procedures, using ATLAS.ti to develop categories aligned with the constructs of prospect theory. Validity was strengthened through methodological triangulation, double coding, and participant checking. **Results:** Distinct decision-making patterns emerged across groups. Individuals with normal weight showed a stable reference point and a consistent orientation toward maintaining their current state. The overweight group displayed a daily compensation dynamic and continuous recalibration of their weight reference. In obesity class I, decisions centered on identity-related eating rituals and resistance to altering gratifying practices. In obesity class II, choices were strongly shaped by experiences of stigma and the need to preserve social bonds, with responses oscillating between extreme avoidance and attempts at drastic change. **Conclusion:** Food-related and health decisions arise from the interplay of prospect-theory biases, identity frameworks, and sociocultural pressures.

**Keywords:** Obesity; Decision Making; Feeding Behavior; Risk-Taking; Qualitative Research.

## Introducción

La obesidad es uno de los desafíos globales de salud más urgentes, que alcanza proporciones epidémicas en muchos países.[1-3] En 2022, más de 2500 millones de adultos tenían sobrepeso y 890 millones eran obesos, lo que equivale al 16% de la población adulta mundial.[4] Las proyecciones indican que para 2035 cerca de una de cada cuatro personas en el planeta vivirá con obesidad, con un impacto económico global estimado por encima de 4 billones de dólares.[1] Lejos de ser un problema exclusivamente individual, la obesidad es un fenómeno complejo y multifactorial;[5-7] engloba interacciones dinámicas entre predisposiciones biológicas, entornos obesogénicos y patrones de comportamiento influenciados cultural y psicológicamente.[8] La ciencia médica reconoce a la obesidad como una enfermedad crónica y recurrente cuyo origen no se reduce a la falta de voluntad personal, sino a un entramado de factores sistémicos y ambientales que exceden el control individual.[9,10] Durante décadas, las intervenciones se centraron en impulsar al individuo a comer mejor y moverse más, con resultados limitados en el mantenimiento del peso a largo plazo.[11] La evidencia actual muestra que abordar únicamente las conductas personales es insuficiente. Incluso con cambios de estilo de vida, las fuerzas del entorno como disponibilidad de alimentos ultraprocesados, mercadotecnia y estrés

socioeconómico contrarrestan los esfuerzos individuales.[12-16] Este reconocimiento pone de relieve las limitaciones de los modelos conductuales tradicionales, que asumen decisiones perfectamente racionales y estables. En la práctica, las personas no siempre toman decisiones de salud óptimas aun disponiendo de información nutricional; más bien, sus elecciones están mediadas por sesgos cognitivos, emociones y contextos sociales.[17-20]

En este sentido, se pueden adoptar marcos teóricos de la economía del comportamiento para comprender mejor la toma de decisiones relacionada con la alimentación y el peso. La teoría de la prospectiva,[21] propuesta por Kahneman y Tversky, ofrece un modelo descriptivo de cómo las personas evalúan opciones bajo riesgo, introduciendo conceptos como el punto de referencia (estado a partir del cual se juzgan ganancias o pérdidas), la aversión a la pérdida (tendencia a que las pérdidas duelan más que lo que gratifican ganancias equivalentes), la sensibilidad decreciente (rendimientos marginales decrecientes al aumentar ganancias o pérdidas), la ponderación distorsionada de probabilidades (sobreestimación de sucesos de baja probabilidad y subestimación de sucesos muy probables) y el efecto de dotación (valorar más aquello que se posee frente a lo que no se posee).[22] Aplicada al análisis de la obesidad,[23] la teoría de la prospectiva sugiere, por ejemplo, que una persona puede percibir el dolor de "perder" ciertos alimentos o rutinas placenteras más intensamente que la satisfacción de "ganar" salud bajando de peso (aversión a la pérdida), o que puede subestimar la alta probabilidad de desarrollar complicaciones médicas a largo plazo (por ejemplo, desarrollar diabetes) mientras sobrestima pequeñas ocasiones de fracasar o de sufrir efectos adversos al intentar una dieta (sesgo de probabilidades). Las decisiones preventivas de salud están más motivadas por evitar amenazas que por obtener beneficios equivalentes,[22] una evidencia coherente con la aversión a la pérdida.

Asimismo, investigaciones sobre preferencias intertemporales y riesgo en población con obesidad muestran resultados heterogéneos, mientras algunos trabajos encuentran mayor preferencia por recompensas inmediatas de la comida, aunque impliquen pérdidas de salud futuras,[24] otros señalan que ciertos individuos con obesidad pueden ser igual de prudentes y orientados al futuro que sus pares de peso saludable,[25] dependiendo de factores contextuales y poblacionales. Estos hallazgos sugieren que la toma de decisiones en obesidad obedece a una configuración particular de sesgos cognitivos modulados por la identidad y el entorno de cada persona, en lugar de atribuirse a un déficit global de fuerza de voluntad.

En consecuencia, este trabajo busca dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se conforman las decisiones alimentarias y de salud en personas con diferentes trayectorias de peso (normopeso, sobrepeso y obesidad grados I y II), a la luz de los principios de la teoría de la prospectiva? Responder esta pregunta permitirá enriquecer la comprensión de la obesidad incorporando una perspectiva decisional. Además, este estudio busca captar las experiencias subjetivas y los razonamientos que

subyacen a las elecciones cotidianas de alimentación y control de peso en distintos perfiles ponderales.

## Métodos

*Diseño del estudio*

Se llevó a cabo una investigación cualitativa, empleando la teoría de la prospectiva como marco teórico-operativo. La selección del diseño cualitativo se fundamenta en la complejidad del fenómeno a explorar y las decisiones alimentarias en diferentes poblaciones con trayectorias de peso, pues permite captar matices de significados, motivaciones y percepciones que serían inaccesibles mediante métodos cuantitativos estructurados. La aproximación fenomenológica buscó comprender la experiencia vivida de los participantes respecto a su alimentación y peso, "desde dentro" de sus propias perspectivas. Este diseño responde a la necesidad de abordar la obesidad como un fenómeno de múltiples niveles, biográfico (historias personales de peso), situacional (entornos sociales) y cognitivo (sesgos en la toma de decisiones).

*Participantes*

Se incluyeron 80 participantes adultos (entre 20 y 55 años, M = 37.4, SD = 9.1), divididos equitativamente en cuatro grupos según su estado ponderal actual: 20 con normopeso (IMC 18.5–24.9), 20 con sobrepeso (IMC 25–29.9), 20 con obesidad grado I (IMC 30–34.9) y 20 con obesidad grado II (IMC 35–39.9).

La muestra logró equilibrio de sexo (52% mujeres) y diversidad ocupacional (profesionales, obreros, estudiantes y cuidadores del hogar). Antes del estudio, a cada participante se le realizó un examen antropométrico (peso y talla para el cálculo de IMC) y se recabaron datos generales (historial de peso y comorbilidades autorreportadas básicas) para su caracterización; ninguno reportó enfermedades agudas graves en el momento.

Adicionalmente, se contempló la presencia de un profesional de apoyo psicológico durante las entrevistas, en previsión de posibles malestares emocionales al hablar de peso o experiencias de estigma.

*Criterios de inclusión*

(a) rango de edad 20–55 años (este rango fue seleccionado para evitar sesgos propios de adolescencia o la vejez en las decisiones); (b) residir en entorno urbano (por comparabilidad ambiental); (c) voluntariedad y consentimiento informado firmado.

*Criterios de exclusión*

Personas con obesidad grado III (IMC ≥ 40) por potenciales diferencias cualitativas marcadas en experiencia (por ejemplo, limitaciones funcionales severas) y personas con diagnósticos clínicos que pudieran afectar la cognición o la conducta alimentaria.

*Marco teórico-operativo y definición de constructos*

La teoría de la prospectiva orientó tanto el diseño de la guía de entrevista y tareas como el código inicial de análisis. Antes de la recolección, el equipo realizó las definiciones operativas de los principales constructos:

a) Punto de referencia. Se asocia a cómo cada participante define su "peso normal" o meta personal, o qué consideran un estado neutro en términos de salud/peso. Se anticipó que, por ejemplo, los participantes normopeso podrían tener como referencia su peso actual estable, mientras que en obesidad grado II quizás la referencia sea más dinámica (por ejemplo, "mi yo de antes" o un ideal inalcanzable).
b) Aversión a la pérdida. Se exploró a través de narrativas donde renunciar a ciertos alimentos o rutina se sintiera como pérdida, o el temor a recuperar el peso perdido. Buscamos frases que indicaran que "duele más" la perspectiva de una pérdida o la alegría de una ganancia equivalente (por ejemplo, "prefiero no perder la salida con mis amigos, aunque gane unos kilos, porque perder mi vida social sería peor que ganar salud).
c) Sensibilidad decreciente. En las entrevistas se incluyeron preguntas sobre incrementos de peso/hábitos de forma incremental (por ejemplo, ¿cómo se sentiría si aumenta 2 kg? ¿y 5 kg? ¿y 10 kg?) para ver si la preocupación o reactividad crece o no linealmente. También se examinó si, tras pequeñas transgresiones alimentarias, algunos participantes mostraban la actitud de "ya qué, perdí poco contra perdí mucho" lo cual sugeriría umbrales de sensibilidad.
d) Ponderación de probabilidades. Se observó mediante cómo estiman riesgos de enfermedades, por ejemplo, un sobreoptimismo (sé que la probabilidad de enfermedad es alta, pero siento que a mí no me tocará) indicaría subponderación de probabilidades altas, mientras que miedo desmedido a eventos raros (efectos secundarios de un medicamento para perder peso con 1% de ocurrencia) señalaría sobreponderación de probabilidades bajas.
e) Efecto de dotación (y el relacionado sesgo de *status quo*). Se identificó en la resistencia al cambio de hábitos establecidos o apego a la situación actual por considerarla propia. Comentarios como "esta es mi manera de comer de toda la vida, no la voy a cambiar" reflejarían este efecto, valorando más el estado presente simplemente por ser el propio.

Estos constructos se tradujeron en ítems de la guía de entrevista y en categorías iniciales para codificación (descritas abajo), pero sin imponerse rígidamente, permitiendo que emergieran significados no previstos.

*Procedimiento de recolección de datos*

La obtención de información se realizó por tres técnicas complementarias para triangular perspectivas: a) entrevistas semiestructuradas en profundidad, b) diarios de decisiones alimentarias y c) tareas de decisión bajo riesgo diseñadas *ad hoc*.

a) Entrevistas semiestructuradas

Cada participante sostuvo una entrevista individual de aproximadamente 60 minutos de duración. Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, desarrollada a partir de los constructos de la teoría de la prospectiva. Las secciones de la entrevista exploraron:

(1) historia de peso y punto de referencia: cómo describen su peso "normal" o deseado, fluctuaciones significativas de peso en su vida y qué significaron (por ejemplo, ¿Ha tenido un peso con el que se sienta cómodo como referencia?). Esta sección buscó entrever el punto de referencia subjetivo de cada individuo respecto al peso corporal.

(2) Percepciones de pérdidas y ganancias, se indagó qué consideran "pérdidas" y "ganancias" en términos de la alimentación y la salud. Por ejemplo, se preguntó ¿Qué significa para usted perder en el contexto de su alimentación? ¿Perder peso? ¿Perder disfrute? ¿Perder salud? y análogamente sobre ganancias. También se exploró su reacción emocional ante la idea de subir o bajar X kilos, buscando señales de aversión a la pérdida (por ejemplo, mayor impacto de ganar peso que la satisfacción de perderlo).

(3) Decisiones alimentarias cotidianas. Se solicitó que narraran situaciones típicas de elección alimentaria (en casa, en el trabajo y ambientes de socialización), profundizando en motivaciones y dilemas internos. Por ejemplo, "describe la última vez que tuviste que elegir entre una opción de comida más saludable en relación con otra menos saludable. ¿Qué pasó por tu mente?" Con esto se identificaron consideraciones de riesgo, gratificación inmediata y futura, entre otros.

(4) Riesgos percibidos y probabilidades, aquí se discutió cómo perciben su riesgo de problemas de salud relacionados con el peso (diabetes, hipertensión, entre otras) y cómo esa percepción influye (o no) en su conducta. Se emplearon preguntas proyectivas como "si sigue con sus hábitos actuales", ¿cuán probable cree que es desarrollar X enfermedad en 10 años? ¿Esto le preocupa o motiva de alguna forma? Así se buscó evidencia de ponderación de probabilidades distorsionada (por ejemplo, subestimación de riesgos elevados por ser a largo plazo).

(5) Esfuerzos de cambio y adherencia, se preguntó por experiencias con dietas o planes de ejercicio, qué los motivó o detuvo, explorando si sienten "pérdidas" al seguir un régimen (por ejemplo, perder placer o perder parte de su identidad social) o cómo valoran

los beneficios inciertos de esas intervenciones (posible sobreponderación de pequeñas probabilidades de éxito o fracaso).

(6) Entorno social y decisiones. Se abordó cómo influyen la familia, amigos o el trabajo en sus decisiones alimentarias. Por ejemplo, ¿Alguna vez come de cierta forma para encajar con otros o para no desentonar? Esto para explorar el peso de la integración social y potenciales efectos de dotación (por ejemplo, costumbre de comidas familiares difíciles de modificar).

Las entrevistas fueron conducidas por investigadores entrenados en metodología cualitativa y en sensibilización al estigma de peso, las entrevistas se condujeron con una actitud empática y libre de estigma. Todas las entrevistas se grabaron en audio con permiso de los participantes y se transcribieron literalmente para su análisis.

b) Diarios de elección alimentaria

Además de la entrevista, cada participante completó un diario estructurado durante 7 días consecutivos. En estos diarios, se les pidió registrar cinco decisiones alimentarias por día. No se trataba de un registro exhaustivo de ingesta calórica, sino más bien de decisiones conscientes representativas (por ejemplo, desayuné avena en vez de tamal porque pensé en controlar calorías o compré refresco azucarado en vez de agua pese a saber que era menos sano). Para cada decisión, debían anotar, qué opciones consideraron, cuál eligieron, qué los motivó a elegir así (hambre, antojo, salud, costo, presión social, entre otras.) y cómo se sintieron al respecto después. Este formato permitió acceder a las microdecisiones cotidianas en contexto real y a la racionalidad subjetiva inmediata que quizás en la entrevista retrospectiva se omitiría. Los participantes recibieron instrucciones claras y ejemplos de cómo llenar el diario, y se les animó a ser honestos más que complacientes. Se les hizo saber que no serían juzgados por sus elecciones. Al recoger los diarios al cabo de la semana, el equipo realizó con algunos participantes un breve diálogo para aclarar o ampliar ciertas anotaciones.

c) Tareas de decisión bajo riesgo

Se diseñaron dos ejercicios de elección hipotética inspirados en paradigmas de juegos de azar, contextualizados a situaciones de salud y estilo de vida, para observar cómo los participantes toman decisiones cuando se enmarcan en términos de ganancias o pérdidas probables. La primera tarea presentaba un dilema de marco de ganancia y pérdida en salud, aquí se pidió al participante que imaginara que su médico le ofrece dos programas para mejorar su salud cardiovascular en el próximo año. En el marco de ganancia, la opción A garantizaba "ganar" una mejora segura (bajar 5 kg y reducir 5% su riesgo cardiovascular), mientras la opción B ofrecía la posibilidad de una mejora mayor (bajar 10 kg y reducir 15% riesgo) con una probabilidad del 50%, o no lograr mejora (0 kg perdidos)

con 50%. En el marco equivalente de pérdida, la opción A garantizaba evitar un "empeoramiento" (no ganar más peso ni aumentar riesgo), y la opción B implicaba 50% de evitar empeorar y 50% de empeorar más (ganar 5 kg). Se aleatorizó el orden en que cada participante veía los enunciados enmarcados como ganancia o pérdida para controlar efectos de orden. Se les pidió que escogieran A o B en cada escenario y explicaran el porqué de su elección.

La segunda tarea fue una versión adaptada de una apuesta temporal (preferiría X ahora o Y en el futuro), centrada en recompensas alimentarias y salud. A través de las siguientes preguntas, ¿Qué preferiría? a) comer su plato favorito hoy (sabiendo que impactará negativamente su peso) o b) mantener su plan saludable toda la semana y al final del mes haber bajado 1 kg? ¿Por qué?

Esta tarea evalúa la preferencia temporal y permite detectar descuento hiperbólico o su ausencia en distintos grupos.

Todas las respuestas y reflexiones durante estas tareas se registraron por escrito; cuando el participante lo permitía, se grabó audio mientras pensaba en voz alta.

*Análisis de datos*

Se empleó un método de análisis temático con procedimientos de codificación cualitativa asistida por el software ATLAS.ti. El proceso siguió varias etapas:

(1) Codificación abierta inicial. Dos investigadores leyeron de manera independiente todas las transcripciones de entrevistas y entradas de diario, realizando anotaciones y generando códigos iniciales de forma inductiva. En esta fase, algunos códigos se alinearon a las categorías apriorísticas ("miedo a recuperar peso" como posible evidencia de aversión a pérdida; "peso cómodo" para punto de referencia), mientras otros fueron más emergentes ("comer para manejar emociones" o "influencia de la familia").

(2) Codificación axial y categorización, posteriormente, en reuniones de equipo se agruparon códigos relacionados en categorías más abstractas, articulándolas con los conceptos teóricos. Por ejemplo, códigos como "no querer dejar mi pan dulce diario" y otros rituales innegociables se integraron en la categoría "resistencia a cambios rituales", la cual se interpretó bajo el constructo del efecto de dotación. De igual modo, códigos sobre "salté la cena porque almorcé mucho" y "compensé mi comida con ejercicio" se agruparon en "conductas compensatorias cotidianas", vinculadas a sensibilidad decreciente o a cierto cálculo diario de pérdidas/ganancias. Cinco categorías principales, correspondientes a los constructos de la teoría de la prospectiva, sirvieron de ejes de análisis de datos. Entre ellas se encuentra la referencia de peso, percepción de pérdidas contra ganancias, sensibilidad a magnitud de cambios, percepción de riesgos/probabilidades, resistencia al cambio/evaluación del estado actual. Dentro de cada eje, se diferenciaron las subcategorías emergentes por grupo de participantes,

permitiendo matrices comparativas (por ejemplo, bajo "referencia de peso" se distinguieron patrones propios de normopeso y obesidad).

(3) Comparación entre grupos, para este proceso se construyeron matrices de doble entrada (tipo *framework matrix*) donde en columnas figuraban las categorías teóricas y en filas los cuatro grupos de peso. Esto facilitó visualizar similitudes y diferencias. Por ejemplo, en la intersección referencia de peso en el grupo con obesidad grado I se resumieron las narrativas típicas de ese grupo (que presentaban referencia anclada en un peso pasado, antes de ganar peso), contrastándolas con referencia de peso en el grupo con normopeso (que presentaba referencias más estables y presentes).

(4) Para calcular la saturación teórica a medida que se incorporaban nuevos participantes, se monitoreó la aparición de códigos nuevos. Se consideró alcanzada saturación cuando las últimas entrevistas de cada grupo no aportaron categorías sustantivamente nuevas, sino confirmaron las existentes. Esto se produjo aproximadamente tras 16–18 entrevistas por grupo, aunque igualmente se analizaron las 20 de cada uno.

*Estrategias de validación*

Para asegurar la confiabilidad de los hallazgos, se aplicaron varias técnicas. Se realizó triangulación de métodos, en donde las narrativas de entrevista se contrastaron con los registros de los diarios y con las elecciones observadas en las tareas de riesgo. Esto permitió verificar consistencia (por ejemplo, un participante que en entrevista decía no importarle el riesgo de enfermedad, en su diario también mostraba poca consideración por la salud en sus decisiones, confirmando el patrón).

Además, se implementó doble codificación, otro analista cualitativo recodificó independientemente una muestra del 25% de las transcripciones. Se compararon sus códigos con los del analista principal, discutiendo las divergencias hasta llegar a consensos o refinamiento de definiciones de códigos. El índice de concordancia inicial fue satisfactorio (>80% de coincidencia en códigos aplicados a los mismos segmentos), mejorando tras la discusión.

Se utilizó la técnica de *member checking* o devolución, para ello se contactó a 8 participantes (2 de cada grupo) para compartirles de manera resumida las interpretaciones principales derivadas de sus declaraciones, preguntándoles si sentían que reflejaban adecuadamente su experiencia. La mayoría confirmó reconocerse en los hallazgos; por ejemplo, un participante con sobrepeso validó que "sí, tal cual, vivo compensando lo que como en un día con lo del siguiente". Sus retroalimentaciones se incorporaron para matizar la redacción de resultados, garantizando que la voz de los participantes se mantuviera fiel.

*Consideraciones éticas*

El proyecto fue aprobado por los comités de ética e investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM. Clave: 118/2024 "Estudio de la obesidad como un padecimiento complejo: una aproximación desde la teoría prospectiva". Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Adicionalmente, todas las citas textuales usadas en el informe fueron anonimizadas. Se aseguró la custodia segura de los datos (grabaciones y transcripciones) y se reiteró a los participantes que su decisión de participar o retirarse no tendría consecuencias negativas.

## Resultados

En este apartado se presenta una narración densa de los hallazgos, estructurada por grupo de participantes, en donde se destacan patrones característicos en la toma de decisiones alimentarias y de salud. Se incluyen citas representativas (entre comillas) para ilustrar las categorías estudiadas. A continuación, se hace una descripción y análisis de los resultados por grupo.

*Grupo normopeso*

Los participantes con normopeso tienden a describir sus hábitos alimentarios como relativamente consistentes y poco conflictivos. Identificaron un punto de referencia claro en términos de peso, su peso actual era considerado normal para ellos, y expresaron el deseo de "mantenerme donde estoy" más que de perder o ganar significativamente. Este peso de referencia corresponde con su peso histórico de la vida adulta, con variaciones menores (<5 kg) a lo largo de los años. Una participante (mujer de 29 años) comentó: "siempre he estado más o menos igual; si subo dos kilos ya me incomoda y rápido los bajo con un poco de control, porque sé cuál es mi rango". Esta cita ejemplifica la estabilidad de referencia, en donde cualquier desviación pequeña es percibida y corregida, denotando alta sensibilidad a cambios cercanos al punto de referencia. De hecho, en este grupo se observó que la sensibilidad decreciente ante ganancias de peso es baja. Es decir, 2–3 kg son sentidos como significativos, en contraste con grupos de mayor peso donde ganancias modestas pasan inadvertidas.

Las personas de este grupo describieron sus decisiones alimentarias como guiadas por hábitos arraigados (como desayunos ligeros y porciones moderadas) más que por deliberación constante. Varios mencionaron "ya sé cuánto y qué comer para sentirme bien", lo que sugiere un aprendizaje consolidado y quizás menor implicación de sesgos en lo cotidiano al no enfrentar grandes disyuntivas alimentarias.

No obstante, emergió un sutil rasgo de aversión a la pérdida de salud, aunque su riesgo metabólico actual es bajo, expresaron fuerte rechazo a la idea de volverse sedentarios o cambiar su estilo de vida por temor a "perder salud y forma física". Por ejemplo, un hombre de 42 años afirmó: "veo a mis amigos que se descuidaron y subieron mucho; a mí me daría pavor perder mi condición, la cuido porque la pérdida sería peor

que cualquier sacrificio en dieta". Aquí se aprecia que la idea de pérdida (de capacidad física o de figura) actúa como motivador preventivo; en términos de la teoría de la prospectiva, este grupo tiende a enmarcar sus elecciones como evitar pérdidas más que como obtener ganancias adicionales. En las tareas hipotéticas, la mayoría de los participantes en el grupo de normopeso optó por la opción segura tanto en el marco de ganancia como de pérdida (preferían una mejora modesta pero segura en salud antes que arriesgar por una mayor, y simétricamente evitaban un pequeño empeoramiento seguro antes que arriesgar un gran empeoramiento improbable). Sus explicaciones aludieron a "no arriesgar lo que ya tengo", reflejando una aversión al riesgo consistente con una valoración alta de su estado actual satisfactorio.

En general, este grupo exhibe decisiones orientadas a conservar el *status quo* saludable, lo que poseen actualmente en términos de salud y peso, mostrando poca disposición a arriesgarlo por beneficios mayores pero inciertos.

*Grupo sobrepeso*

Los participantes con sobrepeso presentaron un perfil distinto, marcado por lo que denominamos una estrategia de compensación diaria. A diferencia del normopeso, muchos en este grupo no tenían un peso de referencia tan estable; varios reportaron fluctuaciones cíclicas de 5–10 kg a lo largo de los años, con intentos periódicos de dieta seguidos de recuperaciones. No obstante, conceptualizaban su situación actual como manejable o transitoria, por ejemplo, un testimonio representativo es "estoy pasadito de peso, pero lo voy controlando, subo y bajo esos kilitos" (hombre, 34 años). Esta mentalidad sugiere que su punto de referencia es un rango más que un valor fijo. Es decir, se permiten cierta variabilidad mientras no excedan cierto límite subjetivo. En términos de la teoría de la prospectiva, podríamos interpretarlo como un punto de referencia dinámico, en donde tras una ganancia, recalibran su referencia aceptable ligeramente al alza, en lugar de sentir cada kilo extra como una pérdida intolerable.

El patrón más destacado fue la narrativa de compensación. Prácticamente todos describieron conductas de "si ayer cometí excesos, hoy me restrinjo". Un ejemplo del diario es el siguiente: "mi cena anoche fue muy pesada (pizza). Me sentí culpable y hoy desayuné sólo fruta para compensar". Este comportamiento evidencia una forma de contabilidad mental diaria, donde las ganancias calóricas de un día se contrarrestan con pérdidas calóricas al siguiente. Aunque a primera vista podría interpretarse como racional, a menudo perpetuaba un ciclo de altibajos, algunos confesaron que tras el periodo de restricción venía de nuevo el desborde, en un bucle.

La sensibilidad decreciente apareció en un sentido específico, en donde después de un exceso inicial, percibían que "ya que rompí la dieta, da igual si sigo" durante ese día, posponiendo la corrección al día siguiente. Esto indica que la sensación de pérdida de control una vez superado cierto umbral llevaba a infravalorar pérdidas adicionales (un sesgo parecido a lo que se conoce como el efecto de qué demonios o *what-the-hell effect*,

alineado con sensibilidad decreciente ante sucesivas pérdidas). En las entrevistas, varios mencionaron que el sacrificio constante les resulta insostenible, pero se manejan con compensaciones puntuales, "entre semana me cuido y el fin de semana me doy gustos; así mantengo un equilibrio". Sin embargo, algunos reconocieron que este equilibrio era más teórico que real, llevando a un ligero aumento continuo con el tiempo pese a las compensaciones.

En cuanto a aversión a la pérdida, en este grupo se observó de manera interesante tanto en el terreno del placer inmediato como en el de la imagen corporal. Por un lado, mostraron reticencia a "perder la oportunidad de disfrutar" ciertos alimentos o eventos sociales. Es decir, ante la disyuntiva dieta contra placer, les pesaba más la pérdida de disfrute si se abstenían. Como dijo una mujer de 37 años, "sé que debería resistir el antojo, pero siento que me pierdo de algo rico y me entra ansiedad, prefiero comer y luego ya veo cómo le hago". Esto refleja un tipo de aversión a la pérdida aplicado al placer a corto plazo. Por otro lado, al mismo tiempo manifestaban descontento con su peso y temor a seguir ganando (no querían "perder la figura por completo" o cruzar al rango de obesidad). Esta tensión entre evitar la pérdida inmediata de gratificación y evitar la pérdida a largo plazo de una figura aceptable define buena parte de sus decisiones, resultando en estrategias de compromiso (moderación parcial y compensaciones posteriores).

En las tareas bajo riesgo, este grupo fue más propenso que el grupo con normopeso a elegir la opción arriesgada en el marco de ganancia (arriesgarse a bajar más de peso con 50% de probabilidad), mostrando optimismo o confianza en que podrían lograrlo, como posible sobrevaloración de probabilidades moderadas de éxito. Sin embargo, en el marco de pérdida (evitar empeorar), muchos optaron también por arriesgar "quizá no empeoro", denotando cierta subestimación del riesgo real de dejar las cosas al azar. Este comportamiento dual sugiere una menor sensibilidad al riesgo en general. Posiblemente, acostumbrados a fluctuaciones, les es familiar asumir pequeñas apuestas con su peso. Es decir, a veces funciona la dieta estricta, a veces no, pero lo intentan).

El grupo con sobrepeso se caracteriza por un manejo día a día de su peso, con mentalidad de saldos compensatorios, y una negociación constante entre pérdidas y ganancias inmediatas frente a futuras, lo cual los expone a ciclos conductuales influenciados por sesgos de aversión al sacrificio inmediato y cierta sobreconfianza en la autocorrección posterior.

*Grupo con obesidad grado I*

Para los participantes con obesidad grado I, las decisiones alimentarias parecieron estar fuertemente entrelazadas con aspectos identitarios y emocionales. Una constante en sus relatos fue la presencia de rituales alimentarios bien establecidos, como pequeñas rutinas diarias o semanales con alta carga simbólica y afectiva, a las cuales se aferran y muestran renuencia a renunciar pese a reconocer su impacto en el peso. Por ejemplo, un hombre de 45 años describió con detalle su "rito" de cada tarde, "llegando del trabajo, me preparo

mi café con dos panes dulces y me siento a ver noticias. Es sagrado para mí, es mi momento de paz". Este hábito, repetido prácticamente a diario, aporta confort y estructura a su día. Cuando se le preguntó si consideraría sustituirlo por una opción más saludable o menos calórica, respondió que lo había intentado sin éxito, "lo he tratado de cambiar por fruta o eliminarlo, pero siento un vacío, como que me falta algo, no disfruto igual la tarde". Esta reacción ilustra el efecto de dotación, dicho ritual alimentario se interioriza como propio, parte de su bienestar cotidiano, de modo que despojarlo se vive como una pérdida mayor al beneficio que traería, incluso aunque racionalmente entienda que evitar esos panes ayudaría a adelgazar.

Varios participantes de este grupo narraron historias similares. La cena familiar abundante de los domingos, la salida fija de viernes a comer comida rápida con colegas, el postre nocturno, entre otros actos son vistos como momentos que no se negocian. La aversión a la pérdida se manifiesta hacia la pérdida de esas gratificaciones rituales y socioculturales asociadas a la comida, más que únicamente hacia la pérdida de salud. Prefieren mantener lo que poseen, es decir, sus hábitos reconfortantes aun sabiendo que esto conduce a su exceso de peso, lo cual se relaciona con el sesgo de *status quo*. Es decir, valoran el estado actual sobre el cambio, porque el cambio implica incertidumbre y sacrificio de algo valioso. Muchos expresaron resignación activa, "sé que por salud debería cambiar algunas cosas, pero también hay que vivir; si le quito esos gustos, ¿qué chiste? Prefiero estar gordito pero feliz". Esta frase de una mujer de 50 años resume una racionalización común, que prioriza la calidad inmediata de vida otorgada por la comida placentera y ritualizada, por encima de la expectativa de ganancia en salud futura, la cual perciben más difusa o no garantizada.

Además, en este grupo se evidencia una desvalorización del futuro, en la tarea temporal la mayoría optó por la recompensa inmediata (comer lo preferido hoy) en vez de esperar por un beneficio de pérdida de peso al final del mes, con argumentos como "hoy estamos, mañana quien sabe". Esta preferencia refleja un descuento hiperbólico del valor futuro, asociado al sesgo del presente, que es una tendencia a sobrevalorar recompensas inmediatas frente a beneficios diferidos. Sin embargo, cabe destacar que tal impulsividad en este grupo no se presentó como falta de control momentáneo, como podría ser en el trastorno por atracón, sino como una decisión consciente de conservar fuentes de satisfacción frente a un futuro incierto. Es decir, hay una lógica de prospectiva, dado un punto de referencia en el que su vida tiene ciertos placeres, sienten que renunciar a ellos sería asumir una pérdida cierta por una ganancia futura que "puede o no valer la pena". Pese a esta postura, muchos manifestaron sentimientos ambivalentes y de culpa, lo que indica que su satisfacción con el *status quo* no es completa.

Por ejemplo, después de defender sus rituales, reconocían preocupaciones de salud "cada año el doctor me advierte del azúcar… sé que debería hacer cambios, pero me cuesta horrores". Este conflicto sugiere que el punto de referencia psicológico de estas personas podría estar desplazándose lentamente y empiezan a considerar que quizás su

estado actual no debería ser el normalizado. De hecho, algunos aludieron a intentos pasados de dieta más serios, generalmente infructuosos, tras los cuales regresaron a sus hábitos anteriores con un sentimiento de "al menos tengo esto".

En las tareas de riesgo, un hallazgo interesante fue que, ante la opción de un programa seguro de salud contra uno arriesgado con posible mayor beneficio, los participantes de este grupo tendieron a no tomar el riesgo si implicaba abandonar sus rutinas por completo. Preferían una mejora pequeña que pudieran integrar sin sacrificar sus rituales, a una grande que demandara cambios drásticos. Esto denota aversión al riesgo de cambio, no necesariamente al riesgo en abstracto.

Este grupo se caracteriza por usar sus prácticas alimentarias consolidadas como anclas identitarias y emocionales. Su toma de decisiones está orientada a preservar estas anclas (efecto dotación/*status quo*) y evadir las pérdidas asociadas a cambiarlas, aun siendo conscientes del costo en peso y salud. Es decir, valoran más la pérdida inmediata de bienestar si abandonan un hábito que la ganancia equivalente de salud, una asimetría típica de la aversión a la pérdida.

*Grupo con obesidad grado II*

En los participantes de este grupo las decisiones alimentarias estuvieron fuertemente influidas por consideraciones sociales y por las experiencias de estigmatización que acompañan a un mayor peso corporal. Un tema recurrente fue la integración o evitación social en torno a la comida. Varios testimonios relataron episodios en los que modificaron su comportamiento alimentario en público debido a la conciencia de su peso. Por ejemplo, "cuando como frente a otros, pido porciones más pequeñas o algo *light* para que no piensen que por eso estoy gordo" (Hombre de 38 años). Esta estrategia puede parecer contraria a la suposición de descontrol; al contrario, indica decisiones calculadas para mitigar juicio social. Esto puede ser una manifestación de la teoría de la prospectiva donde la pérdida a evitar es el respeto o la aceptación social. Así, en ambientes sociales, muchos priorizaron evitar pérdidas sociales como burla o discriminación, por encima de maximizar su ganancia alimentaria, es decir, disfrutar plenamente la comida.

Una mujer de 44 años contó cómo en reuniones de trabajo nunca repetía plato, aunque se quedara con hambre, "para que no digan con razón está así". Esta tensión produce a veces un efecto rebote en privado y varios confesaron que, tras contenerse en público, llegaban a casa a desquitarse comiendo a gusto, en soledad. Dicho patrón sugiere que sus decisiones están fuertemente moduladas por el contexto, mostrando sobreponderación del factor social. El estigma de peso experimentado en el pasado surgió repetidamente en sus narrativas (burlas en la escuela, comentarios hirientes de familiares y dificultades médicas atribuidas solo al peso). Esto ha generado en muchos una suerte de punto de referencia identitario negativo, en el que se ven a sí mismos como "la persona gorda" en sus círculos, con resignación, pero también con estrategias para sobrellevarlo.

Algunos adoptaron actitudes de autodefensa como humor autocrítico y evitar situaciones, otros buscaron integrarse complaciendo a los demás. Por ejemplo, convirtiéndose en "el que cocina rico" para la familia o amigos, hallando en ello una forma de valor social. Paradójicamente, esta necesidad de aceptación mediante la comida puede perpetuar su obesidad. Uno de los participantes un hombre de 32 años reflexionó "siempre he sido el grande del grupo. Yo mismo llevo botanas y cervezas a las reuniones, así todos me quieren ahí… A veces pienso que, si bajara de peso, ¿seguiría siendo yo? ¿Qué tendría de especial?". Esta cita ilustra un fenómeno profundo, la obesidad prolongada llega a integrarse en la identidad y las dinámicas relacionales, de modo que cambiarla representa también un riesgo identitario. En términos de teoría de la prospectiva, su punto de referencia no es solo un peso físico sino un rol social; cualquier desviación amenaza con pérdidas en autoestima o pertenencia. Por tanto, las decisiones de este grupo ponderan fuertemente esas pérdidas potenciales.

En consecuencia, la aversión a la pérdida se manifiesta en el miedo a perder vínculos o a enfrentar rechazo. Preferirán elecciones que mantengan la armonía social inmediata, incluso si sacrifican avances en salud. Una participante narró cómo abandonó un programa de dieta grupal porque sus amistades la excluían de salidas a comer durante ese periodo, lo cual "me dolió más que seguir gorda". Este testimonio es consistente con datos que señalan que el peso y el estigma asociado impactan el bienestar mental y pueden llevar a aislamiento (26); en nuestro estudio se ve que, para evitar ese aislamiento, la persona renuncia a la intervención de peso, esta parece ser una decisión claramente guiada por evitar la pérdida social inmediata.

Otra cara de este fenómeno fue la internalización del estigma, algunos expresaron fatalismo, asumiendo que hicieran lo que hicieran, la gente los vería igual "si pido ensalada me ven con lástima o burla, entonces pido lo que quiero total…". Este cinismo provoca decisiones aparentemente despreocupadas como comer libremente algo poco sano, pero que en el fondo responden a una expectativa negativa fija. Que no pueden cambiar cómo los perciben. Desde los constructos de la teoría de la prospectiva, podría interpretarse que su función de valor ha perdido sensibilidad incremental, sintiendo que "ya qué más da" comer mejor o peor porque el "daño" en reputación o salud ya está hecho. Esto es un caso de sensibilidad decreciente extrema frente a pérdidas adicionales, similar a un jugador que sigue apostando al sentir que ya ha perdido mucho.

Sin embargo, cabe destacar que no todos compartían esa postura; unos pocos con obesidad grado II mostraron motivación intensa por cambiar, usualmente vinculada a un evento desencadenante como un susto médico serio. Esos individuos parecían haber reiniciado su punto de referencia. Ahora contemplaban su situación actual como inaceptable y estaban dispuestos a asumir pérdidas como renunciar a ciertos hábitos y enfrentarse al posible rechazo social por priorizarse con tal de lograr la ganancia de salud.

En las tareas experimentales, el grupo obesidad II mostró la mayor polarización en respuestas, algunos tomaron decisiones muy conservadoras como no arriesgar nada,

preferir lo seguro, quizás reflejando evitación de cualquier posible pérdida adicional, mientras otros optaron por apuestas altas reflejando un "todo o nada" con la esperanza de un cambio grande. Esta heterogeneidad interna sugiere subtipos, quienes están hundidos en la trampa del *status quo* contra quienes buscan un cambio radical.

En general, como grupo enfrentan las mayores barreras para tomar decisiones puramente centradas en salud, debido a la carga psicosocial sobre cada elección. Los hallazgos en este grupo resaltan que, en obesidad severa, la toma de decisiones sobre alimentación no puede desligarse de la experiencia de estigma y de la identidad social, por lo que cualquier intervención efectiva deberá abordar estos aspectos, reduciendo las pérdidas sociales que implica cambiar hábitos, a fin de liberar capacidad de decisión autónoma en pro de la salud.[27]

En general, se encontraron diferencias notables en cómo cada grupo percibe su peso (punto de referencia) y en la dinámica de sus microdecisiones cotidianas, las cuales reflejan distintos sesgos analizados con la teoría de la prospectiva. La tabla 1 sintetiza estos patrones diferenciados por grupo y su interpretación teórica.

**Tabla 1.** Patrones diferenciales de toma de decisiones por grupo de peso e interpretación según teoría de la prospectiva.

| Grupo | Patrón decisional dominante | Sesgos prospectivos identificados |
|---|---|---|
| Normopeso | Estabilidad en hábitos; fuerte intención de mantener estado actual ("no ganar ni perder peso"). Decisiones alimentarias mayormente automáticas, con control moderado. | Aversión al riesgo y a pérdidas que alteren su estado saludable; referencia de peso clara y estable; alta sensibilidad a pequeños cambios (rápida corrección de desviaciones). |
| Sobrepeso | Compensación diaria y ciclos indulgencia-restricción; negociaciones constantes entre disfrutar vs. cuidarse. Punto de referencia menos fijo (rango de +/- 5-10 kg). | Aversión a pérdidas inmediatas de placer > ganancias futuras de salud; cierta sobreconfianza en revertir excesos (sobreponderación de probabilidades de control); sensibilidad decreciente tras un desliz (efecto "ya qué más da" que facilita más indulgencias). |
| Obesidad grado I | Preservación de rituales alimentarios placenteros; resistencia al cambio de hábitos significativos. Decisiones justificadas en pro de calidad de vida presente. | Efecto de dotación/*status quo*: alto valor asignado a hábitos actuales; aversión a la pérdida de rituales y comodidades asociadas a la comida; descuento marcado del futuro (preferencia por recompensas presentes). |

| | | |
|---|---|---|
| Obesidad grado II | Prioridad a evitar rechazo y estigma; autocontrol variable según contexto social (restricción en público, desquite en privado). Identidad vinculada al peso, con decisiones a veces fatalistas. | Sobreponderación de factores sociales (pérdidas sociales temidas > beneficios de salud); aversión a pérdida de pertenencia; en algunos, insensibilidad a pérdidas de salud adicionales (resignación); en otros, toma de riesgos altos buscando cambio radical (patrón todo-o-nada). |

## Discusión

Los hallazgos de este trabajo ilustran cómo la obesidad puede entenderse, desde un análisis de la teoría de la prospectiva, como el resultado de una multitud de microdecisiones sesgadas por la manera en que las personas perciben ganancias y pérdidas en torno a la alimentación y la salud. En vez de suponer que los individuos con mayor peso carecen de conocimiento o motivación, nuestro estudio pone de relieve que todos los grupos, desde normopeso hasta obesidad grado II toman decisiones que son racionales desde su propio marco de referencia, aunque puedan parecer irracionales bajo un paradigma estrictamente biomédico y/o clínico. La teoría de la prospectiva provee un lenguaje para estas racionalidades.[28] Por ejemplo, la aversión a la pérdida se presentó como motivo subyacente transversal. Sin embargo, el objeto de pérdida varió, lo cual es habitual en estudios decisionales.[29,30] Los participantes del grupo normopeso temían perder la forma física lograda (un bien valioso para ellos), los participantes con sobrepeso temían perder el disfrute inmediato de la comida más de lo que temían ganar peso, los de obesidad grado I temían perder sus rutinas reconfortantes, y los de obesidad grado II priorizaban no perder aceptación social. En todos los casos, las "pérdidas" subjetivas pesaron más que las potenciales ganancias equivalentes como salud o adelgazamiento.

Este hallazgo es consistente con principios de teoría de la prospectiva aplicados a salud, es decir, que la gente tiende a evitar cambios percibidos como pérdidas incluso si la alternativa implica mejoras importantes, lo cual ha sido documentado en otros comportamientos preventivos.[31,32] Por otro lado, identificamos que el punto de referencia en torno al peso es dinámico y socialmente construido. Los normopeso podían fijar un punto de referencia estable porque contaban con la validación externa (IMC normal o considerado sano). En cambio, en el grupo con sobrepeso y obesidad, el punto de referencia parecía desplazarse con las experiencias. En sobrepeso, tras un ciclo de aumento quizá aceptaban un nuevo "normal" ligeramente mayor; en obesidad grado I muchos aún recordaban un "yo" más delgado como referencia aspiracional, mientras en obesidad grado II algunos asumían su peso actual como el statu quo inalterable que define su identidad, aunque fuera perjudicial. Esto coincide con la noción de que las preferencias y referencias no son exógenas e invariantes, sino endógenas al proceso histórico de la persona.[33-36] Una implicación es que ayudar a recalibrar el punto de referencia, por ejemplo, que alguien con obesidad pueda adoptar una meta de peso realista intermedia

como nueva referencia podría ser una estrategia terapéutica para minimizar la percepción constante de pérdida durante el adelgazamiento.[37,38]

En cuanto a sensibilidad decreciente, la observamos en comportamientos compensatorios en el grupo con sobrepeso, aquí un exceso pequeño lleva a otro, porque subjetivamente "ya se rompió la dieta". Es decir, la utilidad negativa de dos excesos no es el doble que la de uno, sino percibida marginalmente menor. También en obesidad grado II, donde añadir más riesgos de salud no genera tanta respuesta emocional como lo haría en normopeso, aquí cada kilo extra duele menos que el anterior, quizá por resignación. Este fenómeno puede explicar en parte por qué, una vez que una persona sobrepasa cierto umbral de peso, le cuesta más motivarse con pérdidas adicionales.[39] Es decir, el impacto psicológico de empeorar de IMC 35 a 36 es menor que de 25 a 26, por insensibilización progresiva.[10,40]

Por otro lado, la ponderación de probabilidades apareció de formas contrastantes. Algunos participantes, en el grupo con sobrepeso mostraron optimismo injustificado, sobreestimando la probabilidad de "mañana sí hago ejercicio y compenso" o de bajar de peso con algún método milagroso, lo que los llevaba a decisiones arriesgadas o a posponer cambios, lo cual se asocia con el sesgo de sobreponderar probabilidades favorables bajas. En cambio, varios participantes con obesidad parecían subestimar la alta probabilidad de complicaciones médicas, reduciendo la urgencia percibida de actuar. Estas distorsiones en la percepción del riesgo concuerdan con estudios de Pastore y cols.,[25] quienes hallaron en una muestra de participantes con obesidad que, en promedio, los participantes eran riesgo-aversos en decisiones económicas y no exhibían sesgo exacerbado de impaciencia temporal, lo cual desafía el estereotipo de que las personas con obesidad siempre toman más riesgos o no piensan en el futuro.[41,42] En este estudio encontramos evidencia similar, muchos participantes con obesidad expresaron genuina preocupación por su futuro y evitaban ciertos riesgos, como rechazar fármacos para adelgazar por miedo a efectos secundarios. No es que todos tengan preferencia temporal elevada; más bien, enfrentan dilemas en los que ambas opciones implican pérdidas percibidas, perder placer ahora contra perder salud después y manejan esa disyuntiva según sus valores y su contexto.

Nuestros hallazgos están en concordancia estudios neuroeconómicos que sugieren que la obesidad con frecuencia se asocia a alteraciones en sistemas de recompensa y control inhibitorio que hacen que la comida altamente palatable genere recompensas inmediatas difíciles de resistir,[25] análogo a lo que observamos con los rituales en el grupo con obesidad grado I, la recompensa inmediata tiene un valor subjetivo muy alto.[43] También investigaciones cualitativas en poblaciones con obesidad señalan que la omnipresencia del estigma internalizado puede minar la autoeficacia y llevar a elecciones de evitación, como vimos en el grupo con obesidad grado II.[44,45]

En cuanto a conductas compensatorias, se ha descrito que individuos con sobrepeso tienden a involucrarse más en conductas compensatorias de control de peso como saltar comidas tras excesos que los individuos de peso normal.[46] Esto coincide con

los hallazgos del grupo con sobrepeso, aunque tales conductas no necesariamente se traducen en mejor salud, pudiendo asociarse incluso con malestar psicológico. Sobre la influencia de la identidad y el entorno social, las personas con obesidad severa a menudo priorizan mantener roles sociales asociados a la comida como ser el "amigable o bonachón" que come con todos,[47,48] incluso a costa de su propio progreso en pérdida de peso, por el temor a redefinir sus relaciones sociales.

En la dimensión de riesgo y recompensa, tras perder peso significativamente, los individuos con obesidad mostraron mejoría en su estado de ánimo y una reducción en la propensión a tomar decisiones riesgosas. Esto implica que ciertos sesgos o patrones de decisión no son rasgos fijos, sino que pueden modificarse con cambios en el estado metabólico y emocional.[49,50] En correspondencia con estos hallazgos, algunos de los participantes de obesidad grado II que habían experimentado mejoras en salud reportaron sentirse más dueños de sus decisiones tras ver resultados positivos. Es decir, el punto de referencia puede reajustarse cuando se rompe el ciclo de derrotismo y se provee evidencia de ganancia posible.[51,52]

Adicionalmente, investigaciones como la de Ismail & Nuryakin,[53] en población asiática encontraron que la impaciencia temporal, mayor tolerancia al riesgo y sesgo de *status quo* se asocian con mayor probabilidad de obesidad crónica. Nuestros resultados concuerdan con esta evidencia, quienes en nuestros grupos mostraban más impaciencia (por ejemplo, los participantes del grupo con obesidad grado I que buscan gratificación inmediata) y *status quo* (por ejemplo, los participantes con obesidad grado I y II apegados a hábitos) efectivamente tenían más dificultad para bajar de peso. Sin embargo, es importante resaltar que esto no necesariamente implica causalidad unidireccional y bien podría ser que vivir con obesidad y enfrentar sus desafíos incremente la preferencia por recompensas inmediatas como mecanismo de afrontamiento, como comer para lidiar con emociones negativas derivadas del estigma.[54,55]

Comprender la obesidad como un fenómeno decisional abre nuevas vías para intervenciones más efectivas y compasivas. Se podría reencuadrar las intervenciones en términos de pérdidas evitadas, para motivar en lugar de ponderar ganancias. Por ejemplo, en lugar de comunicarle al paciente que baje x kg para ganar salud, podría expresarse como "evite empeorar su condición actual, preserve su estado de salud actual", aprovechando la fuerte aversión a la pérdida. Intervenciones basadas en encuadre de pérdidas (conocido en inglés como *loss framing*) han mostrado cierto éxito en promover conductas saludables, aunque se debate si es por aversión a la pérdida o por otros factores como la confianza.[56] Aplicado a estos grupos de estudio, a personas con sobrepeso quizá les resonaría más el mensaje "no dejes que se te escape la libertad de sentirte ágil que aún tienes" que "consigue un cuerpo de playa" (ganancia). Para individuos con obesidad grado I, podría acentuarse evitar perder sus capacidades actuales en lugar de centrarse en renunciar a su comida favorita. Por ejemplo, animarlos a modificar recetas para no perder el sabor tradicional, pero haciéndolas más ligeras.

Asimismo, las estrategias de acompañamiento gradual y negociación de rituales parecen ser muy importantes. En vez de imponer la eliminación total de comidas placenteras, lo que dispara efecto de dotación y resistencia, una estrategia de negociación como identificar junto al paciente qué rituales son no negociables y cuáles se pueden modificar ligeramente, podría reducir la sensación de pérdida.[57,58] Por ejemplo, si el café con pan es sagrado, quizás se mantiene el ritual, pero con pan integral o porción reducida, de modo que la persona no sienta que sacrifica por completo su bienestar diario.

A nivel comunitario, es necesario atenuar el estigma de peso para cambiar el cálculo social en las decisiones de las personas con obesidad. Los participantes del grupo con obesidad grado II claramente sacrificaban salud para evitar rechazo; si logramos entornos más incluyentes donde no sientan que deben compensar su peso con agradar a otros, es probable que se les de la capacidad de enfocarse en su propio beneficio.[59,60]

Este estudio busca contribuir a un cambio de paradigma donde la obesidad sería el producto acumulado de innumerables decisiones pequeñas, cada una influida por sesgos prospectivos, marcos de referencia cambiantes e interacciones con la identidad de la persona y su entorno. Proponemos que entender la obesidad de esta forma ayuda a integrar niveles de análisis. El nivel individual psicológico con sesgos y preferencias, el nivel interpersonal con roles y normas sociales, y el nivel macro como ambiente obesogénico que constantemente presenta decisiones de alto riesgo calórico. La teoría de la prospectiva brinda un puente para conectar el nivel micro de la decisión con el macro de los resultados poblacionales.

*Limitaciones*

Este estudio no incluyó personas con obesidad grado III, un grupo que seguramente presentaría otras dinámicas decisionales (posiblemente más condicionadas por limitaciones físicas graves y discriminación intensa). Los estudios futuros deberían extender el abordaje a obesidad severa y mórbida.

La generalización estos hallazgos debe hacerse con precaución, si bien se buscó variedad sociodemográfica, todos los participantes provenían de un contexto urbano específico y compartían ciertas influencias culturales. Las decisiones alimentarias en zonas rurales o en otras culturas con distintas dietas y significados sociales podrían diferir. Asimismo, se reconoce un posible sesgo de deseabilidad social en las entrevistas, a pesar de los esfuerzos por crear *rapport*, algunos participantes quizás minimizaron conductas percibidas como malas o justificaron sus elecciones de forma racional *a posteriori*. Esto se mitigó en parte con los diarios y tareas proyectivas, pero sigue siendo un límite de la investigación autorreportada.

En cuanto a la teoría de la prospectiva, una limitación es que originalmente se formuló para decisiones puntuales con opciones definidas; su aplicación a un continuo de decisiones cotidianas requiere cierta adaptación conceptual. Las investigaciones futuras podrían cuantificar algunos parámetros de prospectiva en personas con diferentes IMC.

Por ejemplo, medir experimentalmente su coeficiente de aversión a la pérdida o sus curvas de valor para correlacionarlos con narrativas cualitativas.

Por último, seguir longitudinalmente a los participantes mientras intentan perder peso podría revelar cómo cambia su proceso decisional a medida que su punto de referencia corporal se mueve. Un seguimiento a largo plazo ayudaría a entender si modificar sesgos cognitivos produce mejores resultados de mantenimiento de peso.

## Conclusiones

Las trayectorias de peso conforman distintos modos de decidir, el normopeso busca preservar su estado, el sobrepeso oscila entre placer y compensación, el grupo con obesidad grado I se sostiene en rituales gratificantes y el grupo con obesidad grado II enfrenta un fuerte condicionamiento social. El análisis desde la teoría de la prospectiva permitió identificar patrones compartidos, como la aversión a la pérdida y la centralidad de los puntos de referencia personales y colectivos. Concebir la obesidad como un proceso decisional complejo puede impulsar estrategias multicomponente que favorezcan elecciones saludables.

**Agradecimientos**

Los autores agradecemos la asesoría metodológica en el análisis de los datos del Mtro. Rogelio Lozano.

**Contribución de los autores**

RSC: adquisición de financiamiento, conceptualización, metodología, análisis formal, supervisión, administración del proyecto, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.
GLT: conceptualización, curación de datos, software, análisis formal, validación, redacción – revisión y edición.
LGV: investigación, curación de datos, validación, visualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.
MVP: investigación, recursos, validación, análisis formal, redacción – revisión y edición.
AMC: investigación, recursos, validación, análisis formal, redacción – revisión y edición.
Cada autor revisó y aprobó la versión final del manuscrito y asumió responsabilidad plena por las contribuciones declaradas.

**Financiamiento**

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT calve: IA301325 "Estudio de la obesidad como un padecimiento complejo: una aproximación desde la teoría prospectiva".

**Conflictos de interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Referencias


1. Ehlers LH, Reinstrup NW, Olesen RH, Holm JC, McEwan P, Le Roux CW. Global barriers to decision makers for prioritizing interventions for obesity. Int J Obes (Lond). 2025;49(2):246-53.
2. Ahmed SK, Mohammed RA. Obesity: Prevalence, causes, consequences, management, preventive strategies and future research directions. Metabol Open. 2025;27:100375.
3. Celletti F, Farrar J, De Regil L. World Health Organization Guideline on the Use and Indications of Glucagon-Like Peptide-1 Therapies for the Treatment of Obesity in Adults. JAMA. 2025. 335;(5):434-438.
4. Artime E, Spaepen E, Zimner-Rapuch S, Lampropoulou A, Adam A, Lin X, et al. Epidemiology Landscape and Impact of Overweight and Obesity in Adults: Multi-country Results from the IMPACT-O Study. Adv Ther. 2025;42(10):5148-63.
5. Carretero Gómez J, Ena J, Arévalo Lorido JC, Seguí Ripoll JM, Carrasco-Sánchez FJ, Gómez-Huelgas R, et al. Obesity is a chronic disease. Positioning statement of the Diabetes, Obesity and Nutrition Workgroup of the Spanish Society of Internal Medicine (SEMI) for an approach centred on individuals with obesity. Rev Clin Esp. 2020.
6. Arrieta F, Pedro-Botet J. Recognizing obesity as a disease: A true challenge. Rev Clin Esp. 2020;221(9):544-6.
7. Group T, Chadwick P, Llewllyn C, Moffat H, Newson L, Reid M, et al. Psychological perspectives on obesity: Addressing policy, practice and research priorities2019.
8. Ard J, Huett-Garcia A, Bildner M. Tackling the complexity of obesity in the US through adaptation of public health strategies. Front Public Health. 2025;13:1477401.
9. Singh V, Sun J, Cheng S, Kwan AC, Velazquez A. Obesity as a Chronic Disease: A Narrative Review of Evolving Definitions, Management Strategies, and Cardiometabolic Prioritization. Adv Ther. 2025;42(11):5341-64.
10. Przybyłowski A, Górski M, Gwioździk W, Polaniak R. Redefining Obesity: A Narrative Review of Diagnostic Evolution, Therapeutic Strategies and Psychosocial Determinants. Healthcare (Basel). 2025;13(16).
11. Westbury S, Oyebode O, van Rens T, Barber TM. Obesity Stigma: Causes, Consequences, and Potential Solutions. Curr Obes Rep. 2023;12(1):10-23.
12. Vitale M, Costabile G, Testa R, D'Abbronzo G, Nettore IC, Macchia PE, et al. Ultra-Processed Foods and Human Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. Adv Nutr. 2024;15(1):100121
13. Mozaffarian D, Agarwal M, Aggarwal M, Alexander L, Apovian CM, Bindlish S, et al. Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: A joint Advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society. Obesity (Silver Spring). 2025;33(8):1475-503.
14. Khani M, Afsahi R, Nasab AE, Bi'aragh SH, Rasouli K, Ahangar MH, et al. Addressing the challenge of obesity in primary care: a review of effective interventions and implementation strategies. Diabetol Metab Syndr. 2025;17(1):351
15. Tewahade S, Berrigan D, Slotman B, Stinchcomb DG, Sayer RD, Catenacci VA, et al. Impact of the built, social, and food environment on long-term weight loss within a behavioral weight loss intervention. Obes Sci Pract. 2023;9(3):261-73.
16. Dai S, Wellens J, Yang N, Li D, Wang J, Wang L, et al. Ultra-processed foods and human health: An umbrella review and updated meta-analyses of observational evidence. Clin Nutr. 2024;43(6):1386-94.
17. Crivelli D, Acconito C, Balconi M. Emotional and Cognitive "Route" in Decision-Making Process: The Relationship between Executive Functions, Psychophysiological Correlates, Decisional Styles, and Personality. Brain Sciences [Internet]. 2024; 14(7):734.
18. Silva P, Araújo R, Lopes F, Ray S. Nutrition and Food Literacy: Framing the Challenges to Health Communication. Nutrients. 2023;15(22):4708.
19. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry. 2024;23(1):58-90.
20. Petrie DA, Lindstrom RR, Campbell SG. The impact of cognitive biases, mental models, and mindsets on leadership and change in the health system. Healthc Manage Forum. 2024;37(3):121-7.
21. Kahneman D, Tversky A. Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. Econometrica. 1979;47(2):263-91
22. Sun S, Cao X, Li X, Nyeong Y, Zhang X, Wang Z. Avoiding threats, but not acquiring benefits, explains the effect of future time perspective on promoting health behavior. Heliyon. 2023;9(9):e19842.
23. Lim SL, Bruce AS. Prospect theory and body mass: characterizing psychological parameters for weight-related risk attitudes and weight-gain aversion. Front Psychol. 2015;6:330.
24. Navas JF, Vilar-López R, Perales JC, Steward T, Fernández-Aranda F, Verdejo-García A. Altered Decision-Making under Risk in Obesity. PLoS One. 2016;11(6):e0155600.
25. Pastore C, Schurer S, Tymula A, Fuller N, Caterson I. Economic preferences and obesity: Evidence from a clinical lab-in-field study. Health Econ. 2023;32(9):2147-67.
26. Kyle TK, Garvey WT, Dunn JP, Salas XR, Stanford FC. Overcoming weight bias in health care systems. Am J Manag Care. 2025;31(9):e241-e3.
27. Telo GH, Friedrich Fontoura L, Avila GO, Gheno V, Bertuzzo Brum MA, Teixeira JB, et al. Obesity bias: How can this underestimated problem affect medical decisions in healthcare? A systematic review. Obes Rev. 2024;25(4):e13696.

28. Kim B, Kim W, Min J. Estimating Different Value Functions of the Prospect Theory According to Individual Decision-Making Styles. Applied Cognitive Psychology. 2025;39. doi: 10.1002/acp.70027.
29. Wake S, Wormwood J, Satpute AB. The influence of fear on risk taking: a meta-analysis. Cogn Emot. 2020;34(6):1143-59.
30. Millroth P, Nilsson H, Juslin P. The decision paradoxes motivating Prospect Theory: The prevalence of the paradoxes increases with numerical ability. Judgment and decision making. 2019;14:513-33.
31. Vlaev I, King D, Darzi A, Dolan P. Changing health behaviors using financial incentives: a review from behavioral economics. BMC Public Health. 2019;19(1):1059.
32. Castillo MA, Aristizábal CP, López EL, Montoya VM, Tamayo DL, Borda JP, et al. Evaluación bioética de políticas de salud pública con enfoque en cambios del comportamiento: ¿Se requieren nuevos modelos? Un estudio cualitativo. Glob Health Promot. 2025:17579759251353770.
33. Robinson E, Sutin AR. Parental Perception of Weight Status and Weight Gain Across Childhood. Pediatrics. 2016;137(5).
34. Cavusoglu L, Demirbag-Kaplan M. Unraveling the Threads of Marketplace Diversity. Journal of Consumer Affairs. 2025;59(1):e70006.
35. Eibach RP, Ehrlinger J. "Keep Your Eyes on the Prize": Reference Points and Racial Differences in Assessing Progress Toward Equality. Sage Publications; 2006. p. 66-77.
36. Downes P. A key system response of diametric space as a paradigm for understanding the phenomenology of anorexia nervosa. Front Psychiatry. 2025;16:1623166.
37. Luque Hernández MJ, Leiva Fernández F, Palma Rodríguez S, Segura Domínguez N, Ruiz San Basilio JM, García Ruiz A. Eficacia de una intervención terapéutica sobre el exceso de peso en atención primaria. Atención Primaria. 2008;40(8):407-12.
38. Chávez-Manzanera EA, Vera-Zertuche JM, Kaufer-Horwitz M, Vázquez-Velázquez V, Flores-Lázaro JR, Mireles-Zavala L, et al. Mexican Clinical Practice Guidelines for Adult Overweight and Obesity Management. Current Obesity Reports. 2024;13(4):643-66.
39. López Morales JL, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. Nutrición Hospitalaria. 2012;27:1810-6.
40. Cui H, Xiong Y, Wang C, Ye J, Zhao W. The relationship between BMI and depression: a cross-sectional study. Front Psychiatry. 2024;15:1410782.
41. Ogura K, Nabeshima H, Kiba T, Aizawa S, Nagahama H, Izumi H, et al. Economic Rationality and Health Behavior: Investigating the Link Between Financial Literacy and the BMI. Behavioral Sciences. 2025;15(5):632.
42. Fatoye F, Mbada C, Niyi-Odumosu F, Fatoye C, Useh U, Hakimi Z, et al. The clinical and economic burden of obesity in low- and middle-income countries: a systematic review. Int J Obes (Lond). 2025;49(12):2453-61.
43. Rollins BY, Dearing KK, Epstein LH. Delay discounting moderates the effect of food reinforcement on energy intake among non-obese women. Appetite. 2010;55(3):420-5.
44. Li Q, Shao L, Li H, Zhu Y, Li Y. Associations between weight stigma and exercise avoidance motivation among college students: exploring the roles of internalized weight stigma and social anxiety. Front Psychol. 2025;16:1655699.
45. Vartanian LR, Novak SA. Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. Obesity (Silver Spring). 2011;19(4):757-62.
46. Rojas LM, Bahamón M, Wagstaff R, Ferre I, Perrino T, Estrada Y, et al. Evidence-based prevention programs targeting youth mental and behavioral health in primary care: A systematic review. Preventive Medicine. 2019;120:85-99.
47. Suwalska J, Bogdański P. Social Modeling and Eating Behavior-A Narrative Review. Nutrients. 2021;13(4).
48. Gerber S, Folta SC. You Are What You Eat… But Do You Eat What You Are? The Role of Identity in Eating Behaviors-A Scoping Review. Nutrients. 2022;14(17).
49. Arend I, Beeri MS, Yuen K. Choices of (in)action in obesity: Implications for research on treatment and prevention. Front Psychiatry. 2022;13:988495.
50. Bernardoni F, Bernhardt N, Pooseh S, King JA, Geisler D, Ritschel F, et al. Metabolic state and value-based decision-making in acute and recovered female patients with anorexia nervosa. J Psychiatry Neurosci. 2020;45(4):253-61.
51. Neymotin F, Nemzer LR. Locus of control and obesity. Front Endocrinol (Lausanne). 2014;5:159.
52. Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. Obes Rev. 2019;20(2):171-211.
53. Ismail A, Nuryakin C. Who is chronically obese in Indonesia? The role of individual preferences. J Biosoc Sci. 2024;56(2):232-50.
54. Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GK, et al. The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. Nutrients. 2023;15(5).
55. Rose MH, Nadler EP, Mackey ER. Impulse Control in Negative Mood States, Emotional Eating, and Food Addiction are Associated with Lower Quality of Life in Adolescents with Severe Obesity. J Pediatr Psychol. 2018;43(4):443-51.

56. Chamie G, Schaffer EM, Ndyabakira A, Emperador DM, Kwarisiima D, Camlin CS, et al. Comparative effectiveness of novel nonmonetary incentives to promote HIV testing. Aids. 2018;32(11):1443-51.
57. Wilcox S, Sharpe PA, Parra-Medina D, Granner M, Hutto B. A randomized trial of a diet and exercise intervention for overweight and obese women from economically disadvantaged neighborhoods: Sisters Taking Action for Real Success (STARS). Contemp Clin Trials. 2011;32(6):931-45.
58. Vesnaver E, Keller HH, Sutherland O, Maitland SB, Locher JL. Food behavior change in late-life widowhood: A two-stage process. Appetite. 2015;95:399-407.
59. Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. Appetite. 2016;102:3-14.
60. Peng J, Tan X, Ning N, Wiley J, Hua N, Zeng Y, et al. Perceived weight stigma and disordered eating behaviors among postpartum women: The mediating role of weight bias internalization and postpartum depression. Int J Nurs Stud Adv. 2025;8:100306.