



BUAP

Facultad de Medicina

**Unidad Receptora de
Residentes**

**“GRADO DE CONSCIENCIA DEL
SOBREPESO COMO
ENFERMEDAD EN
DERECHOHABIENTES DE LA
UMF/H No.11”**

**Tesis para obtener el Diploma
de Especialidad en
Medicina Familiar**

Presenta:

**MASS. CLAUDIA HERNÁNDEZ
ZAFRA**

Director

**M.C FABIOLA MÉNDEZ
VALDERRABANO**

Asesor

**M.C FABIOLA MÉNDEZ
VALDERRABANO**



H. Puebla de Z. ENERO 2024

AGRADECIMIENTOS

- 1.- A mi familia por estar siempre conmigo.
- 2.- Docentes y Médicos de la especialidad por su apoyo y enseñanzas.
- 3.- Directores de tesis por su apoyo a lo largo de la especialidad.

RESUMEN: “GRADO DE CONSCIENCIA DEL SOBREPESO COMO ENFERMEDAD EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF/H No.11”

Autores. Dra. Fabiola Méndez Valderrabano CCEIS UMF No.1, Dra. Claudia Hernández Zafra RMF UMF/H No11.

Marco teórico. El sobrepeso es un problema de salud pública a nivel mundial; día a día las cifras de personas con esta patología se incrementan. Desafortunadamente en muchos de los casos las personas afectadas con sobrepeso no lo reconocen como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades como: diabetes mellitus e hipertensión. La importancia de lograr concientizar a las personas de que el sobrepeso es un estado patológico puede contribuir a cambios en los hábitos alimenticios y de la actividad física, para así evitar su progresión a la obesidad.

Objetivos. Identificar el grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad en derechohabientes de la UMF/H no.11

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo. El estudio se llevó a cabo en la UMF/H No.11 del IMSS, Se incluyó a hombres y mujeres de 18 años en adelante, que cumplieron con los criterios de inclusión, se les aplicó el instrumento **CESO** para identificar el grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad. Tipo de muestreo no probabilístico. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión como la media y variación estándar para distribuciones normales, y para distribuciones asimétricas mediana y variación intercuartil. Para la comparación de variables categóricas se empleó Chi-cuadrada.

Resultados: Se obtuvo una **n** total de 282 individuos, siendo 280 del sexo femenino y 102 del sexo masculino. La edad promedio obtenida fue de 43 años +/- 16.42. Se observó que la conciencia baja de enfermedad representa el porcentaje más alto (38.5%), seguido de noción de la enfermedad (33.5%), posteriormente nivel de conciencia de enfermedad (21.5%). Se aplicó X^2 para obtener la asociación entre nivel de consciencia del sobrepeso como enfermedad con el sexo obteniendo un p valor de .746, el cual es estadísticamente no significativo, esto quiere decir que no

existe una relación del grado de consciencia con el sexo; para el nivel de escolaridad y grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad, se obtuvo un p valor de 0.181, lo cual significa que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Conclusión: Se observó que la Consciencia del sobrepeso como es baja, se exhorta a continuar con pláticas o programas relacionados a mejorar los estilos de vida con el fin de disminuir la prevalencia de sobrepeso ya que es el punto de partida para el desarrollo de diversas patologías. No existe diferencia entre hombres y mujeres.

Tabla de contenido

1. MARCO TEÓRICO	8
1.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	8
1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	13
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
4. OBJETIVOS.....	18
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
5. HIPOTESIS.....	18
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
6.2 UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL.....	18
6.3 SUJETOS DEL ESTUDIO	19
6. 4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	19
6.5 VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN	19
6.6. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	21
6.7. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	21
6.9 ANÁLISIS DE DATOS	22
7. ASPECTOS ÉTICOS	23
8. LOGÍSTICA	25
8.1 RECURSOS HUMANOS	25
8.2 RECURSOS MATERIALES.....	25
8.3 RECURSOS FINANCIEROS	25
9. RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	31
11. CONCLUSIONES.....	34
12. PROPUESTA.....	36
13. BIBLIOGRAFIA.....	37
14. ANEXOS	40
14.1 DÍCTAMEN DE APROBADO.....	40
	5

14.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
14.3 CARTA DE NO INCONVENIENTE	42
14.4 CARTA DE CONFIDENCIALIDAD.....	43
14.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44

ABREVIATURAS	
OMS	Organización Mundial de la Salud
IMC	Índice de masa corporal
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CESO	Conciencia de Enfermedad para personas con Sobrepeso u Obesidad exógenas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

TABLAS Y FIGURAS	
Tabla 1	Prevalencia del sobrepeso y la obesidad en países de América Latina
Tabla 2	Factores epidemiológicos asociados al exceso de peso
Tabla 3	Incidencia de co-morbididades sobrepeso
Tabla 4	Principales co-morbididades asociadas al sobrepeso y obesidad
Tabla 5	Reclutamiento y selección de sujetos según sexo
Tabla 6	Nivel de consciencia de enfermedad según sexo
Tabla 7	Pruebas descriptivas para la edad
Tabla 8	Características sociodemográficas de los grupos de estudio
Tabla 9	Enfermedades concomitantes
Tabla 10	Nivel de consciencia de enfermedad global
Tabla 11	Nivel de consciencia de enfermedad según sexo

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

SOBREPESO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador que muestra la relación existente entre el peso actual en Kg y la talla expresada en metros al cuadrado (kg/m²) (1).

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- **Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.**
- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, se utiliza para ambos sexos y para los adultos de todas las edades (1).

EPIDEMIOLOGÍA

En los tiempos actuales a pesar de existir mayor información y conocimiento con respecto a este problema de salud pública, la prevalencia de la obesidad ha aumentado significativamente en países industrializados y en desarrollo (2).

Desde 1975 la OMS señaló que la obesidad casi se ha triplicado en todo el mundo.

En el año 2016, casi 1900 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. Se observó que el 39% de las personas adultas de 18 años o más tenían sobrepeso, y el 13% de éstas eran obesas. Se proyecta que para el año 2030 el 60% de la población mundial alrededor de 3.3 billones de personas, 2.2 billones podrían tener sobrepeso y 1.1 billones obesidad si las tendencias actuales continúan (3,4).

La prevalencia del exceso de peso medido por el indicador del IMC en su mayoría aumenta con el nivel de ingresos de cada país por lo general a niveles medios- altos observando que la prevalencia del sobrepeso en los países de ingresos altos y medianos altos es más del doble de la que existe en los países de ingresos bajos y medianos bajos (4).

En Cuba, el exceso de peso presenta niveles discretamente inferiores (48,4 %) al resto de los países de América Latina (5,6), donde las perspectivas para el año 2020 apuntaron a que seis de los países con mayor obesidad en el mundo de esta región serían: Venezuela, Guatemala, Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y México (Tabla 1) (7).

Tabla 1 Prevalencia del sobrepeso y la obesidad en países de América Latina

País	Obesidad (%)	Sobrepeso (%)	Total (%)
Argentina	19.2	32.6	51.8
Bolivia	32.2	37.6	69.8
Brasil	20.9	32.7	53.6
Costa Rica	26.2	38.5	64.2
Colombia	25.3	38.8	64.1
Chile	27.1	38.4	65.5
Cuba	15.0	29.8	44.8
Guatemala	21.0	54.0	75.0
Ecuador	14.2	36.7	50.9
El Salvador	23.0	37.0	60.0
Perú	17.5	34.7	52.2
Paraguay	22.0	35.0	57.0
Panamá	25.0	36.5	61.5
Rep. Dominicana	27.1	37.5	64.6
México	32.2	36.9	69.1
Nicaragua	28.3	36.5	64.8
Uruguay	27.6	37.2	64.8
Venezuela	26.3	34.0	60.3
Honduras	19.2	57.4	76.6

El aumento de la obesidad ha impactado de manera desproporcionada a las mujeres: en más de 20 países de América Latina y el Caribe, la tasa de obesidad

femenina es 10 puntos porcentuales mayor que la de los hombres, esto debido a diversos factores como son la fisiología de la mujer y su propia propensión natural a la acumulación de la grasa, aspectos emocionales, estilos de vida entre otros (8).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2016 se evaluó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos. El sobrepeso y la obesidad en mujeres presenta un aumento respecto a cifras de 2012, en los tres grupos de edad, el cual es mayor en zonas rurales que urbanas; este dato llama la atención debido a que en los espacios urbanos hay más acceso a todo tipo de alimentos industrializados y aparentemente un mejor nivel económico que proporcione mayor sobrepeso u obesidad a la población femenina que vive en zonas urbanas (8).

En la población masculina adulta el sobrepeso y obesidad aumentó en zonas rurales (de 61.1% en 2012 a 67.5% en 2016) mientras que se estabilizó en zonas urbanas, en las que se mantiene en un nivel elevado (69.9%). Siete de cada 10 adultos continúan padeciendo exceso de peso (sobrepeso u obesidad) (8).

Se observó un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (prevalencia de 75.6%). Este incremento es mayor en zonas rurales (aumento de 8.4%) que en zonas urbanas (aumento de 1.6%). En adultos, el parámetro más utilizado para medir el sobrepeso y la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), cuya determinación es sencilla y permite identificar el sobrepeso y la obesidad, tanto a nivel individual como poblacional (8-10).

ETIOLOGÍA

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades de etiología multifactorial de curso crónico en las cuales se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida. Se caracterizan por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y, por ende, ganancia de peso (11-15). En donde un incremento en la grasa corporal provoca la disfunción del tejido adiposo y una alteración en las fuerzas físicas de la grasa corporal que da como resultado alteraciones metabólicas, biomecánicas y psicosociales adversas para la salud (16).

Los estudios epidemiológicos han detectado una serie de factores asociados con el sobrepeso y la obesidad en la población, los cuales se pueden observar en la siguiente tabla (17).

Tabla 2. Factores epidemiológicos asociados al exceso de peso

Demográficos	Socioculturales	Biológicos	Conductuales	Actividad Física
>Edad	< Nivel educacional	> paridad	< Ingesta alimentaria	Sedentarismo
Sexo femenino	< Ingreso económico		Tabaquismo	
Raza			Ingesta de alcohol	

COMORBILIDADES ASOCIADAS AL SOBREPESO Y OBESIDAD

La obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades cardiometabólicas como es la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades osteoarticulares y ciertos tipos de cáncer, como el de mama y próstata (18,19).

En los niños, la obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura, así como de obesidad y discapacidad en la edad adulta (Tabla 3 Y 4) (20).

Tabla 3. Incidencia de co-morbilidades sobrepeso.

Patología	Sobrepeso	
	RR	rango 95% IC
Diabetes tipo 2*		
Hombres	2.40	(2.12 - 2.72)
Mujeres	3.92	(3.10 - 4.97)
Hipertensión*		
Hombres	1.28	(1.10 - 1.50)
Mujeres	1.65	(1.24 - 2.19)
AVE*		
Hombres	1.23	(1.13 - 1.34)
Mujeres	1.15	(1.00 - 1.32)
E. Coronaria*		
Hombres	1.41	(1.16 - 1.72)
Mujeres	1.80	(1.64 - 1.98)

Guh DP et al BMC Public Health 2009;9:88

Tabla 4. Principales co-morbilidades asociadas al sobrepeso y obesidad

Metabólicas	Mecánicas	Psico-sociales
Diabetes Mellitus 2	Hipoventilación	Depresión
Dislipidemias	Apnea del sueño	Ansiedad
Hipertensión arterial	Miocardopatía	Alteraciones conductuales
Cardiovasculares	Insuficiencia cardíaca	Mayor riesgo adicciones
Neoplasias	Osteoartritis	Discriminación social
Hígado graso		

Guh DP et al BMC Public Health 2009,9:88

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Han tenido que pasar varias décadas, para definir al sobrepeso como uno de los problemas de salud más trascendentes de la humanidad. Con excepción de la obesidad mórbida que siempre fue considerada como una patología, el sobrepeso y la obesidad inicialmente fueron identificados como un problema estético, favorable o desfavorable según las épocas, y aún más, como atributo de salud; Sin embargo, con el tiempo se identificó una asociación creciente del sobrepeso y obesidad, con un mayor número de factores de riesgo de enfermedades crónicas, lo que sugirió a las autoridades de salud que su enfrentamiento a nivel poblacional podría tener una proyección mayor por su efecto multiplicador. Hoy en día este problema de salud pública ha sobrepasado los límites de la población ya sea a nivel infantil como adulta, hasta el momento sigue existiendo ignorancia o simplemente falta de interés sobre este tema que es de suma interés (21,22).

La conciencia o consciencia, del latín conscientia (propiedad del espíritu de reconocerse como sujeto de sus atributos). Es definida en general como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno." Conscientia" significa literalmente "con conocimiento" (del latín: cum scientia) (23).

El término conciencia de enfermedad y pronóstico hace referencia al entendimiento real y nivel de conocimiento respecto al tipo de enfermedad y expectativas de vida que el paciente deduce a partir de la información que le proporcionan los médicos (24).

Desde una perspectiva psiquiátrica, Vaz, Casado, Salcedo y Béjar definieron conciencia de enfermedad como el autoconocimiento de la condición de enfermedad; es decir, la medida de concordancia entre la percepción que el paciente tiene de sí mismo, comparada con la de su cultura o comunidad (25).

Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía realizaron Estudio cualitativo, observacional, transversal y analítico desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, realizado en una muestra de 8 personas mayores de 18 años, con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m². Las creencias y las percepciones fueron categorizadas en cuatro supuestos: imagen corporal, riesgo para la salud, relación social y tratamientos reductivos. Los resultados fueron los siguientes: asociaban la obesidad con el éxito y la vitalidad, se percibían como gorditos y no como obesos, se sentían discriminados y rechazados por sus hábitos de alimentación, consumiendo más alimentos como una actitud desafiante (26).

MEDICIÓN DE LA CONSCIENCIA DEL SOBREPESO COMO ENFERMEDAD

Rivera y Riveros construyeron y validaron un instrumento para evaluar dicha conciencia en adultos mexicanos de la Ciudad de México con sobrepeso u obesidad exógena. El estudio fue realizado en dos etapas o fases: una de tipo exploratorio (basado en redes semánticas), y otra de tipo muestral. En la fase inicial participaron 30 sujetos y se obtuvieron 352 definidoras que conformaron los 48 reactivos de la primera versión del instrumento. En la segunda fase participaron 240 sujetos, eliminándose 24 reactivos por su baja especificidad y capacidad discriminante. El instrumento final consta de 24 reactivos agrupados en cuatro factores y un indicador que correlacionan significativamente con la escala total. Cuenta con una fiabilidad adecuada con un alfa de Cronbach de 0.887, que explica 64.9% de la varianza. Los

datos obtenidos demuestran que el instrumento desarrollado es una medida válida y confiable para evaluar la conciencia de enfermedad en personas con sobrepeso u obesidad exógena (27).

Es un instrumento de **Conciencia de Enfermedad para personas con Sobrepeso u Obesidad exógenas** (CESO) está compuesto por una frase estímulo y una frase distractora para cada uno de estos factores, cuyo fin fue reducir el sesgo en la obtención de datos derivado de la deseabilidad social y el efecto Hawthorne; sus 24 reactivos se encuentran distribuidos en cuatro factores: reconocimiento de impacto psicosocial (ocho reactivos), conciencia de los riesgos de la enfermedad (cinco), búsqueda de ayuda (seis) e identificación de conductas no saludables (tres), además de un indicador de actividad física y sedentarismo. En el proceso de normalización se invirtieron los puntajes de los reactivos correspondientes al factor 4, así como el reactivo 2 del indicador de actividad física debido a que la redacción de estos tiene un sentido opuesto al resto de la prueba; es decir, los demás reactivos indican que, a mayor puntaje, mayor conciencia de enfermedad, por lo que se deben invertir dichos reactivos para poder llevar a cabo una sumatoria directa (27).

2. JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso es un problema de salud pública, el cual se encuentra relacionado al desarrollo de enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión. En México, de acuerdo con el reporte del ENSANUT 2018 el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71.3 por ciento.

El alza de esta patología se encuentra vinculado a los cambios que se han presentado en las últimas décadas en el estilo de vida; más sedentarismo, menos ejercicio e incremento en el consumo de alimentos hipercalóricos. Aunado a estos factores se encuentra el desconocimiento y falta de consciencia de la obesidad como enfermedad entre la población general.

Es importante que la población logre concientizarse sobre el sobrepeso como una enfermedad y no solo como un problema de estética.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años el sobrepeso y la obesidad han incrementado su prevalencia a nivel nacional e internacional, es considerada como la epidemia del siglo XXI, tanto por la magnitud como por las complicaciones que ocasiona: diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, hipertensión arterial entre otras.

Sin embargo, en la población general no se ha logrado hacer consciencia de considerar al sobrepeso como la patología que es; ya que se continua con estilos de vida inadecuados como: sedentarismo e ingesta de alimentos hipercalóricos.

Se debe de hacer comprender a la población que deben de preocuparse por su peso, no solo por la apariencia física, sino por los riesgos que implica el exceso de grasa para desarrollar otras patologías; y que deben considerar que el mantener un peso “normal” dará mejor la calidad de vida de la sociedad.

Por lo anterior surgió la siguiente **pregunta de investigación**:

¿CUAL ES EL GRADO DE CONSCIENCIA DEL SOBREPESO COMO ENFERMEDAD EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF/H No.11?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad en derechohabientes de la UMF/H no.11

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar a derechohabientes con sobrepeso
2. Identificar las características sociodemográficas de los participantes.
3. Identificar la presencia de enfermedades concomitantes en los participantes

5. HIPOTESIS

H0: El grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad en derechohabientes de la UMF/H no.11 es pobre.

H1: El grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad en derechohabientes de la UMF/H no.11 es alto.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio de investigación es: observacional, transversal, prospectivo.

6.2 UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL.

La presente investigación se llevará a cabo en la UMF/H No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la comunidad de San Martín Texmelucan Puebla.

6.3 SUJETOS DEL ESTUDIO

Derechohabientes que acudieron a las instalaciones de la unidad a solicitar algún tipo de servicio.

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres y Mujeres.
- Con IMC de 25 a 29.9
- De 18 años en adelante.
- Que acepten participar en el estudio
- Que firmen carta de consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas con discapacidad intelectual.
- Mujeres embarazadas y en puerperio.
- Personas con diagnóstico de: trastornos de la conducta alimentaria y/o trastorno dismórfico corporal.
- Pacientes con ERC en diálisis peritoneal.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Aquellos participantes que no deseen continuar con la participación.

6.5 VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

Variable dependiente: grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad

Variable independiente: derechohabientes de la UMF/H no.11

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de recolección	Definición Conceptual	Definición Operacional
Grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad	Categórica	Ordinal	Instrumento CESO	Grado de consciencia de enfermedad se define como el autoconocimiento de la condición de enfermedad; es decir, la medida de concordancia entre la percepción que el paciente tiene de sí mismo, comparada con la de su cultura o comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Pobre consciencia de enfermedad: \leq 49 puntos. • Noción de enfermedad: 50 - 69 puntos. • Baja Consciencia de enfermedad: 70 – 88 puntos. • Consciencia de enfermedad: 89 - 108 puntos. • Alto nivel de consciencia de enfermedad :109 - 119 puntos.
Sobrepeso	Categórica	Nominal Dicotómica	IMC	Razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo.	Con sobrepeso: IMC 25-29.9 Sin sobrepeso: IMC < 25 / > 30
Enfermedades concomitantes	Categórica	Nominal Dicotómica	Hoja de recolección de datos	Enfermedades que ocurre durante el mismo período de tiempo.	Presentes Ausentes
Edad	Numérica	Discreta	Hoja de recolección de datos	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	A partir de los 18 años
Sexo	Categórica	Nominal Dicotómica	Hoja de recolección de datos	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Hombre o mujer
Escolaridad	Categórica	Nominal Politómica	Hoja de recolección de datos.	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	1. primaria 2. secundaria 3. preparatoria 4. licenciatura 5. Sabe leer y escribir

Ocupación	Categoría	Nominal politémica	Hoja de recolección de datos	Actividad o trabajo.	1. Empleado 2. Desempleado 3. Pensionado / jubilado 4. Labores del hogar 5. Estudiante
Estado civil	Cualitativa	Politémica	Hoja de recolección de datos	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Divorciado (a) 4. Unión libre 5. Viudo (a)

6.6. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

- El tipo de muestreo fue no probabilístico

6.7. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se empleó la siguiente fórmula para determinar el tamaño de la muestra de una proporción con población finita, la cual es:

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

Dónde:

N = 53,266 derechohabientes de 18 años en adelante. (Fuente: SIAIS dic. 2020 UMF/H no.

11)

Z_{α/2} = 1.962 (Seguridad es del 95%) p =
proporción esperada (en este caso 5% = 0.05) q
= 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95) d = precisión
(en este caso deseamos un 3%).

Dando un tamaño de la muestra de: **382** participantes

6.8. MÉTODOS Y RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Con previo registro y autorización por parte del Comité local de investigación y del Comité de ética del IMSS, la metodología que se utilizó fue la siguiente:

- Se identificó a la población en estudio en los diferentes servicios de atención de la UMF/H No. 11, considerando los criterios de inclusión y exclusión.
- Se les explicó brevemente sobre en qué consiste el estudio y se les invitó a participar en él.
- La población que estuvo de acuerdo en participar y aceptó, firmó consentimiento informado.
- Primero se pesaron y midieron, a los participantes si contaban con IMC de 25 a 29.9 se continuó con el estudio.
- Se procedió al llenado de la hoja de recolección de datos y se aplicó el instrumento **CESO**.
- Se recolectaron los datos y se vaciaron en una hoja de Excel y se interpretaron los resultados en SPSS.
- Se analizaron los resultados.
- Se difundieron los resultados.

6.9 ANÁLISIS DE DATOS

Se creó una base de datos en programa estadístico IBM SPSS Base 22.0 para Windows, se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión como la media y variación estándar para distribuciones normales, y para distribuciones asimétricas mediana y variación intercuartil. Para la comparación de los datos Chi-cuadrada para variables categóricas.

7. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del IMSS. Este protocolo está diseñado de acuerdo con los lineamientos anotados en los siguientes códigos y leyes:

- **El Código de Nüremberg** Existen pruebas de gran peso que nos muestran que ciertos tipos de experimentos sobre seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites razonablemente definidos, son conformes con la ética general de la profesión médica. Quienes practican la experimentación humana justifican su actitud en que esos experimentos proporcionan resultados que benefician a humanidad y que no pueden obtenerse por otros métodos o medios de estudio.
 1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide.
 2. El experimento debería ser tal que prometiera dar resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, y que no pudieran ser obtenidos por otros medios de estudio. No podrán ser de naturaleza caprichosa o innecesaria.
 3. El experimento deberá diseñarse y basarse sobre los datos de la experimentación animal previa y sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan prometer resultados que justifiquen la realización del experimento.
 4. El experimento deberá llevarse a cabo de modo que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.
- **Informe Belmont:** En esta formulación se identifican tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos

humanos. Otros principios pueden también ser relevantes. Estos tres, sin embargo, son amplios y se formulan a un nivel de generalización que ayude a los científicos, a los sujetos, a los revisores y a los ciudadanos interesados a entender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos.

- **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial, titulado: “Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato del participante.”
- **Reglamento de la ley General de Salud:** De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Títulos del primero al sexto y noveno 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.

Siendo el siguiente protocolo de investigación de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud de bajo riesgo de acuerdo con su Artículo 17 en su fracción segunda, el cual dice: “**II. Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común,

amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.”

8. LOGÍSTICA

8.1 RECURSOS HUMANOS

Los participantes del estudio se escogieron de manera voluntaria

M.C FABIOLA MÉNDEZ VALDERRABANO. CCEIS UMF – H no. 11 IMSS Puebla

MASS. CLAUDIA HERNÁNDEZ ZAFRA. R2 MF UMF-H no.11 IMSS Puebla

8.2 RECURSOS MATERIALES

- Papelería para encuesta, carta de consentimiento informado, equipo de cómputo para el análisis estadístico SPSS y Excel.
- Hojas blancas tamaño carta para impresión de protocolo, copias de encuestas y gráficas, Bolígrafos, lápiz, goma de borrar, sacapuntas.
- Libreta de anotaciones
- Impresora.
- Bascula
- Cinta métrica

8.3 RECURSOS FINANCIEROS

Fueron otorgados por el investigador responsable.

9. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 382 participantes, siendo 280 del sexo femenino y 102 del sexo masculino (Tabla 5).

Tabla 5

Reclutamiento y selección de sujetos según sexo

	Sexo	N	%
Nivel de consciencia de enfermedad	Hombre	102	26.70
	Mujer	280	73.30
	Total	382	100

Se observó que el sexo no es un factor importante con relación al nivel de consciencia de enfermedad, a pesar de que se identificó que el sexo femenino fue el que participó en mayor cantidad a comparación que el sexo masculino, observando también, que, dentro de este factor, en relación a un alto nivel de consciencia de la enfermedad; el sexo femenino obtuvo un porcentaje mayor 6.8%, en comparación con el sexo masculino obteniendo un resultado del 3.9%; sin embargo, al aplicar la X^2 entre la asociación del nivel de consciencia del sobrepeso como enfermedad con el sexo se obtuvo un p valor de .746, el cual es estadísticamente no significativo, esto quiere decir que no existe una relación del grado de consciencia con el sexo (Tabla 6).

Tabla 6

Nivel de consciencia de enfermedad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Pobre consciencia de enfermedad	1	1	2
Noción de enfermedad	37	91	128
Consciencia baja de enfermedad	38	109	147
Consciencia de enfermedad	22	60	82
Alto nivel de consciencia de enfermedad	4	19	23
Total	102	280	382

$$X^2 p=.746$$

En la variable edad se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo un P-valor igual a .000 lo que indica un comportamiento anormal de la muestra. Obteniendo una mediana de 43 años +/- 16.42 (Tabla 7).

Tabla 7

EDAD	Estadístico	
	Mediana	43.00
	Desv. típ.	16.421

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

En las características sociodemográficas para la variable ocupación la más frecuente fue la de empleado con 57.6% respectivamente, en tanto para estado civil la mayor frecuencia fue para casado con 46.3% de los casos (Tabla 8).

Tabla 8**Características sociodemográficas de los grupos de estudio.**

Ocupación				
n=382				
Ocupación	F	%	F	%
Empleado	220	57.6	57.6	
Pensionado	17	4.5	4.5	96.9
Ama de casa	133	34.8	34.8	92.4
Estudiantes	9	2.4	2.4	99.2
Otros	3	.8	.8	100.0
Estado civil				
Casado	177	46.3	46.3	46.3
Soltero	107	28.0	28.0	74.3
Unión libre	75	19.6	19.6	94.0
Viudo	23	6.0	6.0	100.0

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Respecto al grado de escolaridad la mayoría refirieron haber estudiado hasta secundaria, alcanzando un 29.8% (Tabla 9). Se aplicó X^2 para obtener la asociación entre nivel de escolaridad y grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad, obteniendo un p valor de 0.181, lo cual significa que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Tabla 10).

Tabla 9. Nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	5	1.3
Sabe leer y escribir	12	3.1
Primaria	79	20.7
Secundaria	114	29.8
Bachillerato	99	25.9
Carrera técnica	22	5.8
Licenciatura	47	12.3
Posgrado	4	1.0

Tabla 10. Asociación Nivel de escolaridad y Grado de consciencia

Nivel de consciencia de enfermedad	Escolaridad								Total
	Analfabeta	Sabe leer y escribir	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Carrera técnica	Licenciatura	Posgrado	
Pobre consciencia de enfermedad	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Noción de enfermedad	2	5	31	43	29	7	11	0	128
Consciencia baja de enfermedad	1	5	31	45	35	9	20	1	147
Consciencia de enfermedad	2	1	11	22	31	3	10	2	82
Alto nivel de consciencia de enfermedad	0	1	6	4	4	2	5	1	23
Total	5	12	79	114	99	22	47	4	382

Dentro de las enfermedades concomitantes se encontró que la mayor parte de los participantes no presentan enfermedades comórbidas que corresponde al 60 % de los casos (Tabla 11).

Tabla 11

Enfermedades Comórbidas			
		n=382	%
Patologías Agregadas	No	230	60.2
	Si	152	39.8
	Total	382	100.0

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

De manera global el nivel de consciencia de enfermedad se observó que la consciencia baja de enfermedad representa el porcentaje más alto (38.5%), seguido de noción de la enfermedad (33.5%), posteriormente nivel de consciencia de enfermedad (21.5%). Por último, se observa que los dos extremos del nivel de consciencia alto y pobre fueron los porcentajes más bajos, con un 6.0% y 0.5% (Tabla 12).

Tabla 12

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Nivel de consciencia de enfermedad		
Nivel de consciencia de enfermedad	Total	%
Pobre consciencia de enfermedad	2	0.5
Noción de enfermedad	128	33.5
Consciencia baja de enfermedad	147	38.5
Consciencia de enfermedad	82	21.5
Alto nivel de consciencia de enfermedad	23	6.0
Total	382	100

DISCUSIÓN

Existen pocos estudios realizados sobre el grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad y no hay estudios que compare esta frecuencia con la población en general; a nivel nacional como internacional existe un incremento acelerado en la población con problemas de sobrepeso, y estos han desencadenado una preocupación en el sistema de salud, debido a que este problema ha sido un detonante para enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades articulares, entre otras patologías como es la obesidad que actualmente es un problema de salud pública.

Calderón Vilca en 2019. Habla acerca del Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad en madres de escolares en una institución educativa I.E 2082 Héroes del Pacífico encontrando que del 100% (42) de las madres de escolares encuestadas, el 40% tienen un nivel de conocimiento medio, el 31% (13) un conocimiento alto y el 29% (12) un conocimiento bajo; observando que se presentan cifras similares a las obtenidas en nuestro estudio. Por grupos de grado de consciencia nosotros obtuvimos en los 3 primeros lugares que la conciencia baja de enfermedad representa el porcentaje más alto (38.5%), seguido de noción de la enfermedad (33.5%) y posteriormente nivel de conciencia de enfermedad (21.5%) (28).

En el estudio realizado por Álvarez y Cols en 2014. Denominado Conocimientos de la obesidad de acuerdo al estado de nutrición y satisfacción corporal en una comunidad universitaria de la Ciudad de México observaron que el 72.6% de los

sujetos reportó un conocimiento medio, mientras que el 5.7 y el 18.9% un conocimiento bajo y alto, respectivamente, siendo muy parecido para hombres y mujeres ($p=0.969$). En relación al número de respuestas correctas el promedio fue de 6.13 ± 1.5 sin encontrarse diferencias de acuerdo al sexo u ocupación, sin embargo, se observó una tendencia donde los docentes y administrativos reportaron un mayor puntaje en el nivel de conocimientos relacionados a la obesidad y sus consecuencias. Así mismo, acorde al estado de nutrición no se observaron diferencias en los valores obtenidos. El resultado de nuestro estudio es similar respecto a que la conciencia baja de enfermedad representa el porcentaje más alto (38.5%), seguido de noción de la enfermedad (33.5%) y posteriormente nivel de conciencia de enfermedad (21.5%) (29).

Aviles-Peralta y Cols en 2023 Hablan del Nivel de conocimiento sobre nutrición y su asociación con las prácticas alimentarias y la obesidad entre estudiantes universitarios. De los 1139 estudiantes incluidos en la muestra inicial, se obtuvieron 914 registros de las cuales 273 se realizaron en la modalidad en línea y 641 en físico observando que poco más de la mitad de los estudiantes es normopeso (58%) y un 34% tiene exceso de peso, distribuido con el 22,4% en sobrepeso y 11,6% en obesidad. Particularmente, los estudiantes que presentaron mayor prevalencia de exceso de peso correspondieron a los que tienen más de 20 años (39%) respecto a los menores a esa edad (27.6%), los que viven fuera de una residencia universitaria (36.3%) en comparación a los que viven en alguna residencia universitaria (22.9%), los que consumen alcohol (36%) respecto a los que no lo hacen (31.9%) y los que

no realizan actividad física (36%) respecto a los que sí la realizan (32.9%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$). De acuerdo a nuestro trabajo se puede mencionar que gran parte de la población adolescente y adulta se encuentra en sobrepeso y obesidad (30).

Gómez en 2004. Discutía que los grupos con menor escolaridad presentaban mayores niveles de índice de masa corporal. A comparación de nuestro resultado en donde no existió una asociación estadísticamente significativa al aplicar la prueba de X^2 entre las variables Nivel de escolaridad con Grado de consciencia del sobrepeso como enfermedad.

11. CONCLUSIONES

A nivel nacional en las últimas décadas el sobrepeso se ha incrementado en más de un 50 % en la población económicamente activa, esto ha sido a causa de diversos factores, entre ellos se encuentra la mala alimentación, el sedentarismo, los avances tecnológicos, la mala desinformación etc. Lamentablemente no se detecta a tiempo este problema de salud pública por lo que condiciona al desarrollo de sobrepeso u obesidad.

En los últimos años la población con sobrepeso es cada vez más joven, afectando a hombres y mujeres de manera general y global, debido a diversos factores ya comentados anteriormente, pero no apartando la mala alimentación debido al cambio de ritmo de vida que actualmente se vive, así mismo el aumento del consumo de comida rápida y alimentos procesados como fuente principal para la alimentación diaria dejando a lado una adecuada alimentación balanceada y la actividad física.

En el estudio se identificó que la mayoría de la población derechohabiente tiene un bajo nivel de conocimiento con respecto a las alteraciones fisiológicas que el sobrepeso puede condicionar, solicitando la atención de consulta por patologías concomitantes como son la diabetes, hipertensión arterial o problemas cardiovasculares siendo que el sobrepeso es uno de los principales factores desencadenante de estas enfermedades.

En la encuesta aplicada se observó que la mayoría de los participantes tienen un nivel reducido de información y conocimiento acerca del sobrepeso como un factor detonante para el desarrollo de enfermedades cronicodegenerativos. Así mismo, se observó que es bajo el porcentaje de las personas que están conscientes de la gravedad de este padecimiento por lo que se debe continuar con platicas informativas en relación a sobrepeso ya que es el punto de partida para disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas.

Hablando directamente del grado de consciencia del sobrepeso en la población general, hasta el momento no existe, por lo que la obesidad sigue siendo el principal punto de estudio.

Otro factor importante es el sedentarismo que se ha vuelto una constante en el diario vivir, lo que provoca que la población vaya incrementado gradualmente su peso y no le de importancia, hasta que se desencadena en un problema de salud. Uno de los factores importantes es el uso de la tecnología, que desgraciadamente está afectando de manera directa a la población en general, ya que por los avances tecnológicos las personas han dejado de realizar actividades físicas.

Por lo que se busca hacer conciencia en la población sobre la importancia de evitar el sobrepeso y hacer énfasis en que se puede convertir en una enfermedad grave que se pueden revertir a complicaciones de diferentes índoles.

12. PROPUESTA

El bajo nivel de conocimiento en relación al sobrepeso es de gran interés ya que en este estudio nos percatamos de la mala información que ofrecemos u otorgamos el personal de salud a la población derechohabiente en relación al sobrepeso.

Llama la atención que un gran porcentaje de encuestados de edad adulta aun piensan que el sobrepeso no es un factor desencadenante para poder desarrollar enfermedades cronicodegenerativas.

Por lo que debemos realizar estrategias y propuestas para poder cambiar la mentalidad de nuestra población derechohabiente, y dar a conocer la gran importancia de entender el punto principal desencadenante como es el sobrepeso y poder detener la progresión a obesidad y muchas enfermedades concomitantes.

Para ello se propone realizar platicas con lenguaje entendible y apoyo ilustrativo ya que dentro del instituto existe desde personas analfabetas y diversos niveles educativos.

Así como explicar de manera entendible los diversos factores que se involucran en el sobrepeso como es el caso del sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, el consumo de sustancias nocivas, entre otros factores más.

Hacer campañas de mediciones continuas de IMC, peso y talla a toda la población derechohabiente y público en general con la finalidad de realizar pesquisa e identificar los grupos de riesgo ya sea en población infantil, adulta y adulto mayor.

En cada cambio de gobierno implementan diversos programas para entre “comillas” disminuir el índice de prevalencia de esta enfermedad, se propone que continúen vigentes estos programas por periodos prolongados independientemente de los cambios gubernamentales para que realmente obtengan resultados positivos.

Difundir y llevar a la práctica el programa de Prevenimss

13. BIBLIOGRAFIA

- 1.Cruz S, Tuñón P, Villaseñor F; et al. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad* 2013, vol.25, n.57, pp.165-202.
- 2.Peña M, Bacallao J. La Obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud 2000; 576: 3-11.
- 3.Frühbeck G, Toplak H, Woodward E, et al. Obesity: the Gateway to ill health – an EASO position statement on a rising public health, clinical and scientific challenge in Europe. 2013; 6: 117–120
- 4.WHO. Global Health Observatory (GHO) data. [Internet] 2018 26/01/2018.
- 5.Colectivo de autores. II Consenso Latinoamericano de Obesidad 2017. *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad*. 2017; 5: 144
- 6.Colectivo de autores. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles Cuba 20102011. La Habana: Editorial ECIMED; 2015; 330.
- 7.Briceño L, Valero B, Briceño L. Obesidad: ¿es una realidad en Venezuela: epidemiología: pandemia del siglo XXI. *Gac. méd. Caracas*. 2012;120(2):93-107.
- 8.Rizo M, González N, Cortés E. Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Nutr. Hosp*. 2014;29(1):153-7.
- 9.González S, Llapur R, Díaz M, et,al. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Rev cubana Pediatr*. 2015;87(3):273-84.
- 10.Sánchez FJ. Obesity: a very serious public health problem. *An Real Acad Farm*. 2016;82(Special Issue):6-26.
- 11.Bouchard C. Gene-environment interactions in the etiology of obesity: defining the fundamentals 2008: 16 (3):5-10.
- 12.Bray GA. Etiology and pathogenesis of obesity. *Clin Cornerstone*1999; 2(3):1-15.
- 13.Gardner D. The etiology of obesity. *Mo Med*. 2003; 100 (3):242-7.

14.Sengier A. Multifactorial etiology of obesity: nutritional and central aspects. Rev Med Brux. 2005;26(4): 211-4.

15.Weinsier R, Hunter G, Heini A, et al. The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity 1998: Am J Med. 1998;105(2):145-50.

16.Bays HE, Seger JC, Primack C, et al. Obesity Algorithm, presented by the Obesity Medicine Association. www.obesityalgorithm.org. 2016-2017.

17.G Manuel Moreno. Definition and classification of obesity. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica. Revista ELSELVIER _23 (2):124-128.

18.Astrup A, Dyerberg J, Selleck M, et al. Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases 2008; Obes Rev. 2008;9 (1):48-52.

19.Clark JM, Brancati FL. The challenge of obesity-related chronic diseases. J Gen Intern Med. 2000;15(11):828-9.

20.Freeman-Fobbs P. Feeding our children to death: the tragedy of childhood obesity in America. J Natl Med Assoc. 2003;95(2):119.

21.Arteaga A, El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud 2012. REIS. Arch Med Res Las Condes 2012: 23 (2):145-153.

22.Organización Mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva no. 311 sept 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.

23.Esparza M. La no conciencia de enfermedad (insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales. Documentos de Trabajo Social · nº49 · ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246.

24.Vanegas JH. Editorial. La conciencia de la salud como expresión del cuidado. Hacia promoc. salud. 2015; 20(2): 9-10.

25.Barroso C. La obesidad, un problema de salud pública Espacios Públicos, 2012 5(33):200-215.

26.Ocampo B., P. y Pérez M., A.N. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. Semergen, 36(6):325-331.

27.Rivera F., Riveros R. Construcción y validación de un instrumento de conciencia de enfermedad para personas con sobrepeso u obesidad exógenas. Psicología y Salud, 2017, 27 (1): 103-115.

28.Calderón Vilca,EJ Nivel de conocimiento sobre la prevención de obesidad en madres de escolares en la institución educativa, Lima–Perú, 2019, 43-44.

29.Álvarez Amarillas, D, García Valdez, Berenice, Zavaleta Rodríguez, A, Martino Roaro, Laura, Vergara Castañeda A, Conocimientos de la obesidad de acuerdo al estado de nutrición y satisfacción corporal en una comunidad universitaria de la Ciudad de México, Memorias del XCI concurso lasallista de investigación, desarrollo e innovación CLIDI 2014, 12-15.


30.Yader Alberto Aviles-Peralta, Lesbia Lucía Hernández Somarriba, et al, Nivel de conocimiento sobre nutrición y su asociación con las prácticas alimentarias y la obesidad entre estudiantes universitarios, Rev Chil Nutr 2023; 50 (2): 147-158


14. ANEXOS

14.1 DÍCTAMEN DE APROBADO

14/12/2021

SIRELCIS

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

 SECRETARÍA DE SALUD

Díctamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2104,
UMF FAMILIAR YUMÉ

Registro COFEPRIS ST CE 20 514 137
Registro CONADETTA (CONSEJERÍA DE ASISTENCIA) 21 CE 885 265783

FECHA: México, 14 de diciembre de 2021.

M.E. FABIOLA MENDEZ VALDERRABANO


PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "GRADO DE CONSCENCIA DEL SOBREPESO COMO ENFERMEDAD EN DERSOCHABIENTES DE LA UMF/H No.11" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2021-2104-143

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento biónico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Alfredo Hernández Simón
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

Hoy en

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

<https://sirelcis.imss.gob.mx/s2/sclcia/protocolos/dictamen/38772>

1/1

14.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	GRADO DE CONSCIENCIA DEL SOBREPESO COMO ENFERMEDAD EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF/H No.11
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	San Martín Texmelucan, a de 2021
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El sobrepeso es una enfermedad que se presenta a nivel mundial; Desafortunadamente en muchos de los casos las personas afectadas con sobrepeso no lo reconocen como algo malo y que le pueden favorecer el desarrollo de enfermedades como: diabetes mellitus e hipertensión. La importancia de lograr concientizar a las personas de que el sobrepeso es una enfermedad puede ayudar a que hagan cambios en su forma de comer y hacer ejercicio, para así evitar su progresión a la obesidad y el desarrollo de otras enfermedades.
Procedimientos:	Se le va a pesar y medir, después se le realizarán algunas preguntas como edad, estado civil, ocupación, si presenta diabetes o hipertensión y por último se le aplicará un cuestionario que se llama CESO .
Posibles riesgos y molestias:	De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su Artículo 17 en su fracción segunda, el cual dice: II. Investigación con riesgo mínimo , ya que se le va a aplicar dos cuestionarios, sin embargo, físicamente no representa un riesgo para su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar	Si se detecta sobrepeso se enviará al servicio de nutrición para poder hacer cambios en en el estudio: sus hábitos alimenticios y se dará un tríptico donde se explica que es el sobrepeso y como le puede afectar.
Información sobre resultados	Se informará al término del estudio.
Participación o retiro:	Usted podrá retirarse del estudio en el momento en que así lo decida sin que se vean afectados sus derechos ante el IMSS ni en los tratamientos establecidos, ni tampoco se tomarán represalias respecto a su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	El equipo de investigadores resguardará la información de manera confidencial. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o bienestar (por ejemplo, si llegara a sufrir algún daño físico o si llegara a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Fabiola Méndez Valderrabano. CCEIS.UMF/Hno.11IMSS Matrícula:9926960 fabisazul@hotmail.com /cel:2211057599.
Colaboradores	Dra. Claudia Hernández Zafra. Residente de Medicina Familiar UMF- H no.11 IMSS. Matrícula: 97225387 / draclaudiazafra@gmail.com /cel:2211672120 "En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 21048 de la UMF 6 del IMSS con la Dra. Adriana Xaxalpa Salinas al celular: 22-25-18-85-34 o al correo electrónico: comite.bioetica21048@gmail.com ".
Dra. Claudia Nombre y firma	Hernández Zafra. Matrícula: 97225387 del sujeto Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

14.3 CARTA DE NO INCONVENIENTE



14.4 CARTA DE CONFIDENCIALIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES/AS, Y/O COINVESTIGADORES/AS

San Martín Texmelucan., a 12 de noviembre de 2021

Yo Dra. Fabiola Méndez Valderrabano, matrícula 99226960 investigador de la Unidad de Medicina Familiar N°11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, hago constar, con relación al protocolo Titulado: **GRADO DE CONSCIENCIA DEL SOBREPESO COMO ENFERMEDAD EN DERECHOHABIENTES DE LA UMF/H No.11**, que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia

Atentamente


DR. FABIOLA MÉNDEZ VALDERRABANO

14.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN				
Nombre:	Edad:	Sexo:		
NSS:	Escolaridad:			
Estado civil:	Ocupación:			
Enfermedades concomitantes:	IMC:			
Instrumento CESO				
Reactivos	Factores			
	1	2	3	4
Reconocimiento de impacto psicosocial				
Tengo problemas con mi pareja por mi peso				
Me siento triste por mi sobrepeso				
Mis amigos creen que estoy deprimido por mi sobrepeso				
La gente me rechaza por mi peso				
Tengo problemas en mi trabajo por mi peso				
Tengo problemas de autoestima a causa de mi sobrepeso				
Mis amigos consideran que como en exceso				
Mis amigos creen que soy una persona sedentaria				
Conciencia de los riesgos de la enfermedad				
Puedo sufrir alguna enfermedad cardiovascular a causa de mi exceso de peso				
Puedo padecer diabetes a causa de mi peso				
Mi Índice de Masa Corporal está elevado				
Debo mejorar mis hábitos alimentarios				
Creo que debo adelgazar				
Búsqueda de ayuda				
Busco información especializada para bajar de peso				
Cuando subo de peso, consulto a un nutriólogo para que me asesore con una dieta adecuada.				
Voy al doctor para recibir tratamiento para bajar de peso				
Veo programas de televisión que dan consejos para bajar de peso				
Busco recetas de cocina saludable en revistas				
Asisto con un psicólogo para incrementar mi bienestar				
Identificación de conductas no saludables				
Como alimentos grasosos a pesar de que sean malos para mí				
Cuando voy a fiestas descuido mi alimentación				
Mientras veo televisión, como bota				
Actividad física y sedentarismo				
Camino por lo menos 30 minutos al día				
Paso la mayor parte del día sentado				