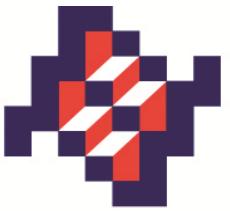


Instituto Nacional
de Salud Pública

Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO
AREA DE CONCENTRACIÓN EN ADMINISTRACIÓN
2009-2011

ESTRATEGIA PARA FAVORECER LOS CONOCIMIENTOS, HÁBITOS Y PERCEPCIONES POSITIVAS SOBRE EL PESO SALUDABLE EN MUJERES USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN JARAL DEL PROGRESO, GUANAJUATO.

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL QUE PARA OBTENER
EL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA
PRESENTA

Anita Hernández Montenegro
anitamonteneg69@hotmail.com

León, Gto.; Julio 04, 2013.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 4
2. ANTECEDENTES 6
2.1 MORBILIDAD 6
2.2 MORTALIDAD 8
3. MARCO TEORICO CONCEPTUAL 14
3.1 Definición de obesidad según la OMS 14
3.2 Obesidad según la NOM-174-SSA1998, y la NOM-008-SSA3-2010. 14
3.3 La definición biopsicosocial de obesidad. 17
3.4 Peso normal “normopeso” o peso saludable 17
3.5 La obesidad desde el modelo de creencias en salud. ... 18
3.6 La obesidad desde el modelo transteórico del cambio:. 20
3.7 La obesidad y sus determinantes sociales: 21
3.8 Abordaje de la obesidad desde el enfoque Gestalt. 23
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 26
5. JUSTIFICACIÓN 29
6. OBJETIVOS 31
6.1 Objetivo General 31
6.2 Objetivos Específicos 31
7. METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS) 32
7.1 Población en estudio 32
7.2 Criterios de Selección: 32
7.2.1 Criterios de inclusión: 32
7.2.2 Criterios de exclusión: 32
7.3 Definición y operacionalización de las variables y unidades de medición: 32

7.3.1 Variable independiente: 32
7.3.2 Variables Independientes: 32
7.3.3 Mapa de variables independientes: 33
7.4 Fuentes de Información: 39
7.4.1 Fuentes de información primaria: 39
7.4.2 Fuentes de información secundaria: 39
7.5 Recolección de la Información: 39
7.6 Consideraciones Éticas 40
7.7 Ejecución de la Intervención: 41
7.7.1 Diseño de la intervención 41
7.8 Tamaño de la Muestra: 43
7.9 Plan de Análisis 43
8. RESULTADOS 44
8.1 Resultados descriptivos 44
8.2 Pruebas estadísticas 62
8.3 Resultados de la Implementación de la Estrategia Educativa 67
9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE RESULTADOS 73
10. RECOMENDACIONES: 83
11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 86
12. ANEXOS: 88
12.1 Instrumento para recopilación de datos 88
12.2 Cartel para promover los Talleres de la Estrategia. .. 93
12.3 Cartas descriptivas de los Talleres de la Estrategia. 94
12.4 Evidencia fotográfica de las actividades realizadas durante la Estrategia. 97
12.5 Índice de tablas y gráficas 108
12.5.1 Tablas 108
12.5.2 Gráficas 109
13 BIBLIOGRAFÍA 110

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el sobrepeso y la obesidad han adquirido caracteres de epidemia, son perjudiciales para la salud, tanto por sí mismas, como por ser factores predisponentes para otras enfermedades crónicas, acortan la esperanza de vida, además, de sufrir rechazo social y discriminación laboral.

Entre las causas principales se encuentran los cambios en la alimentación y los nuevos estilos de vida como principales desencadenantes en el aumento de la obesidad (1).

Esta epidemia mundial de obesidad está afectando a México mucho más seriamente que a la mayoría de los otros países, según la OCDE, México es el segundo con más población obesa, después de Estados Unidos. Tres de cada diez personas son obesas, y casi siete de cada diez tienen sobrepeso."

Las mujeres mexicanas ocupan el primer lugar a nivel mundial en sobrepeso, origen de las muertes por diabetes, hipertensión arterial y otros problemas cardiovasculares (2), en Guanajuato el comportamiento es similar al nacional.

El presente proyecto de titulación pone a su consideración la propuesta de trabajo en talleres cortos con componentes que revisen de forma práctica los conocimientos, las emociones y la activación física aplicable para las características propias del grupo, previo análisis de los mismos elementos antes mencionados, objetivo de la estrategia educativa para favorecer

los conocimientos, percepciones y prácticas de las mujeres con obesidad usuarias de los servicios de salud.

Los resultados que encontrará son un reforzamiento para propuestas integradoras que otorguen atención integral, distinguiendo universos poblacionales con mayor receptividad para apostarle a la salud y a su auto cuidado.

2. ANTECEDENTES

Jaral del Progreso, es un municipio fundado en 1590, al sur del estado de Guanajuato y de acuerdo al ERO o estudio de regionalización operativa se localiza en la Jurisdicción Sanitaria No. V, con una extensión territorial de 174.37 de km^2 (3).

Según el XII Censo General de Población y Vivienda, la población del municipio de Jaral del Progreso del 2000, era de 31,803, y para el II Conteo de Población y Vivienda del 2005, eran 31,780 habitantes, y de acuerdo al de 2010 del INEGI, 36, 584, en el municipio y en cabecera municipal 20, 457 habitantes (4), de Jaral del Progreso.

Los resultados de acuerdo a la encuesta para el diagnóstico Integral de Salud de la Cabecera Municipal de Jaral del Progreso, Gto., en el año 2010, son los siguientes (5):

2.1 MORBILIDAD

Las principales causas de morbilidad de la cabecera municipal de Jaral del Progreso, Gto. de acuerdo al reporte del SUIVE durante el año 2010 son: en primer lugar las infecciones respiratorias agudas, en segundo lugar las infecciones de vías urinarias, en tercer lugar las infecciones internas por otros organismos, cuarto, ulceras gastritis y duodenitis, quinto lugar, intoxicación por picadura de alacrán, sexto lugar, tricomoniasis urogenital, séptimo, otitis media aguda, octavo lugar, episodio depresivo leve, noveno hipertensión arterial, y en décimo lugar, los accidentes de transporte en vehículos (6).

La morbilidad en el diagnóstico integral de salud se agrupó en seis categorías que abarcaron enfermedades respiratorias agudas, con una prevalencia de 50%, enfermedades crónico degenerativas con 21.32 %, enfermedades gastrointestinales (donde se consideraron por igual diarreas agudas que colitis, gastritis y ulceras) 13.57%, enfermedades mentales y enfermedades respiratorias crónicas con un 6.98% ambas y 1.16 para los accidentes.

En cuanto al grupo de las enfermedades crónico degenerativas de encontró principalmente a la obesidad y la hipertensión arterial, con el porcentaje más alto para las madres de los hogares con 50.91%, el 25.45% para el padre, el 14.55% para los hijos y en otro integrante de la familia un 9.09 %.

De los que respondieron afirmativamente tener diabetes mellitus tipo 2 tuvieron complicaciones como: disminución de la agudeza visual 62.96%, perdida de piezas dentarias 59.26%, los que perdieron la sensibilidad de alguna parte del cuerpo son el 22.93%, la perdida de la vista en forma definitiva el 22.22%, el 14.81% sufrió un infarto, y un igual 11.11% presentó coma diabético y úlceras en piernas o pies que tardaron en sanar más de cuatro semana complicación aguda como el coma diabético, un 7.41% le han hecho diálisis a causa de la insuficiencia renal y un 3.70% le han realizado la amputación de alguna parte del cuerpo.

De las personas que respondieron padecer presión alta el 80.95% refiere complicaciones como: disminución de la visión, pérdida de

la vista un 38.10%, un 19.05% refiere daño renal e infarto un 9.52%.

De los hogares en que contestaron afirmativamente tener sobrepeso u obesidad las complicaciones fueron en un 68.00% limitaciones de las actividades cotidianas, en un 44.00% la alteración de la imagen de sí mismo (autoestima), en un 24.00% la alteración de las relaciones personales, y en un 16.00% las enfermedades crónicas (5).

Morbilidad vinculada a la obesidad por miembro del hogar

Integrante	*DM2*	*HTA*	*Percepción de sobrepeso y obesidad*	*Sobrepeso y obesidad diagnosticado*
Padre	29.27%	20.37%	29.87%	33.33%
Madre	48.78%	61.11%	41.56%	43.94%
Hijos	2.44%	1.85%	20.78%	34.85%
Otros	*21.95*	*18.52%*	*7.79%*	*10.61%*

Tabla 1 Morbilidad vinculada a la obesidad

2.2 MORTALIDAD

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS las diez primeras causas de morbilidad general en el año 2008 fueron: en primer lugar la diabetes mellitus, en segundo lugar las enfermedades isquémicas del corazón, en tercer lugar las enfermedades cerebro vasculares, el cuarto lugar ocupado por la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, en el quinto lugar se ubicó a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el sexto los accidentes de vehículo, el séptimo las enfermedades hipertensivas, el octavo las infecciones respiratorias agudas bajas, el noveno lugar para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y en décimo lugar se encuentran las agresiones u homicidios (7).

De acuerdo al SINAIS, el estado de Guanajuato reporta para el año 2008, las siguientes diez enfermedades como las primeras causas de mortalidad general: en primer lugar las enfermedades del corazón (Isquémicas), en segundo lugar la diabetes mellitus, en tercer lugar los tumores malignos, en cuarto lugar los accidentes de tráfico de vehículos de motos, en quinto lugar las enfermedades cerebro vasculares, el sexto lugar es ocupado por las enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado) el séptimo lugar es ocupado por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiestasia, enfisema y asma, el octavo lugar lo ocupa ciertas afecciones originadas en el período perinatal (hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal) en el noveno lugar se integran la neumonía e influenza y el décimo lugar es ocupado por la insuficiencia renal (7).

Le encuesta del diagnóstico integral de salud considero seis grupos de causas de mortalidad que arrojaron los siguientes resultados:

Un 80% tuvo fallecimiento por otros motivos y un 20%, tuvo fallecimiento por enfermedad cardiovascular, en los hijos por diabetes mellitus tipo 2 en un 25% es fallecimiento de padre, otro 25% de la madre y un 50% otros miembros del hogar.

De acuerdo diagnóstico integral de salud 2010, la primera causa de mortalidad la ocupan los accidentes con un 34.78%, las neoplasias con un 26.09%, a las enfermedades cardiovasculares un 17.39%, en tercer lugar y con empate con la diabetes Mellitus.

En cuanto al consumo de comida rápida se encontró que nunca y casi nunca con 1 a 2 veces por mes existen un 45.71%, de 1 a 2 veces cada quince días, lo hacen un 6.29% y en un casi siempre, es decir una o más veces por semana 1.71 y siempre, todos los días un hogar y representa el 0.57, el 91.43% de los hogares refieren que nunca o casi nunca consumen comida rápida o instantánea.

En cuanto a la frecuencia de los alimentos que consumen las proporciones son las siguientes:

Las verduras y hortalizas son consumidas nunca un 3.95%, un día 20.90%, dos a cuatro días 49.15% y de cinco a siete días 25.99%.

Frutas: nunca un 9.04%, un día 18.08%, de 2 a 4 días 39.55% y de 5 a 7 días un 33.33%.

Cereales (avena, arroz y trigo) se indicó que se consumen nunca 18.64% un día 15.25%, 2 a 4 días 31.64% y de 5 a 7 días, consumen un 34.46%.

Las carnes rojas (res, cerdo, chivo, etc.), nunca 3.95%, un día 33.33%, de 2 a 4 días, 50.85% y de 5 a 7 días 11.86%.

Para el consumo de pescados y mariscos, en el nunca o casi nunca se encuentra el 54.24% de los hogares encuestados, y por lo menos de 1 día, 28.81%.

En relación al consumo de alimentos procesados (comida enlatada, pasteles, etc.) las proporciones se dan de la siguiente

manera: nunca 66.10%, en un 24.86%, de un día, de 2 a 4 días un 7.91% y de 5 a 7 días un 1.13%.

El tipo de alimento consumido con mayor frecuencia en los hogares es el de las leguminosas, el 68.93% de los hogares lo consumen de 5 a 7 días a la semana.

De las bebidas consumidas con mayor frecuencia, entre 5 y 7 días, en los hogares es el agua, el 83.05% de los casos, en una proporción de 24.86% el refresco y en un 15.82% el agua saborizada.

La respuesta de las personas que si realizan ejercicio se encuentra un 31.51% de ejercicio que es realizado por la madre, un 24.66 % por el padre.

En cuanto a los determinantes sociales relacionados con los estilos de vida, la alimentación es uno de estos elementos se encontró que el 61.21% de los hogares realizan tres comidas diarias, el 36. 36% realizan dos comidas al día y más tres o una al día, un porcentaje de 1.21%.

El nivel educativo de la población encuestada en la cabecera municipal de Jaral del Progreso, Gto., es ser otro determinante social que impide que las mujeres tomen decisiones asertivas respecto al sobrepeso y obesidad que tienen, considerando que el 44% tiene primaria terminada, el 31% secundaria, el 9% con nivel medio superior o preparatoria, un 6% no cuenta con escolaridad, un 5% tiene licenciatura y solo un 1% de la población encuestada cuenta con algún posgrado (5).

El sobrepeso y la obesidad tienen afecciones a la salud como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia, síndrome metabólico, distintos tipos de cáncer, como de esófago, colon, recto, hígado, vesícula biliar, páncreas y riñón, mama y útero (endometrio), así como enfermedades malignas como el mieloma múltiple y el linfoma no hodgkiniano, artrosis y/o artropatía degenerativa, síndrome de apnea obstructiva del sueño, infertilidad y depresión, así como otros trastornos psíquicos, a causa de la no aceptación social por su condición física (2).

El impacto económico de la obesidad según la organización mundial de la salud, más de 1000 millones de personas de todo el mundo padecen sobrepeso y, de estos, al menos 300 millones son obesos (8) .

La obesidad y el sobrepeso ponen en riesgo la sustentabilidad del sector salud, debido al desarrollo de otros padecimientos relacionados por los que vivirán enfermas 15 años en promedio, y los costos de tratarlas representan una carga sistémica que de seguir creciendo va a ser insostenible.

Sólo del año 2000 al 2008, el costo de la atención de las enfermedades relacionadas con sobrepeso y obesidad se incrementó más de 60%, al pasar de 26 mil millones a más de 40 mil millones de pesos (9).

De no atacar el problema desde este momento, el golpe a las finanzas públicas llegaría a 150,000 millones de pesos para el 2017, advierte la Secretaría de Salud. Sin embargo, el Centro de

Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública afirmó que los altos costos asociados a la salud por sobrepeso y obesidad son absorbidos por los hogares y el estado, y nunca por los que producen alimentos con alta densidad energética (8).

3. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

3.1 Definición de obesidad según la OMS

La OMS organización mundial definió en 1995, que es considerada obesidad cuando se tiene un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 obtenido de dividir los kilogramos de peso entre los metros al cuadrado de estatura (kg/m2)) siendo kg/m^2; en México y en el ámbito clínico se utiliza para definir obesidad un punto de corte de IMC de 27 kg/m2 (SSA 1998) (9).

La obesidad es el resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético. Éste es frecuentemente consecuencia de la ingestión de dietas con alta densidad energética y bajas en fibra, y de bebidas azucaradas, en combinación con una escasa actividad física. Ésta última se ha asociado a la urbanización, al crecimiento económico y a los cambios en la tecnología para la producción de bienes y servicios, así como a los estilos de vida y de recreación (8).

3.2 Obesidad según la NOM-174-SSA1998, y la NOM-008-SSA3-2010.

La norma oficial mexicana para el manejo integral de la obesidad, la define como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, y se determina su existencia en adultos cuando el IMC es mayor de 27, y en población de estatura baja (mejor de 1.50 metros en mujeres adultas y de 1.60 metros en hombres adultos) cuando el IMC es mayor de 25.

Raquel Costa clasifica clínicamente a la obesidad considerando cuatro parámetros:

a) Exceso de grasa corporal
b) Distribución de la grasa corporal
c) Edad de comienzo
d) Celularidad.

En el caso del exceso de grasa corporal se habla de la grasa corporal total usando tablas de peso que toman en cuenta sexo,, talla, raza y constitución física, no pueden ser extrapoladas de una población a otra, y el otro parámetro es el de índices, el más común es el IMC o BMI (calculado como el producto de dividir los kilogramos de peso entre los metros al cuadrado de estatura (kg/m2), de acuerdo a esta clasificación de acuerdo al índice de masa corporal los criterios son:

< **18.5**	**Infrapeso**
18.5 - 24.9	Normal o normo peso o peso saludable.
25.0 - 29.9	Sobrepeso
30 - 34.9	Obesidad grado I, riesgo moderado
35 – 39.9	Obesidad grado II, riesgo importante
40 - más	Obesidad grado III, riesgo muy importante

Tabla 2 Clasificación según el IMC

De acuerdo a la distribución de la grasa la obesidad se clasifica según su origen en exógena y endógena; la exógena debido al exceso en la alimentación y a los hábitos sedentarios, la endógena por problemas endocrinos o metabólicos.

Y la obesidad clasificada según la región corporal de mayor almacenamiento de grasa, es la obesidad tipo androide abdominovisceral o visceroportal o en forma de manzana, acumulación en el área abdominal, mayor riesgo a enfermedades cardiovasculares, hiperandrogenismo, debido a que el tejido adiposo es sitio de producción y metabolismo de esteroides; hirsutismo, ciclos anaovulatorios, amenorrea, diminución de la fertilidad, menarquía tardía y menopausia temprana, frecuente en hombres.

La obesidad tipo ginecoide fémoro glútea o ginoide o en forma de pera, grasa en abdomen bajo, caderas y piernas, frecuente en mujeres.

Costa, cita a Braguinsky, quien clasifica a la obesidad de acuerdo a la edad de comienzo, la infanto juvenil con inicio en la niñez o antes de los 18 años y la obesidad del adulto, con comienzo posterior a los 18 años con complicaciones metabólicas.

La cuarta clasificación se hace de acuerdo a la celularidad siendo la hipertrófica, se asocia a complicaciones metabólicas y cardiovasculares y la hiperplásica ésta es la que se presenta desde la infancia por aumento del número total de adipositos.

Según el consenso de la sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO) la obesidad se asocia con resistencia a la insulina debido a la disminución en la capacidad del organismo para responder a los efectos de la misma. A su vez se asocia a comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes mellitus. El riesgo es mayor en mujeres y se incrementa con la edad. (10).

3.3 La definición biopsicosocial de obesidad.

La revista puertorriqueña de psicología, refiere que las definiciones consideran la obesidad desde una perspectiva biológica y definirla así no incluye las particularidades del estilo de vida que influyen en sus patrones de alimentación, como tampoco otros determinantes sociales como los genéticos y ambientales, (Braguinsky, 2003), por tanto es necesario definirla desde la perspectiva biopsicosocial, que incluye factores sociales y psicológicos, así puede definirse la concebida en los comienzos del siglo XXI y entonces *es una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con comorbilidad múltiple, definida por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo, resulta de factores: genéticos y del medio (alimentación hipercalórica e hipergrasa prolongada, con exceso de azúcares, falta de fibra en la dieta y sedentarismo obligado) y otros factores involucrados: cesación de tabaquismo, alcohol y desbalance de neuroquímicos... (Braguinsky, 2003) añade que las personas obesas se sienten culpables por su condición, disminuyen su autoestima y sufren de desadaptación social* (11).

3.4 Peso normal “normopeso” o peso saludable

El peso saludable es entendido por peso normal o normopeso nace de tomar el rango de peso entre 18,5 kg/m2 y 24,9 kg/m2, que se considera peso saludable (12).

Por otro lado las teorías del comportamiento humano que sustentan la relación de obesidad y los cambios de conducta en

salud, son el modelo de creencias en salud y el modelo transteórico del cambio.

3.5 La obesidad desde el modelo de creencias en salud.

El modelo de creencias en salud, (Rosentock y Becker), refieren que para cambiar la conducta en torno a un problema de salud, ocurre si el individuo, teme las consecuencias de su conducta, el cambio de conducta le trae beneficios a un costo aceptable, y cree que puede vencer las barreras al cambio de conducta; así pues la severidad y vulnerabilidad percibida, se convierte el individuo se da cuenta que es grave y a él le puede pasar y la probabilidad de acción preventiva o curativa y las conductas o variables del estilo de vida relacionadas con la obesidad, dependen de los costos de la inversión personal y de que los beneficios le resulten atractivos al cambiar, mantiene la firme creencia que puede vencer las barreras del cambio (adaptado de Health Belief Model. Rosenstock. 1974) (13).

Un estudio con adolescentes realizado por Hernández Martínez, Helena, en la provincia de Guadalajara, España, en torno al modelo de creencias de salud y obesidad, (2010), expone que las variables del estilo de vida, la alimentación y sedentarismo son las responsables de la obesidad (Moreno, González-Gross, Kersting et al., 2008) y a la vez los problemas físicos ocasionados, así como la presencia de los factores de riesgo cardiovascular (tojo y Leis, 2004, SEEDO, 2007) y los psicosociales como el aislamiento social, pérdida de autoestima y estigmatización social (Sánchez y Gabaldon, 2003) (14).

De acuerdo al modelo de las creencias en salud es probable que el comportamiento de las mujeres con obesidad sea visto como resultado de la interpretación subjetiva de una situación que permite comprender las elecciones que hace en relación a su salud. Su comportamiento se basa en las percepciones de las personas que le pueden influenciar.

El modelo de creencias en salud, la susceptibilidad, se refiere a qué tan vulnerable se siente la mujer a las consecuencias negativas de la obesidad, así como sentirse poco susceptible si piensa que tiene una forma leve de la enfermedad. De acuerdo a esta teoría la consciencia de susceptibilidad hace más probable que ponga en práctica hábitos de alimentación adecuada.

La severidad o gravedad dentro del modelo plantea que cuanto más severa es la percepción de las consecuencias de la obesidad es mayor la probabilidad de que se practiquen hábitos de alimentación adecuados.

Es probable que las mujeres con obesidad lleguen a cambiar de hábitos de alimentación y a partir de esto experimentar los beneficios de un mejor estado nutricio y de salud con comportamientos y hábitos adecuados, a diferencia de quien tiene una percepción pesimista de los cambios de alimentación.

El costo financiero y el costo personal como el tiempo extra y esfuerzos para realizar un cambio en los hábitos de alimentación adecuados, influyen en el comportamiento. Cuando consideran que los beneficios son mayores que el costo, aumentan los comportamientos deseados (15).

3.6 La obesidad desde el modelo transteórico del cambio:

Otra teoría del comportamiento humano que aborda el manejo de la obesidad es el modelo transteórico del cambio (Prochaska & Di Clemente, 1984), se fundamenta en el manejo de etapas como la pre contemplación, preparación, acción y mantenimiento (16).

La etapa de pre contemplación: “no pienso hacer ningún cambio”, está en ella por falta de conocimientos, habilidades y recursos o por creencias de salud.

En la contemplación, “estoy considerando cambiar en un futuro próximo.” Se tiene más conciencia de que existe un problema y piensa con mayor seriedad hacer cambios en su conducta.

La preparación, “estoy considerando cambiar en un futuro cercano”. Inicia los intentos para cambios en el comportamiento.

En la acción, “cambio de conducta o comportamiento”, se modificaron conductas en sentido positivo, en hábitos de alimentación adecuados.

El mantenimiento “cambio sostenido por un periodo largo”, se logra después de la acción continua, manteniendo comportamientos saludables y evitar el regreso a etapas previas, se refuerza la habilidad para resolver problemas.

El estudio realizado por Tuah N, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. Modelo transteórico de modificación dietética y ejercicio físico para la pérdida de peso en adultos con sobrepeso

y obesos, con el objetivo de evaluar la efectividad de las intervenciones dietéticas y con actividad física según el modelo transteórico, para lograr una pérdida de peso sostenible en adultos con sobrepeso y obesidad y que consistió en incluir ensayos clínicos controlados que utilizaron las etapas de cambio del modelo transteórico como guía para diseñar estrategias de modificación del estilo de vida, principalmente el ejercicio físico y la dieta versus una intervención de comparación con atención habitual; una de las medidas de resultado del estudio fue la pérdida de peso; y los participantes fueron adultos con sobrepeso u obesidad.

Los ensayos variaron en cuanto a la duración de la intervención (de 6 semanas a 24 meses), con una duración mediana de 9 meses. El uso de las etapas de cambio del modelo transteórico dio lugar a una pérdida de peso mínima (cerca de 2 kg o menos) y no hubo pruebas definitivas de pérdida de peso sostenible en los participantes. Sin embargo, se observaron otras medidas de resultado positivos significativos como el cambio en la conducta con respecto a la actividad física y la ingesta dietética. El aumento de peso fue uno de los eventos adversos. La repercusión de las etapas de cambio del modelo transteórico para la pérdida de peso puede depender de la forma en la que se utilizan en combinación con otras estrategias (17).

3.7 La obesidad y sus determinantes sociales:

Los determinantes sociales de la salud pública, expuestos por Mark Lalonde, son definidos como los mecanismos específicos

que diferentes miembros de grupos socio-económicos influyen en varios grados de salud y enfermedad.

El estilo de vida, es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria; La biología humana, se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable; El sistema sanitario, es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, el medio ambiente, como la ccontaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza (18).

Un estudio sobre los determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006, realizado por Ortiz Moncada Rocío, et al, mostró que la obesidad es más frecuente en personas con un bajo nivel educativo y entre las clases sociales más bajas y como conclusiones finales, que el género y la clase social son determinantes sociales relevantes de la obesidad en España. Las actividades preventivas que se desarrollen deben considerar ambas condiciones sociales (19).

Los conocimientos, actitudes, prácticas y creencias son una metodología de las ciencias sociales que explora con estos elementos de tipo cualitativo un tema, permitiendo conocer la necesidad de aprendizajes que la población.

Un estudio realizad en Cuba a hipertensos, concluye que La información recibida para el tratamiento fue insuficiente así como pobreza en la educación colectiva y que esto pudiera ser una de

las causas por las que no se modifican sus creencias y no se realizan buenas prácticas de salud (20).

3.8 Abordaje de la obesidad desde el enfoque Gestalt.

En los pacientes obesos se advierte una alteración en los registros del hambre, la saciedad, y de la imagen corporal.

El enfoque gestáltico refiere que la obesidad tiene su inicio en la voracidad, misma que define como el impulso de incorporar algo masivamente en corto tiempo; recomienda que sea abordado a través de la comunicación motivando al individuo con obesidad a externar hasta encontrar la razón del vacío que nunca se llena.

Suelen sentirse carentes de afecto, tratan de encontrar suministros afectivos en el exterior pues no se dan cuenta que son ellos mismos que no se quieren, su autoestima esta lesionada.

El paciente tiene una autoestima afectada, de modo que hay una necesidad de reconocimiento constante con origen en introyecciones o identificaciones vinculadas a figuras parentales en especial a la figura materna.

La comida, la nutrición está vinculada con la madre. La pulsión oral está envestida del calor y afecto materno. En la experiencia de vida de estas personas, hay algo que faltó o por lo menos algo del orden del amor que no funcionó adecuadamente a nivel interno.

Hay en ellos una necesidad sin límites de ser queridos y valorados. En este intento de ampliar su autoestima, sus carencias afectivas, incorporan todo lo que viene del entorno, se tragan al mundo, se tragan todo lo que los otros dicen. La terapia gestáltica propone abordar esta problemática, rehabilitando los canales de expresión, transformando el vacío sin contenido, en un vacío con contenidos. Permitiéndole al paciente una aceptación de sus emociones, sentimientos y sensaciones.

El enfoque gestáltico desde su concepto de autocuración desconecta el hambre-saciedad y deseos de ser reconocido y auto aceptación.

Respecto a este primer punto, una manera interesante de restablecer el registro entre hambre y saciedad es alentar al paciente a que se apropie de su cuerpo, hay una interrupción en el contacto con sus emociones. Por esta desconexión mente-cuerpo, los pacientes sobrepasan el límite de la saciedad, y no se dan cuenta, la mayoría de las veces, que no comen por hambre, sino por un intenso deseo de tragar, se propone un diálogo con el cuerpo, para que capten, el fondo, la auténtica necesidad que tienen, que en general es de amor y aceptación de sí mismos.

Se invita a los pacientes a verbalizar y expresar las emociones en relación a la corporalidad, debe ayudárseles a resolver conflictos.

En general, los pacientes que padecen trastornos alimentarios suelen tener una actitud hacía sí mismos auto denigratoria, se polarizan contra sí mismos, orientan la agresión hacia sí mismos,

es necesario que restablezcan un diálogo interno conciliador con sus tendencias autodestructivas.

El objetivo en terapia Gestalt, es alentar a estos pacientes a que habiliten y restablezcan otras formas diferentes de expresión y de soporte de su ser que no sea el comer vorazmente (21).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a los resultados arrojados por el diagnóstico integral de salud de la cabecera municipal de Jaral del Progreso, Gto. las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión, la diabetes Mellitus, ocupan el primer y segundo lugar respectivamente en cuanto a morbilidad.

De acuerdo a la priorización de los daños a la salud realizada bajo el método de Hanlon, el primer lugar lo ocupan las IRAS, con una tasa de 130.87 *1000, en segundo lugar con 119.13, al diagnóstico de sobrepeso y obesidad, en tercer lugar 93.96 a la hipertensión arterial y en cuarto lugar 72.15, a la diabetes mellitus.

Del análisis de priorización del diagnóstico integral de salud, la DM2 y la hipertensión representan la puntuación más elevada, para la trascendencia y severidad así como para la eficacia. La obesidad representa la antesala de la DM2 e hipertensión, así como otras enfermedades crónico degenerativas no transmisibles.

NO.	CAUSAS DE MORBILIDAD	MAGNITUD	TRASCEDENCIA	EFICACIA	FACTIBILIDAD	TOTAL	LUGAR
1	Infección Respiratoria Aguada	10	2	1.3	5	78	2°
2	Diabetes Mellitus	10	6	1	5	80	1er.
3	Depresión (Enfermedades mentales: Estrés, depresión y neurosis)	6	0	0.5	5	15	5°
4	Enfermedades Diarreicas	10	0	1	5	50	3er.
5	Presión, Arterial Alta	10	6	1	5	80	1er.
6	Percepción de Obesidad y sobrepeso	10	0	1	5	50	3er.
7	Dx. de obesidad y sobrepeso	10	0	1	5	50	3er.
8	Desnutrición	4	0	1	5	20	3er.
9	Enfermedad pulmonar obstructiva	2	4	0.5	5	15	7°
10	Accidentes o violencia	4	8	0.5	2	12	6°
11	Neoplasias	4	8	0.5	4	24	6°

Tabla 3 Causas de morbilidad

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mayores de 20 años según la ENSANUT 2006, en el estado de Guanajuato, para varones en obesidad 25.4 y sobrepeso el 38.9, para mujeres 36.3 en sobrepeso y de 38.1, en obesidad.

La prevalencia en Guanajuato de sobrepeso y obesidad de acuerdo a los grupos de edad esta de la siguiente manera, en escolares niños hay un 9.3 de obesidad y un 11.4 de sobrepeso y en niñas hay un 14.7de sobrepeso y un 6.9 de obesidad; en adolescentes varones es de 8.0 la obesidad y de 23.8 el sobrepeso; en mujeres adolescentes las cifras son de 30 el sobrepeso y 5 la obesidad; en el grupo de adultos mayores de 20 años varones el sobrepeso es de 25.4 la obesidad y el sobrepeso 38.9, en mujeres el sobrepeso es de 36.3 y 38.1 de obesidad.

La obesidad multicausal y producto de los estilos de vida y del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social. En este

fenómeno juegan un papel importante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social (WHO 2000). Asimismo, se ha sugerido mayor susceptibilidad genética a la obesidad y la diabetes en población mexicana, comparada con otras poblaciones.

5. JUSTIFICACIÓN

Según la encuesta nacional de salud y nutrición 2012, el sobrepeso y la obesidad afectan a 7 de cada 10 adultos mexicanos de las distintas regiones, localidades y NSE, sin embargo la obesidad en el sexo femenino fue más alta (37.5%) que en el masculino (26.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.5% y el femenino de 35.9%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%) (22).

En el caso la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 50 a 59 años en las mujeres.

Hay una prevalencia de 64.5% de obesidad abdominal en hombres y 82.8% en mujeres, para una prevalencia total nacional de 73.9%.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mayores de 20 años según la ENSANUT 2006, en el estado de Guanajuato, para varones en obesidad 25.4 y sobrepeso el 38.9, para mujeres 36.3 en sobrepeso y de 38.1, en obesidad.

El diagnóstico integral de salud de la cabecera municipal de Jaral del Progreso, refleja que las enfermedades crónico degenerativas como hipertensión arterial y la diabetes Mellitus tienen el primer lugar, en la priorización de acuerdo al método de Hanlon, es la razón principal para implementar un análisis y estrategia educativa breve e innovadora que haga énfasis en el peso

saludable, para *reactivar el auto cuidado de su salud, el sobrepeso y la obesidad requieren cambio de estilo de vida.*

El abordaje del sobrepeso y la obesidad como antesala de las enfermedades crónicas permitirá explorar los conocimientos, percepciones y prácticas que tienen las mujeres acerca de estos factores de riesgo de modo que pueda identificarse con mayor claridad el peso saludable y como tener el control de éste.

Permitirá a la vez mejorar las estrategias de comunicación en cuanto al diseño de intervenciones educativas, así como evaluar la eficiencia e impacto de las estrategias institucionales como una manera de mejorar la educación a la población usuarias de los servicios de salud.

Integrar el acompañamiento emocional a través de un enfoque humanista permite una reflexión y expresión que permite el encuentro con otras mujeres con condiciones similares y se convierte en un ser solidario que estimula y alienta la adherencia al control y tratamiento del sobre peso y la obesidad.

Para los profesionales de la salud implicados requeriría esfuerzos multidisciplinarios con un alto compromiso de intensificación y evaluación de cada acción.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Analizar los conocimientos, las percepciones y las prácticas sobre la obesidad en las mujeres usuarias de los servicios de salud, en Jaral del Progreso, Guanajuato; a través de la implementación de una estrategia educativa para favorecer el peso saludable.

6.2 Objetivos Específicos

→ Describir los conocimientos, las percepciones y prácticas que las mujeres usuarias de los servicios de salud, tienen de la obesidad.

→ Implementar una estrategia educativa a mujeres usuarias de los servicios de salud de Jaral del Progreso para favorecer el peso saludable.

7. METODOLOGÍA (MATERIAL Y MÉTODOS)

Se realizará un estudio transversal, descriptivo y observacional para favorecer la adquisición de conocimientos, hábitos y percepciones sobre el peso saludable; dirigida a mujeres usuarias de los servicios de salud de Jaral del Progreso, Gto.

7.1 Población en estudio

Mujeres con obesidad usuarias de los servicios de salud del CAISES de Jaral del Progreso, Guanajuato.

7.2 Criterios de Selección:

7.2.1 Criterios de inclusión:

Se incluyo a mujeres con obesidad usuarias de los servicios de salud, interesadas en participar en la estrategia educativa para atender la obesidad.

7.2.2 Criterios de exclusión:

Se excluyó a mujeres sin obesidad.

7.3 Definición y operacionalización de las variables y unidades de medición:

7.3.1 Variable independiente:

Obesidad de las mujeres.

7.3.2 Variables Independientes:

Peso, estatura, IMC, edad, ocupación, escolaridad, conocimientos sobre la obesidad, entorno, prácticas, hábitos e impacto y percepciones.

7.3.3 Mapa de variables independientes:

DATOS GENERALES O DE IDENTIFICACIÓN			
VARIABLE	**OPERACIONALIZACIÓN**	**TIPO DE VARIABLE**	**UNIDAD DE MEDICIÓN**
EDAD	Edad de la mujer con obesidad	Discreta	Por quinquenios
ESTATURA	Centímetros	Escala	
PESO	Kilogramos de la mujer con obesidad	Escala	kilogramos
IMC	Resultante de peso y estatura	Escala	Clasificación anterior
			Infrapeso
			Norma
			Sobrepeso
			Obesidad
ESTADO CIVIL	Estado civil de las mujeres con obesidad	Nominal	a) Soltera
			b) Casada
			c) Viuda
			d) Divorciada
			e) Unión libre
OCUPACIÓN	A que se dedican		a) Ama de casa
			b) Estudiante
			c) Comercio propio
			d) Empleada
			e) Otra
ESCOLARIDAD	Nivel escolar estudiado		a)Sin escolaridad
			b)Primaria
			c)Secundaria
			d)Bachillerato
			e)Licenciatura/posgrado

Tabla 4 Mapa de variables independientes: Datos generales.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA OBESIDAD			
INGESTA	Ingestas de alimento al día	Nominal	a) Una
			b) Dos
			c) Tres
			d) Cuatro
			e) Cinco
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico de obesidad	Nominal	a) Sí
			b) No
			c) No sabe/No contestó
ALIMENTO	Alimento que debe limitarse en la dieta para evitar la obesidad	Nominal	a) Mantequillla, harinas, azúcares y grasas
			b) Legumbres
			c) Cereales
			d) No sabe/No contestó
ENFERMEDADES	Enfermedades que conoce desarrolladas a partir de la obesidad.	Nominal	a) Diabetes
			b) Hipertensión
			c) Osteoartritis
			d) Cáncer de mama
			e) Enfermedad Coronaria
			f) Cáncer de Colon
			g) Apnéa del Sueño
			h) Triglicéridos y colesterol altos
ORIGEN DE OBESIDAD	Creencia del origen de la origina la obesidad	Nominal	a) Factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales
			b) Sedentarismo y aumento desproporcionado de calorías.
			c) Falta de ejercicio
			e) No sabe/No contestó
TRATAMIENTO	Tratamiento más adecuado para la obesidad	Nominal	a) Productos herbolarios y pastillas
			b) Cirugía
			c) Dietas exóticas
			d) Régimen nutricional adecuado, ejercicio y
			medicamento si es necesario

Tabla 5 Mapa de variables independientes: Conocimientos sobre la obesidad

ENTORNO, PRÁCTICAS Y HÁBITOS			
ENTORNO-ESPACIO	Espacios que utiliza para hacer activación física	Nominal	a) En su hogar
			b) Gimnasio, SPA, Zumba, etc.
			c) Clase de Fútbol, basquetbol, karate, etc.
			d) Unidad deportiva, canchas, etc.
TIEMPO	Tiempo que dedica a la activación física	Nominal	a) De 15 a 44 min diarios
			b) De 45 min a una hora diario
			c) Más de una hora diaria
			d) De 15 a 44 min cada tercer día
			e) De 45 min a una hora cada tercer día
			f) Más de una hora cada tercer día
			g) De 15 a 44 min dos veces por semana
			h) De 45 min a una hora dos veces por semana
			i) Más de una hora dos veces por semana
			j) De 15 a 44 min, una vez a la semana
			k) De 45 min a una hora, una vez a la semana
			l) Más de una hora, una vez a la semana
			m) No hace activación física
ENTORNO FAMILIAR	Definición del entorno familiar	Nominal	a) Reservado
			b) Alegre y amistoso
			c) Violento
			d) Agresivo
			f) No sabe/No contestó
SUEÑO	Horas de sueño	Nominal	a) Ocho horas
			b) Menos de ocho horas
			c) Más de ocho horas
			d) No sabe/No contestó

INVERSIÓN DE TIEMPO	Inversión de la mayor parte del tiempo	Nominal	a) Estudio y trabajo
			b) Solo estudio
			c) A las actividades del hogar
			d) No sabe/No contestó
			d) Hábitos alimentarios inadecuados
			e) A las actividades del hogar
			d) No sabe/No contestó
HORAS - TV	Total de horas al día de ver televisión	Nominal	a) No veo Televisión
			b) Una hora
			c) Dos horas
			d) Cinco horas
			e) Ocho horas
HORAS COMPUTADORA	Total de tiempo en que usa la computadora en el día	Nominal	a) No uso computadora en casa
			b) Una hora
			c) Dos horas
			d) Cinco horas
			e) Ocho horas
COMIDA	Tipo de comida que consume.	Nominal	a) Comida casera
			b) Comida hecha, envasada
			o enlatada
			c) Cualquier comida
			d) No sabe/No contestó
RACIÓN COMIDA	Cantidad de comida que consume.	Nominal	a) Porciones moderadas
			b) Repito porciones
			c) Plato lleno
			d) No sabe/No contestó

COCINERA (O)	Persona en la familia que selecciona y prepara la comida.	Nominal	a) La madre
			b) El padre
			c) El padre y la madre
			d) La abuela
			f) No sabe/No contestó
GOLOSINAS	Tipo de golosinas que consume.	Nominal	a) Dulces tradicionales
			b) Dulces y golosinas hechas en casa
			c) Frituras, cacahuates, palomitas
			d) Chicles, paletas y caramelos
			e) No consume golosinas o dulces
REFRESCO	Total de refrescos que consume al día	Nominal	a) Uno a dos vasos a la semana
			b) Uno a dos vasos al día
			c) Uno a dos refrescos de 600 ml al día
			d) Uno a dos refrescos de 600 ml a la semana
			e) Tres refrescos de 600 ml a la semana o más
			f) No consume refresco
COMIDA RÁPIDA	Días a la semana en que consume comida rápida	Nominal	a) Uno o dos
			b) Tres o cuatro
			c) Cinco o seis
			d) Todos los días
			e) No como comida rápida
VASOS DE AGUA	Total de vasos de agua que consume al día.	Nominal	a) De uno a dos
			b) de tres a cuatro
			c) De cinco a seis
			d) De siete a ocho
CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS…	Veces a la semana que consume frutas, verduras, semillas y leguminosas.	Nominal	a) De una a dos
			b) De tres a cuatro
			c) Cinco o más
			d) Nunca
			e) No sabe/No contestó

Tabla 6 Mapa de variables independientes: Entorno, prácticas y hábitos

IMPACTO Y PERCEPCIONES			
SENTIMIENTO	Sentimiento hacía la imagen de sí misma.	Nominal	a) Estoy conforme con mi cuerpo
			b) Me gustaría ser delgada
			c) No quiero mirarme al espejo
			d) No quiero mirarme al espejo
AUTOESTIMA	Confirmar el amor hacía si misma	Nominal	a) Me quiero
			b) Me estimo lo suficiente
			c) Tengo baja autoestima
			d) No sabe/No contestó
RELACIÓN AFECTIVA	Tipo de relación que tiene con los que le rodean.	Nominal	a) Soy sociable, amiguera
			b) Soy poco sociable
			c) Me gusta estar solo
			d) No sabe/No contestó
EMOCIONES	Control de emociones.	Nominal	a) Siento que me puedo controlar
			b) No siempre me puedo controlar
			c) Me descontrolo fácilmente
			d) No sabe/No contestó
EXPRESIÓN - PROBLEMAS	Expresión de sus problemas	Nominal	a) Puedo hablar de mis problemas.
			b) A veces hablo de mis problemas
			c) Nunca hablo de mis problemas
			d) No sabe/No contestó
BELLEZA	Importancia del peso para sentirse bella	Nominal	a) Poca
			b) Mucha
			c) Nada
			d) No sabe/No contestó
OTROS OBESOS	Existencia de alguien en la familia con obesidad.	Nominal	a) Sí
			b) No
			c) No sabe/no contestó

Tabla 7 Mapa de variables independientes: Impacto y percepciones

7.4 Fuentes de Información:

7.4.1 Fuentes de información primaria:

La información primaria fue obtenida a través de un instrumento diseñado para recopilar los datos cuantitativos y cualitativos.

7.4.2 Fuentes de información secundaria:

Se recurrió a fuentes oficiales de información, como sistemas de información estatales y municipales, así como fuentes autorizadas.

7.5 Recolección de la Información:

Una vez que fue aprobado el protocolo de la intervención o estrategia educativa se formaron los grupos y se recolectaron los datos en sus tres etapas a través de a través de un estudio mixto con metodología cuantitativa, realizada de la siguiente forma:

Metodología cuantitativa, a través del instrumento con variables cuantitativas y cualitativas.

El instrumento se construyo con cuatro apartados en total 38 variables distribuidas de la siguiente manera:

- → Datos generales y de identificación, con datos de la mujer usuaria de los servicios de salud, con obesidad, considerando la edad, la ocupación, la escolaridad y peso y talla correspondiente.

→ Conocimientos sobre la obesidad, este aparto se construyo de seis preguntas clave sobre los conocimientos que tienen las mujeres acerca de la obesidad.

→ Entorno prácticas y hábitos, construido con quince ítems que recopilan datos acerca de los hábitos, de las características del entorno, tiempos de los hábitos.

→ Impacto y percepciones, con quince items que integran las emociones y sentimientos que les genera vivir con obesidad, así como la decisión de recibir tratamiento y tiempos para buscar la atención.

7.6 Consideraciones Éticas

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, Título Segundo: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 17, sección I, se clasifica como investigación sin riesgo, para lo cual se elaborará una carta de consentimiento informado donde se precise la confidencialidad, voluntariedad y gratuidad de su participación en el estudio.

En cuanto al consentimiento informado se le pidió a cada mujer firmar el consentimiento informado para participar en la estrategia para favorecer los conocimientos, hábitos y percepciones positivas sobre el peso saludable.

Siendo un estudio de investigación de salud pública. Se recomienda que el participante antes de decidir si participa o no,

debe conocer y comprender cada uno de los apartados por la importancia que tienen, con la información suficiente y aclaración de dudas y en absoluta y plena libertad.

El participante debe comprender el objetivo y la importancia que tiene el estudio para el futuro de la salud pública porque la población podrá beneficiarse del conocimiento obtenido

Es necesario aclarar que contará con completa confidencialidad y queda a su voluntad decidir su participación en forma completamente voluntaria, sin consecuencias desfavorables como perder los servicios médicos.

Otro aspecto del consentimiento informado es la libertad que tiene el participante de retirarse en cualquier momento que decida hacerlo, en caso de sentir que no se respeta su integridad.

Al participante debe quedarle claro la gratuidad de su participación y que no recibirá pago por los datos proporcionados.

7.7 Ejecución de la Intervención:

7.7.1 Diseño de la intervención

1.- Se invito a participar de manera aleatoria a mujeres con obesidad, usuarias de los servicios de salud del CAISES de Jaral del Progreso, Gto. Entre los 15 años y 60 años de edad.
2.- Se presentaron los objetivos del proyecto y se solicitó su autorización mediante consentimiento informado, así como invitarles a participar en la estrategia para favorecer el peso saludable a través del análisis de los conocimientos,

percepciones y prácticas de las mujeres con obesidad usuarias de los servicios de salud.

3. Se integró al grupo de mujeres usuarias de los servicios de salud que formaran el grupo experimental a un taller de 15 horas de información, sensibilización y de activación física.

4. La estrategia educativa para favorecer el peso saludable con una serie de tres talleres de cinco horas cada uno integrando en forma intercalada las mediciones.

5. Cada taller contó con la participación de una nutrióloga, responsable de abordar la temática para incidir en el rubro de los conocimientos; otra de las participantes como facilitadora del taller fue una psicoterapeuta de enfoque humanista, específicamente Gestalt, responsable de promover a través del proceso de grupo propiciar la reflexión, análisis y comunicación de las emociones y vivencias de las mujeres con obesidad; la implementación de la estrategia también tuvo el componente y participación de un activador físico para instruir al respecto, así como identificar el tipo de ejercitación necesaria para mujeres con obesidad, con periodicidad semanal.

6.- La obtención de datos se realizó mediante tres mediciones una inicial o basal, intermedia y final. La basal, se contempló antes de iniciar las sesiones educativas, la intermedia cuando terminaron los talleres y la final un mes después de terminar las sesiones educativas.

8.- Posteriormente se integró el grupo control que son el grupo de mujeres usuarias de los servicios de salud a las que no se les aplicará ningún tipo de actividad educativa, pero que sin embargo sabrán de su participación en el estudio.

7.8 Tamaño de la Muestra:

Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó el paquete estadístico win episcope para una proporción dado que el estudio es analítico, utilizado un nivel de confianza de 95%, tomando como base la población de mujeres en edad fértil no derechohabientes del diagnóstico integral de salud, la cual corresponde a 240, lo que resulto en 63 más 15% de pérdidas resulta una muestra de 72, mujeres usuarias de los servicios de salud que conformaron el grupo experimental con 36 mujeres y el grupo control, con igual número de mujeres.

7.9 Plan de Análisis

Se solicitaron datos a las mujeres usuarias de los servicios de salud mediante el instrumento diseñado para tal efecto creando una base datos de tres mediciones, del grupo uno y grupo dos, mediante el programa entry data complemento del SPSSV.18, con el que se analizó la información.

Se realizó una estadística descriptiva a partir de frecuencias para alcanzar el primer objetivo y posteriormente aplicar las pruebas estadísticas como la z de Kolmogorov – Smirnov para explorar la normalidad de los datos correspondientes a ambos grupos.

A partir de la normalidad de los datos se les aplico la t student, a datos.

Se aplico la prueba de Wilcoxon a los datos que no tuvieron normalidad.

Se realizó análisis bivariado de correlaciones.

8. RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo a las variables numéricas derivadas del instrumento que los generó. Se incluye en cada apartado el resultado del análisis comparativo entre dos grupos en tres mediciones inicial. Intermedia y post, considerando cuatro apartados: las variables socioeconómicas en el apartado de datos generales o de identificación, los conocimientos sobre la obesidad, el entorno, prácticas y hábitos e impacto y percepciones (23).

8.1 Resultados descriptivos

Las mujeres usuarias de los servicios de salud que forman el grupo uno formado por 36 mujeres tienen edad promedio de 32.14 ±, y desviación estándar de 5.94 años, es decir entre 22 y 48 años y talla de 1.56 ± 0.053 m. Para el grupo dos, las personas tienen una edad promedio de 37.94 ± 6.39 años con edad mínima de 19 y máxima de 52, con talla de 1.56 ± 0.036 m.

Las mujeres del grupo uno presentan una escolaridad de 2.8% de primaria, 47.2% de secundaria y un 38.9% con bachillerato y un 11.1% de mujeres con licenciatura.

El grupo dos tiene de igual forma un porcentaje de 5.6% de mujeres con primaria, 61.1% de mujeres con secundaria y un 30.6% con bachillerato, 2.8% de mujeres con licenciatura.

A continuación presentaré los resultados de las variables, en los rubros mencionados

2. ¿Cuántas ingestas de alimento hace al día?										
GRUPO	1					2				
RESPUESTAS	a) Una	b) Dos	c) Tres	d) Cuatro	e) Cinco	a) Una	b) Dos	c) Tres	d) Cuatro	e) Cinco
%	% del n	% del n	% del n	% del n	% del n	% del n	% del n	% del n	% del n	% del n
Basal	0.00%	13.89%	66.67%	8.33%	**11.11%**	0.00%	8.33%	91.67%	0.00%	**0.00%**
Intermedia	0.00%	0.00%	72.22%	0.00%	**27.78%**	0.00%	16.67%	77.78%	0.00%	**5.56%**
Post	0.00%	0.00%	69.44%	0.00%	**30.56%**	0.00%	16.67%	77.78%	0.00%	**5.56%**

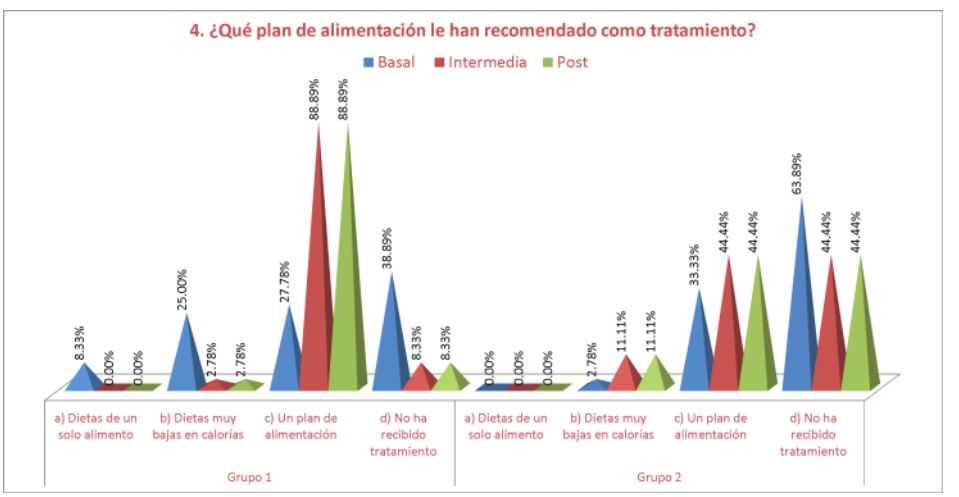
Tabla 8 Resultados descriptivos, pregunta 2

En el grupo 1, las respuestas fueron en la primera medición un 13.89% para dos comidas al día, 66.67% para tres comidas al día, un 8.33% para cuatro comidas al día y un 11.11% para cinco comidas al día, en la medición intermedia los porcentajes se concentraron en un 72.22 en tres comidas al día y un 27.78% para cinco comidas y a la medición post un 69.44% asumió la ingesta de 3 comidas al día y un 30.56% realizó cinco comidas al día.

El grupo 2, se concentro en dos comidas un 8.33% y un 91.67% tres comidas al día y ligeramente variaron el mediciones intermedias y post.

3. ¿Le han diagnosticado obesidad?						
GRUPO	1			2		
RESPUESTAS	a) Sí	b) No	c) No sabe/No contestó	a) Sí	b) No	c) No sabe/No contestó
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	**63.89%**	33.33%	2.78%	**77.78%**	16.67%	5.56%
Intermedia	**91.67%**	5.56%	2.78%	**80.56%**	16.67%	2.78%
Post	**91.67%**	5.56%	2.78%	**80.56%**	16.67%	2.78%

Tabla 9 Resultados descriptivos pregunta 3



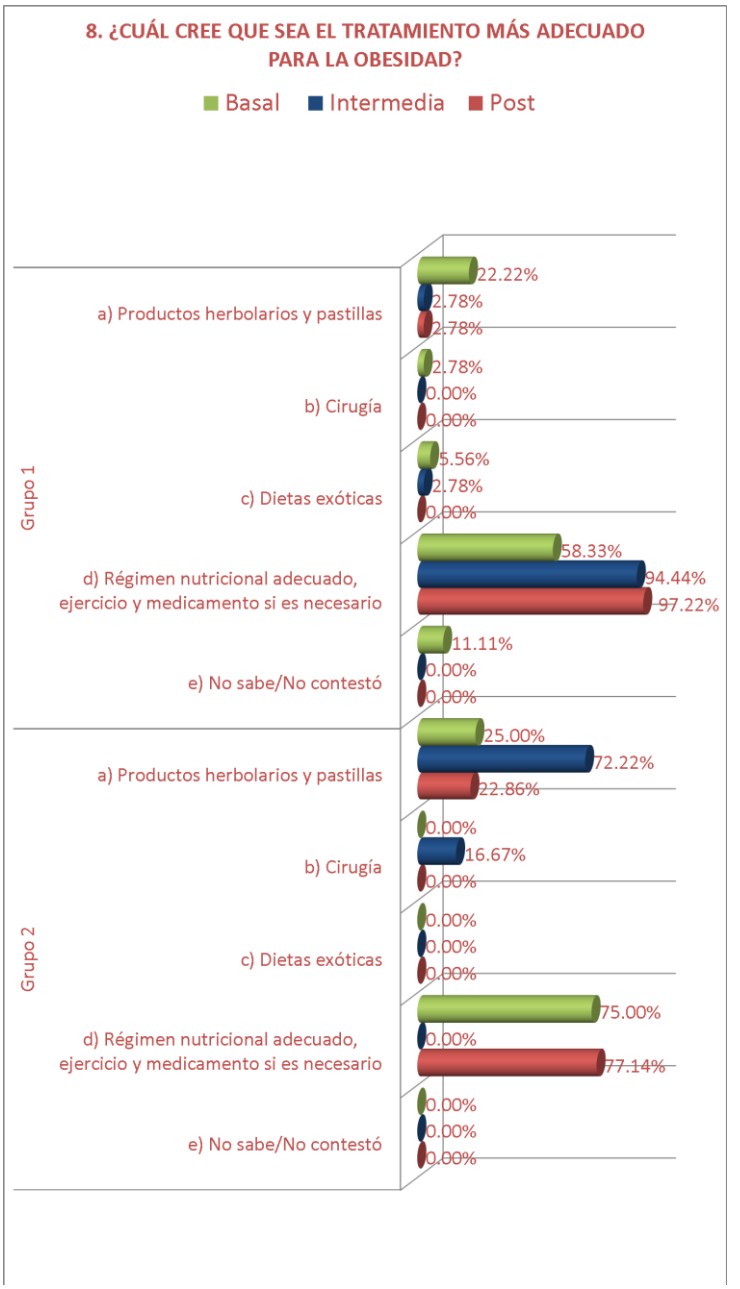
Gráfica 1 Resultados descriptivos, pregunta 4

5. ¿Cuál de los siguientes alimentos se debe limitar en la dieta para evitar la obesidad?						
GRUPO	Grupo 1			Grupo 2		
OPCIONES	a) Mantequillla, harinas, azúcares y grasas	b) Legumbres	d) No sabe/No contestó	a) Mantequillla, harinas, azúcares y grasas	b) Legumbres	d) No sabe/No contestó
%	% de la n	% de la n	% de la n	% de la n	% de la n	% de la n
Basal	**94.44%**	2.78%	2.78%	***97.22%***	0.00%	2.78%
Intermedia	***100.00%***	0.00%	0.00%	***91.67%***	0.00%	8.33%
Post	***100.00%***	0.00%	0.00%	***94.12%***	0.00%	5.88%

Tabla 10 Resultados descriptivos, pregunta 5

El grupo 1, respondió a la pregunta de ¿Qué alimentos debe limitar para no generar obesidad? En la medición basal se dieron respuestas en un 94.44% dijeron que la mantequilla, las harinas y las azúcares, sólo un 2.78%, menciono que las verduras, deben evitarse, para la intermedia y la post se concentraron las respuestas en un 100%, en que deben evitarse la mantequilla, las harinas y azúcares.

El grupo 2, respondió a la misma pregunta con un 97.22% en la opción de evitar mantequilla, harinas y azúcares, y un 2.78% no sabe o no contesto y para la medición y basal los resultados variaron sin consideraciones importantes.

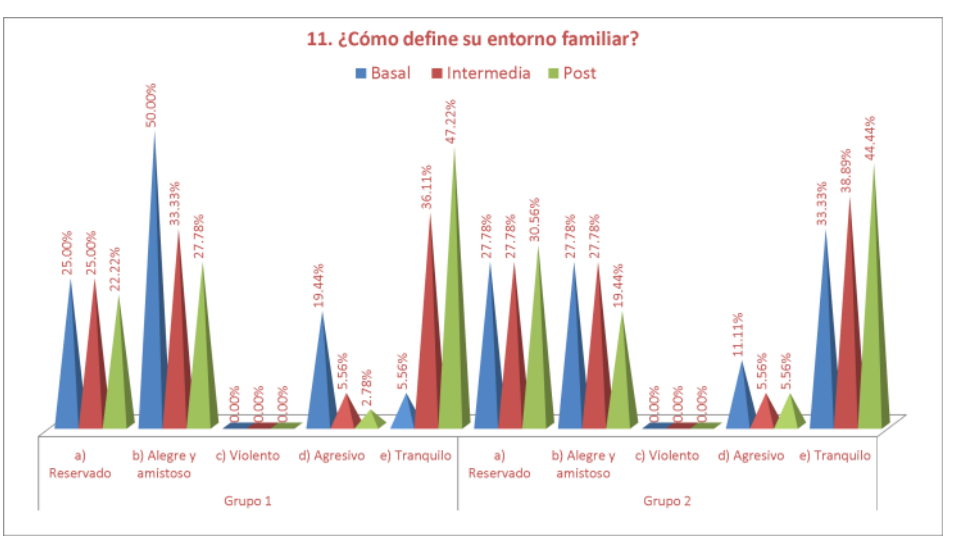


Gráfica 2 1 Resultados descriptivos, pregunta 8

Al preguntar cuál creen que sea el tratamiento más adecuado para la obesidad, en el grupo uno responde en las siguientes proporciones en la medición basal respondieron que dietas exóticas un 22.22%, que cirugía un 2.78%, dietas exóticas un

5.56%, y un 58.33% respondió que el tratamiento más adecuado era un régimen nutricional adecuado, ejercicio y medicamento de ser necesario, para la medición intermedia la respuesta anterior fue la elegida con un 94.44%, elevándose al 97.22% en le medición post.

En el segundo grupo las respuestas estuvieron en los productos herbolarios con un 25.00 % y un 75.00% en lo referente a régimen nutricional adecuado, ejercicio y medicamento si es necesario, en la medición basal, en la medición intermedia se incluyo la opción de cirugía con un 16.67% incrementándose en un 72.22% la respuesta de productos herbolarios y pastillas; el comportamiento de respuestas en la medición post se incremento en un 77.14%, considerando como mejor opción el régimen nutricional adecuado, ejercicio y medicamento si es necesario.

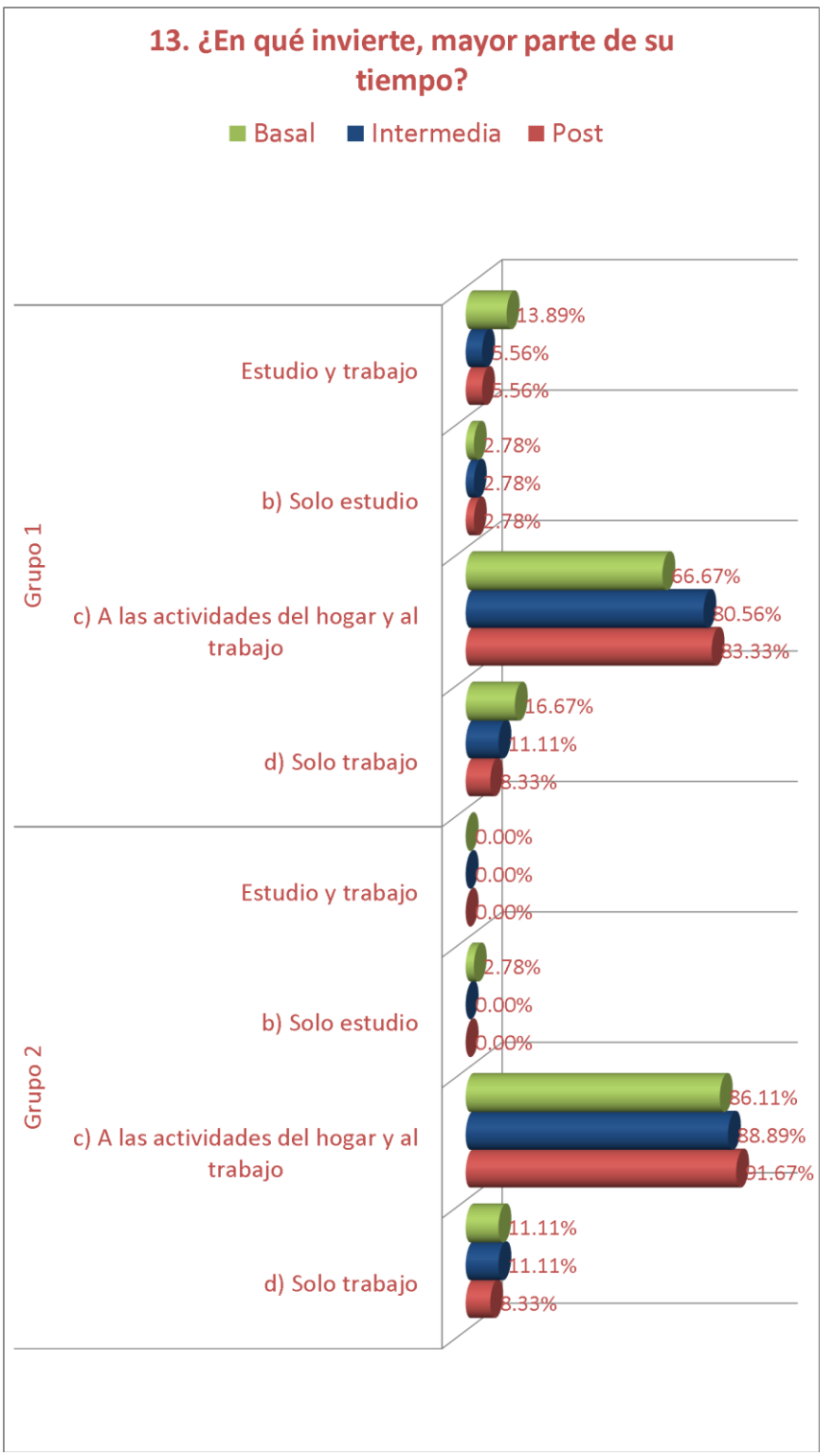


Gráfica 3 Resultados descriptivos, pregunta 11

12. ¿Cuántas horas duerme?

Lo encontrado en cuanto a las horas que duerme, en el grupo 1, se encontró que las mujeres duermen un 11.43% ocho hrs.; menos de 8 hrs. Un 71.43% y más de ocho hrs. Un 17.14%; en la medición intermedia, se incremento el número de mujeres que duermen 8 horas con un 41.67%, decreció al 52.78 % de las que duermen menos de ocho hrs. Lo que puede significar que al dormir a sus horas, disminuir el estrés y manejar sus tiempos en relación a los alimentos.

En el grupo 2, se encontró que las mujeres generalmente menos de ocho horas.



Gráfica 4 Resultados descriptivos, pregunta 13

14. ¿Cuánto tiempo ve televisión al día?										
GRUPO	Grupo 1					Grupo 2				
OPCIONES	**a) No veo Televisión**	**b) Una hora**	**c) Dos horas**	**d) Cinco horas**	**e) Ocho horas**	**a) No veo Televisión**	**b) Una hora**	**c) Dos horas**	**d) Cinco horas**	**e) Ocho horas**
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	2.78%	8.33%	**55.56%**	33.33%	0.00%	0.00%	2.78%	**66.67%**	30.56%	0.00%
Intermedia	0.00%	44.44%	**44.44%**	11.11%	0.00%	0.00%	2.78%	**63.89%**	33.33%	0.00%
Post	0.00%	41.67%	**47.22%**	11.11%	0.00%	0.00%	2.78%	**61.11%**	36.11%	0.00%

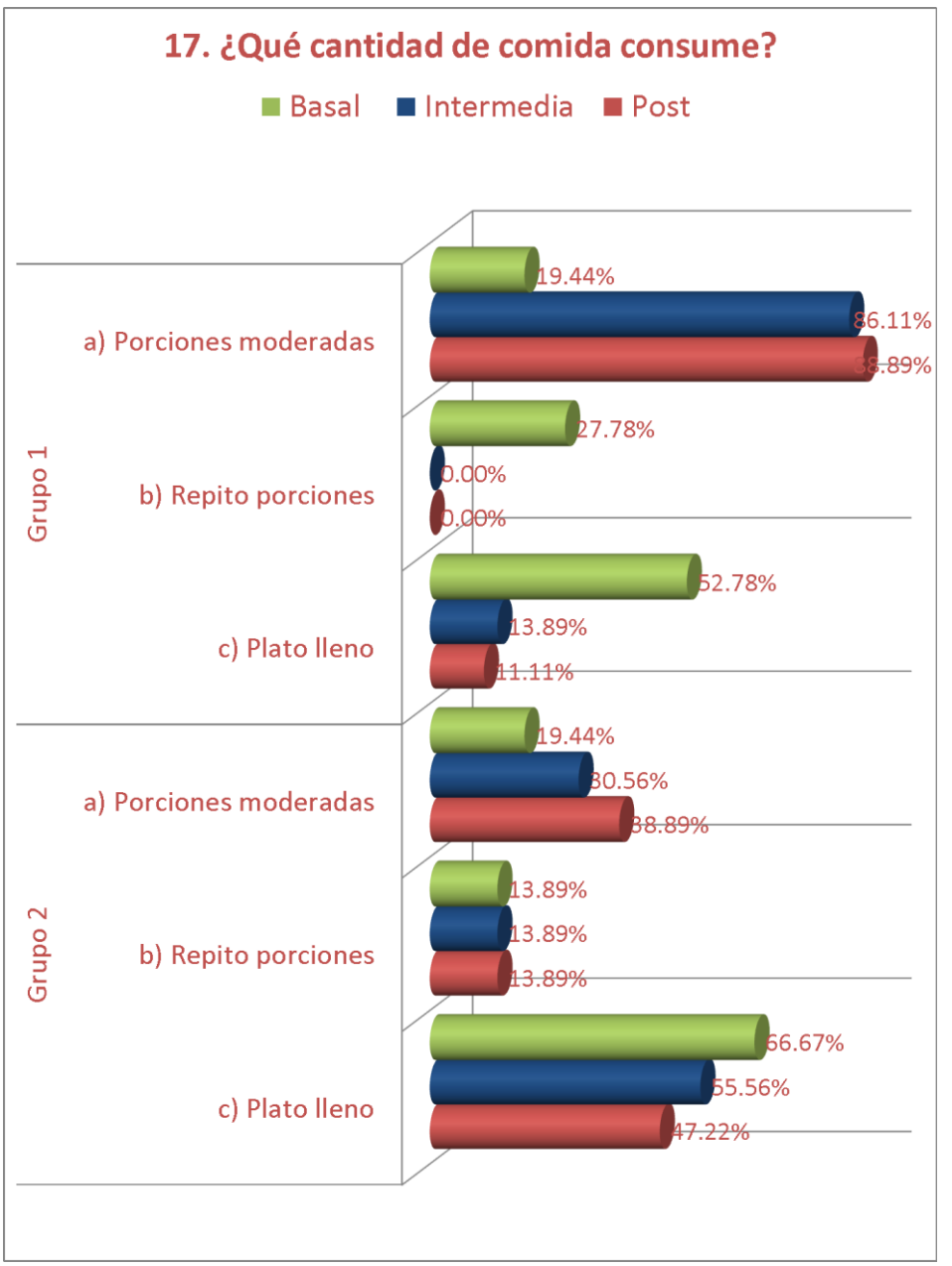
Tabla 11 Resultados descriptivos, pregunta 14

15.¿Cuántas horas al día usa la computadora en su casa?

En el grupo de intervención, el uso de la computadora por periodos de dos horas o más disminuyó, incrementándose el no uso y el uso por un máximo de una hora. Esto puede ser indicativo de mayor activación física. En el grupo 2 el comportamiento fue contrario, pues se incrementó el uso de la computadora por dos horas diarias o más, lo cual indica una menor actividad física.

16. ¿Qué tipo de comida consume?						
GRUPO	1			2		
OPCIONES	a) Comida casera	b) Comida hecha, envasada o enlatada	c) Cualquier comida	a) Comida casera	b) Comida hecha, envasada o enlatada	c) Cualquier comida
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	**97.22%**	0.00%	2.78%	100.00%	0.00%	0.00%
Intermedia	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%
Post	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%

Tabla 12 Resultados descriptivos pregunta 16

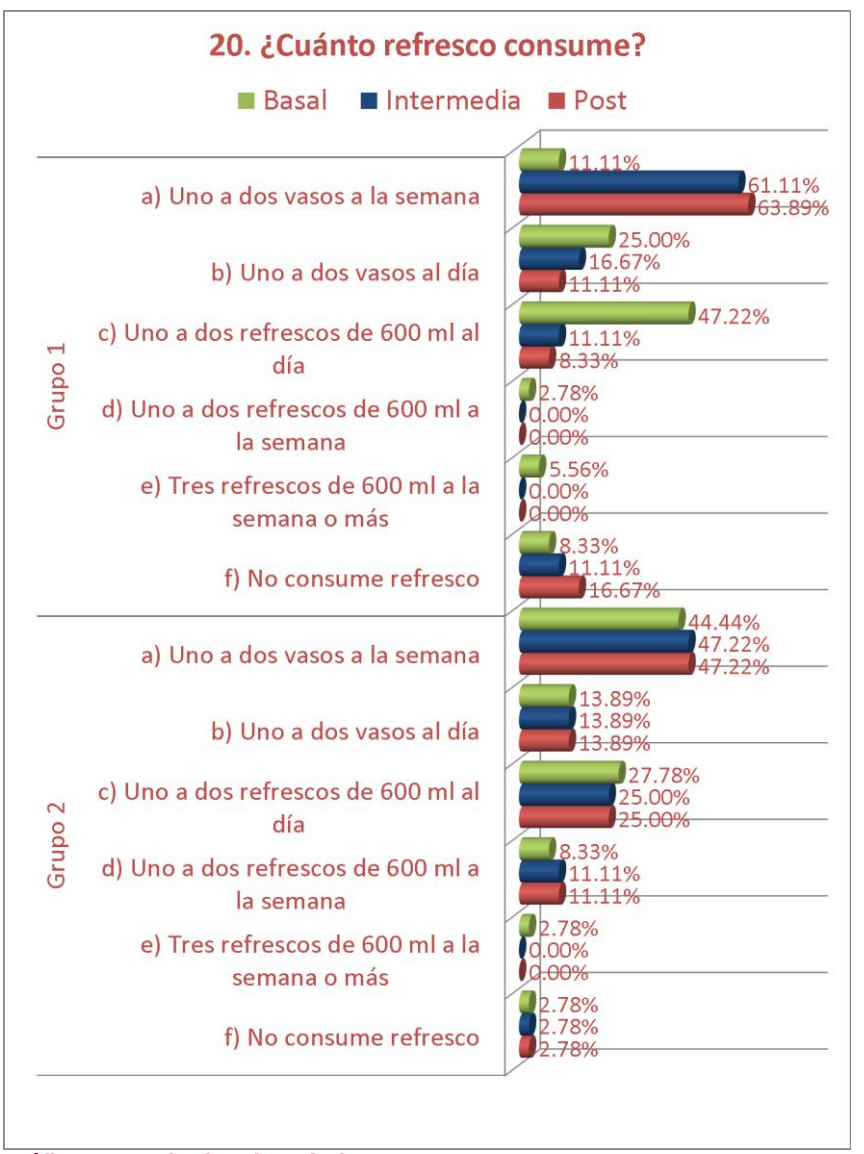


Gráfica 5 Resultados descriptivos, pregunta 17

18. ¿Quién selecciona y prepara lo que se come en la familia?

La alimentación del hogar descansaba antes del estudio en la madre y la abuela, pasando a ser responsabilidad casi exclusiva

de la madre para el grupo 1 pues pasó del 69.44% al 97.22% de los casos en que esta tarea está a cargo de la madre mientras que las abuelas encargadas de lo mismo pasaron del 22.22% al 2.78% de los casos. En el caso del grupo 2, las madres de familia recuperaron esta función pero solo parcialmente pues la responsabilidad pasó del 69.44% al 75% de los casos.



Gráfica 6 Resultados descriptivos, pregunta 20

21. ¿Cuántos días a la semana come hot dogs, hamburguesa o pizza?								
GRUPO	1				2			
OPCIONES	a) Uno o dos	b) Tres o cuatro	c) Cinco o seis	e) No como comida rápida	a) Uno o dos	b) Tres o cuatro	c) Cinco o seis	e) No como comida rápida
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	**75.00%**	5.56%	0.00%	19.44%	**54.29%**	0.00%	2.86%	42.86%
Intermedia	**66.67%**	2.78%	0.00%	30.56%	**57.14%**	0.00%	2.86%	40.00%
Post	**66.67%**	2.78%	0.00%	30.56%	**55.56%**	0.00%	2.78%	41.67%

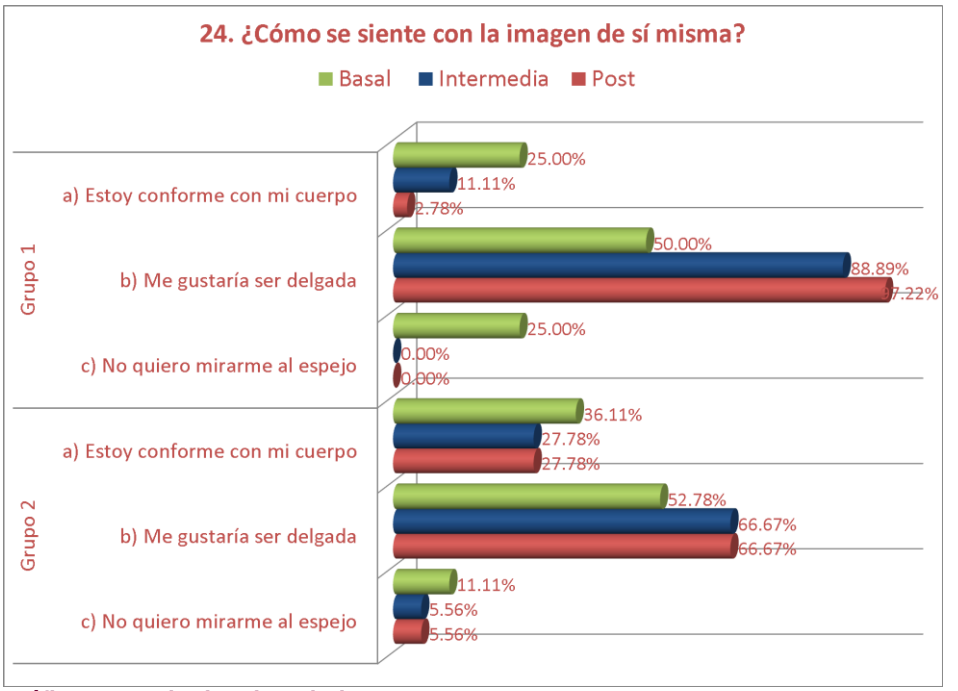
Tabla 13 Resultados descriptivos, pregunta 21

22. ¿Cuántas vasos de agua toma al día?

El incremento en el consumo de agua se observó en ambos grupos. En el grupo uno se incrementó tanto en el conjunto de cinco a seis como en el de siete a ocho vasos de agua diarios (de 14.71% a 69.44% y de 2.94% a 11.11% respectivamente). En el segundo grupo el incremento más importante fue en el consumo de siete a ocho vasos (de 2.86% a 11.11%)

23. ¿Cuántas veces a la semana ingieres verduras, semillas y leguminosas?								
GRUPO	**1**				**2**			
OPCIONES	a) De una a dos	b) De tres a cuatro	c) Cinco o más	d) Nunca	a) De una a dos	b) De tres a cuatro	c) Cinco o más	d) Nunca
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	27.78 %	36.11%	33.33%	2.78%	0.00%	69.44%	30.56%	0.00%
Intermedia	13.89 %	19.44%	66.67%	0.00%	0.00%	66.67%	33.33%	0.00%
Post	13.89 %	19.44%	66.67%	0.00%	0.00%	66.67%	33.33%	0.00%

Tabla 14 Resultados descriptivos, pregunta 23



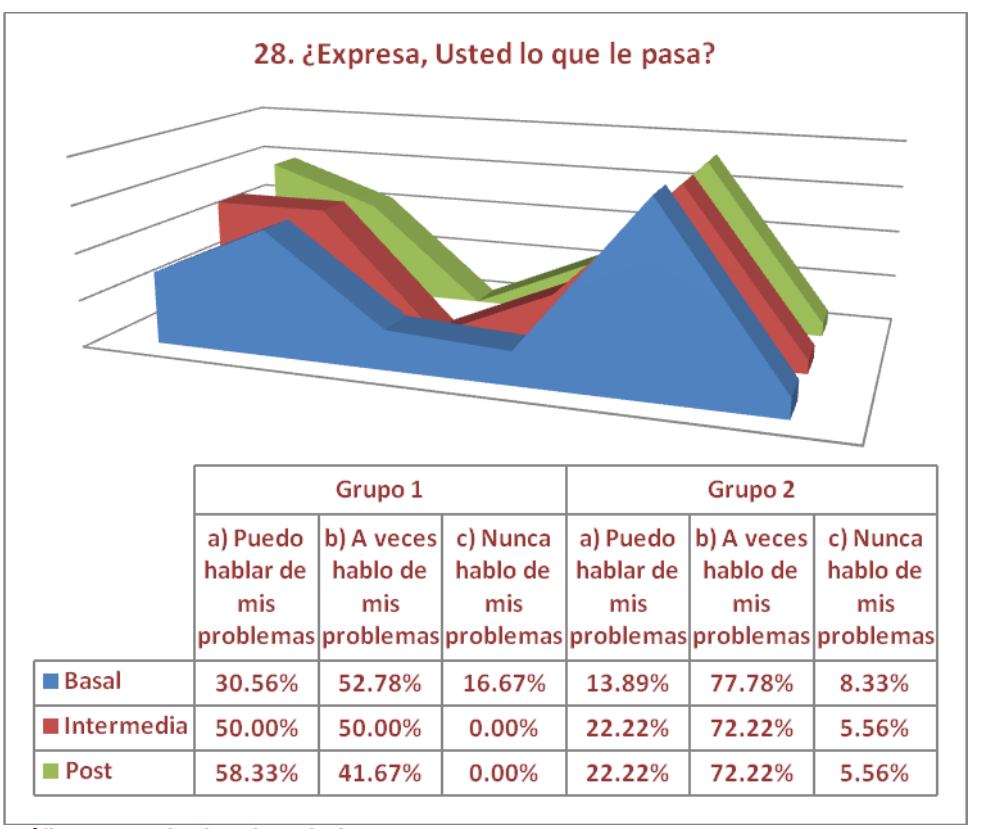
Gráfica 7 Resultados descriptivos, pregunta 24

26. ¿Cómo es usted en relación a los que le rodean?

En el grupo 1 se observa un crecimiento importante en el grado de socialización que observan las personas en sí mismas (las personas sociables o amigueras pasaron del 34.29% en la basal a 62.86% en la post, no se reportaron personas que quisieran estar solas en la post). Para el grupo 2, no se observaron cambios importantes en la socialización y las personas que les gusta estar solas son el 5.56% del grupo en las tres mediciones.

27.¿Controla sus emociones?						
GRUPO	**1**			**2**		
OPCIONES	a) Siento que me puedo controlar	b) No siempre me puedo controlar	c) Me descontrolo fácilmente	a) Siento que me puedo controlar	b) No siempre me puedo controlar	c) Me descontrolo fácilmente
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	31.43%	48.57%	20.00%	50.00%	44.44%	5.56%
Intermedia	69.44%	25.00%	5.56%	47.22%	47.22%	5.56%
Post	75.00%	19.44%	5.56%	50.00%	44.44%	5.56%

Tabla 15 Resultados descriptivos, pregunta 27



	Grupo 1			Grupo 2		
	a) Puedo hablar de mis problemas	b) A veces hablo de mis problemas	c) Nunca hablo de mis problemas	a) Puedo hablar de mis problemas	b) A veces hablo de mis problemas	c) Nunca hablo de mis problemas
Basal	30.56%	52.78%	16.67%	13.89%	77.78%	8.33%
Intermedia	50.00%	50.00%	0.00%	22.22%	72.22%	5.56%
Post	58.33%	41.67%	0.00%	22.22%	72.22%	5.56%

Gráfica 8 Resultados descriptivos, pregunta 28

29. ¿Cuánta importancia le da a su peso para sentirse bella?

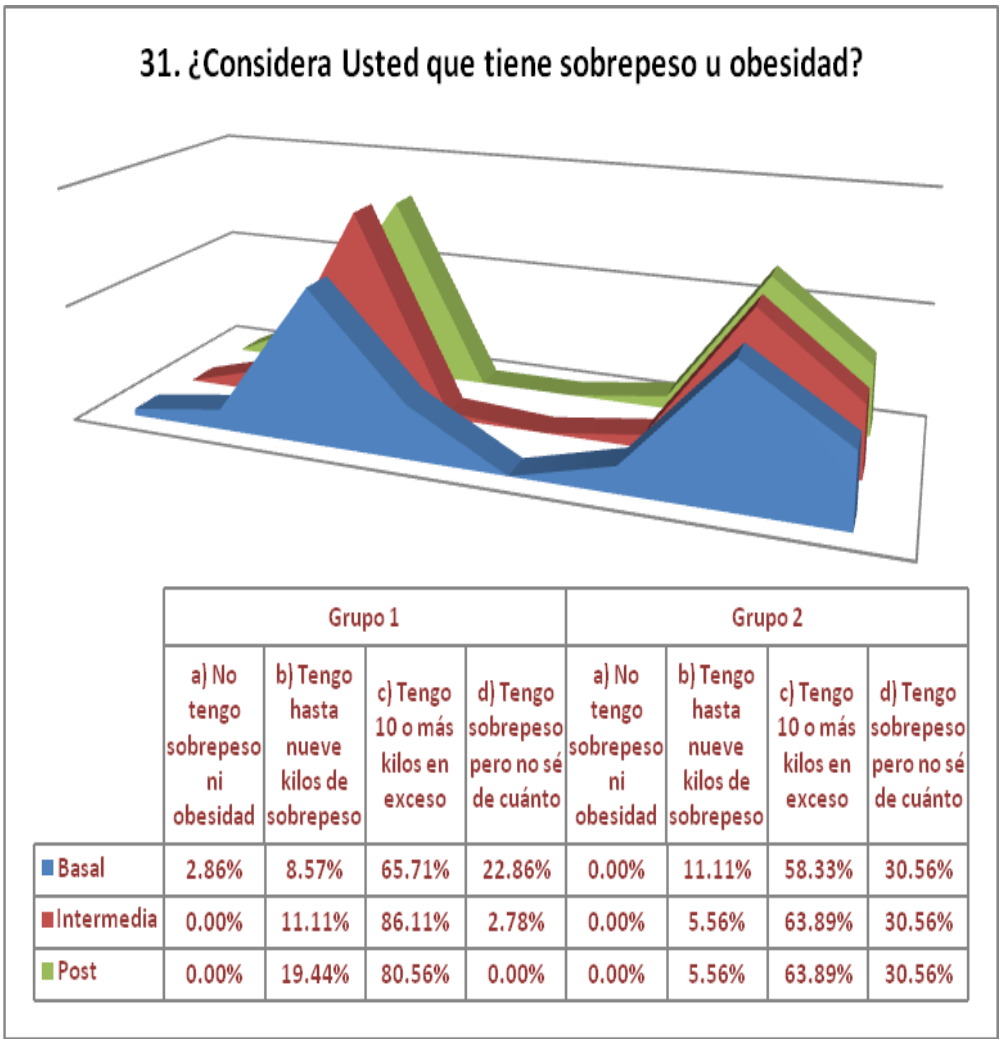
No se observan cambios significativos en la importancia que las personas dieron a su peso para sentirse bellas para ninguno de

los dos grupos. En ambos casos más de la mitad le da poca importancia y más de la tercera parte le da mucha importancia a este aspecto para sentirse bella.

30. ¿Algún miembro de su familia tiene obesidad?

GRUPO	1			2		
OPCIONES	a) Sí	b) No	c) No sabe/no contestó	a) Sí	b) No	c) No sabe/no contestó
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	**77.78%**	22.22%	0.00%	38.89%	58.33%	2.78%
Intermedia	**97.22%**	2.78%	0.00%	44.44%	52.78%	2.78%
Post	**97.22%**	2.78%	0.00%	47.22%	50.00%	2.78%

Tabla 16 Resultados descriptivos, pregunta 30



	Grupo 1				Grupo 2			
	a) No tengo sobrepeso ni obesidad	b) Tengo hasta nueve kilos de sobrepeso	c) Tengo 10 o más kilos en exceso	d) Tengo sobrepeso pero no sé de cuánto	a) No tengo sobrepeso ni obesidad	b) Tengo hasta nueve kilos de sobrepeso	c) Tengo 10 o más kilos en exceso	d) Tengo sobrepeso pero no sé de cuánto
Basal	2.86%	8.57%	65.71%	22.86%	0.00%	11.11%	58.33%	30.56%
Intermedia	0.00%	11.11%	86.11%	2.78%	0.00%	5.56%	63.89%	30.56%
Post	0.00%	19.44%	80.56%	0.00%	0.00%	5.56%	63.89%	30.56%

Gráfica 9 Resultados descriptivos, pregunta 31

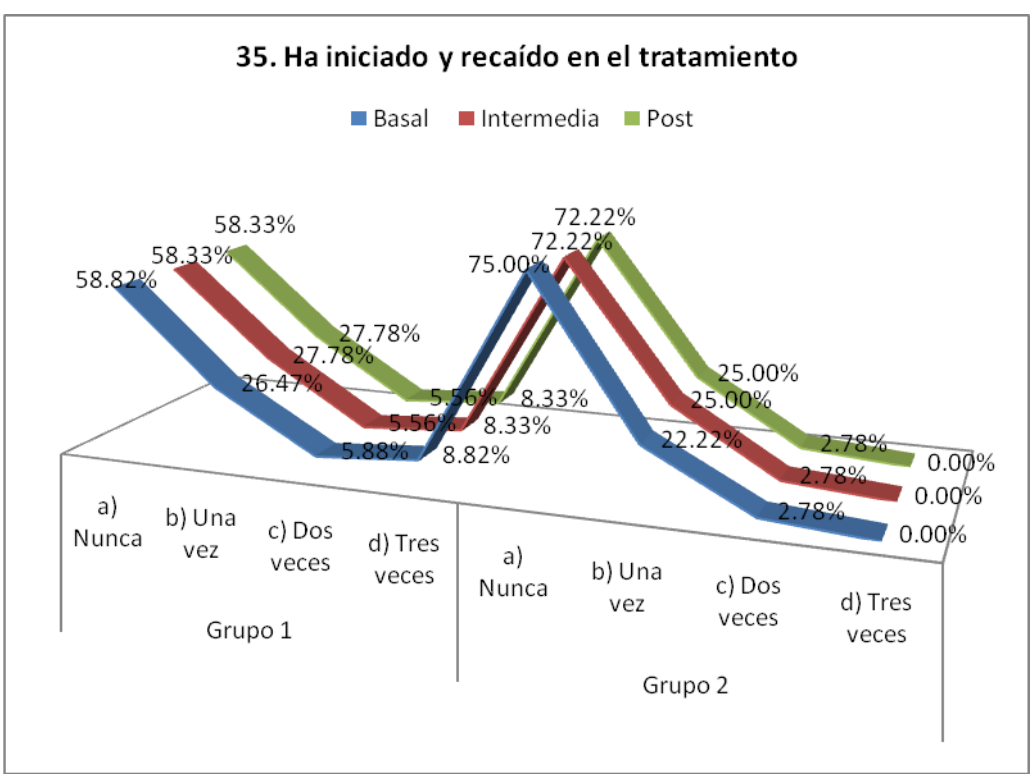
32. ¿Le afectan los comentarios que le hacen acerca de su peso?								
GRUPO	**1**				**2**			
OPCIONES	a) Sí, con frecuencia me lastiman	b) Me doy cuenta que evitan hacer comentarios	c) A veces	d) No sabe/No contestó	a) Sí, con frecuencia me lastiman	b) Me doy cuenta que evitan hacer comentarios	c) A veces	d) No sabe/No contestó
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	38.89%	5.56%	50.00 %	5.56%	13.89%	0.00%	41.67%	44.44%
Intermedia	13.89%	2.78%	83.33 %	0.00%	20.59%	0.00%	41.18%	38.24%
Post	13.89%	2.78%	83.33 %	0.00%	22.22%	0.00%	38.89%	38.89%

Tabla 17 Resultados descriptivos, pregunta 32

En el grupo 1 se nota como disminuyeron los comentarios relativos al peso que lastiman (del 38.89% en la basal al 13.89% en la post) y en el grupo 2 aumentaron estos comentarios (del 13.89% en la basal al 22.22% en la post).

34. ¿Ya ha tenido la intención de iniciar tratamiento contra la obesidad?								
	Grupo 1				Grupo 2			
OPCIONES	a) Nunca	b) Una o dos veces	c) Tres o más veces	d) No sabe/No contestó	a) Nunca	b) Una o dos veces	c) Tres o más veces	d) No sabe/No contestó
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	28.57%	60.00%	11.43%	0.00%	11.11%	55.56%	30.56%	2.78%
Intermedia	30.56%	58.33%	11.11%	0.00%	11.11%	55.56%	30.56%	2.78%
Post	30.56%	58.33%	11.11%	0.00%	11.11%	55.56%	30.56%	2.78%

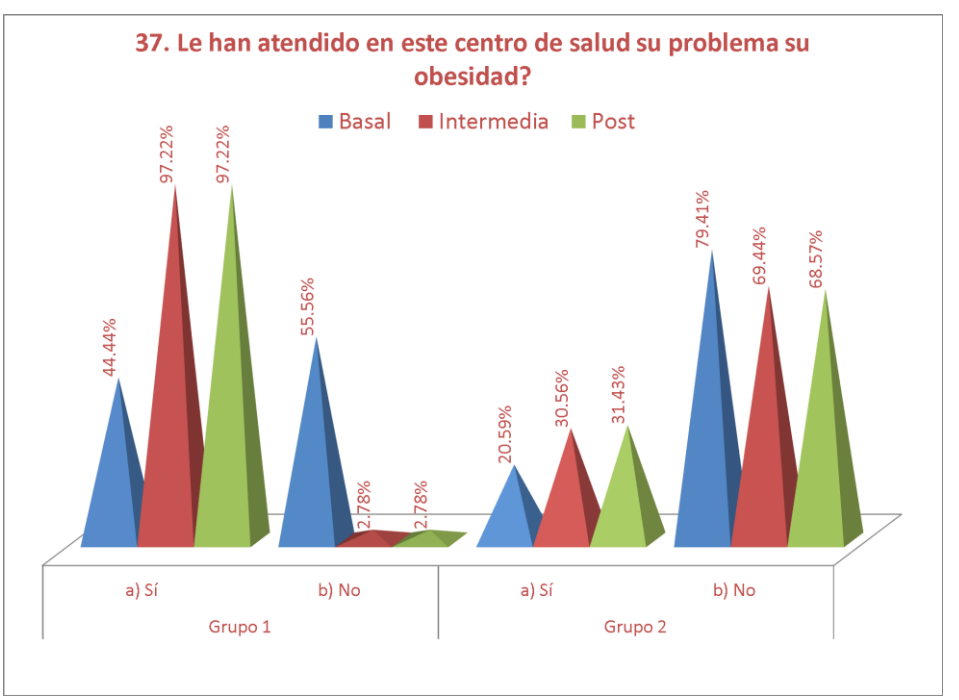
Tabla 18 Resultados descriptivos, pregunta 34



Gráfica 10 Resultados descriptivos, pregunta 35

36. ¿Para cuándo se comprometería a recibir tratamiento integral contra la obesidad?

En el grupo 1 el interés en recibir tratamiento integral se incrementó a casi la totalidad (91.67% en la post) mientras que en el grupo 2 el interés disminuyó levemente (paso del 30.56% en la basal al 27.78 en la post). En el grupo 1 no se observó casos en el que no existiera interés alguno, a diferencia del grupo 2 donde las personas que dijeron que nunca se comprometerían a recibir tratamiento se mantuvieron constantes en las tres mediciones.



Gráfica 11 Resultados descriptivos, pregunta 37

38. ¿Cada cuando acuden a tratamiento?						
	Grupo 1			Grupo 2		
OPCIONES	**a) Cada 15 días**	**b) Cada mes**	**c) Cada tres meses o más**	**a) Cada 15 días**	**b) Cada mes**	**c) Cada tres meses o más**
%	% n	% n	% n	% n	% n	% n
Basal	**18.75%**	**75.00%**	**6.25%**	16.67%	83.33%	0.00%
Intermedia	100.00%	0.00%	0.00%	27.27%	54.55%	18.18%
Post	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	70.00%	30.00%

Tabla 19 Resultados descriptivos, pregunta 38

En este caso las mujeres integradas en el grupo 1, considero que la estrategia implementada correspondía a una atención de la obesidad.

8.2 Pruebas estadísticas

Las tres variables numéricas, como el IMC, el grado de conocimiento de enfermedades crónico degenerativas que se originan a partir de la obesidad y el conocimiento del origen de la obesidad, mismas que fueron consideradas en las mediciones basal, intermedia y post, de cada grupo, se les aplico la z de Kolmogorov-Smirnov a modo exploratorio para determinar si hay normalidad, como se muestra en la tabla siguiente:

PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV PARA GRUPO I y II							
MEDICIONES		IMC.BASAL		IMC.INTERMEDIA		IMC.POST	
GRUPOS		Grupo1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
N		36	36	36	36	36	36
Parámetros normales[a,b]	**Media**	**30.0612**	**29.1616**	**29.4285**	**29.1038**	**29.0931**	**29.158**
	Desviación típica	2.74903	1.51784	2.659	1.53425	2.64281	1.46629
Diferencias más extremas	Absoluta	0.089	0.098	0.116	0.087	0.09	0.086
	Positiva	0.089	0.098	0.116	0.087	0.09	0.086
	Negativa	-0.06	-0.074	-0.07	-0.083	-0.063	-0.056
Z de Kolmogorov-Smirnov		0.535	0.59	0.693	0.52	0.538	0.516
Sig. asintót. (bilateral)		**0.937**	**0.877**	**0.723**	**0.95**	**0.934**	**0.953**
a. La distribución de contraste es la Normal.							
b. Se han calculado a partir de los datos.							

Tabla 20 Prueba de normalidad del IMC

El IMC de ambos grupos en las tres mediciones, son normales y al aplicar la prueba T para comparar las medias y determinar su significancia estadística, se obtuvieron significancias estadísticas en las comparaciones de las tres mediciones para el grupo I, y sin significancia para todas las comparaciones de las tres mediciones para el grupo II. De aquí se concluye que si existió variación en las mediciones basal, intermedia y post para el grupo I, no así para el grupo II.

	ESTADÍSTICO t		VALOR CRÍTICO t (dos colas)		SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA	
	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO I	GRUPO II
BASAL VS INTERMEDIA	6.8988	1.4136	2.0301	2.0301	Es significativo	No es significativo
INTERMEDIA VS POST	- 3.8949	1.1797	2.0301	2.0301	Es significativo	No es significativo
BASAL VS POST	6.9038	0.0618	2.0301	2.0301	Es significativo	No es significativo

Tabla 21 Comparación entre medias del IMC

Los resultados de la prueba de Kolgomorov – Smirnov que contrasta la distribución normal con los datos obtenidos, en relación a las variables que miden el conocimiento a partir del

número de enfermedades que conoce y origen de la obesidad, se obtuvo una significancia menor a 0.05 para todos los casos, lo que indica que ninguna de estas variables tiene comportamiento normal.

PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV PARA UNA MUESTRA

GRUPO I		P06.ENF.CONOCIDAS			P07.ORIGEN.CONOCIDOS		
		BASAL	**INTERMEDIA**	**POST**	**BASAL**	**INTERMEDIA**	**POST**
N		36	36	36	36	36	36
Parámetros normalesa,b	Media	2.3889	5.0833	6.1389	1.7500	3.1111	3.6667
	Desviación típica	1.51710	1.50000	1.53349	.76997	.82038	.63246
Diferencias más extremas	Absoluta	.379	.311	.241	.266	.224	.451
	Positiva	.379	.217	.176	.262	.193	.299
	Negativa	-.260	-.311	-.241	-.266	-.224	-.451
Z de Kolmogorov-Smirnov		2.274	1.867	1.443	1.597	1.343	2.706
Sig. asintót. (bilateral)		.000	.002	.031	.012	.054	.000

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

GRUPO II		**P06.ENF.CONOCIDAS**			**P07.ORIGEN.CONOCIDOS**		
		BASAL	**INTERMEDIA**	**POST**	**BASAL**	**INTERMEDIA**	**POST**
N		36	36	36	36	36	36
Parámetros normalesa,b	Media	2.0833	2.4167	2.7778	1.7778	1.8611	2.0556
	Desviación típica	.55420	.64918	.72155	.48469	.59295	.62994
Diferencias más extremas	Absoluta	.421	.295	.288	.427	.343	.313
	Positiva	.421	.295	.240	.296	.296	.313
	Negativa	-.357	-.260	-.288	-.427	-.343	-.298
Z de Kolmogorov-Smirnov		2.525	1.770	1.726	2.560	2.056	1.877
Sig. asintót. (bilateral)		**.000**	**.004**	**.005**	**.000**	**.000**	**.002**

Tabla 22 Prueba de normalidad de enfermedades conocidas y orígenes de enfermedades

Debido a lo anterior, se recurre a la prueba de Wilcoxon para comparar las medias obteniéndose que las diferencias son significativas en todos los casos, ya que el valor de la significancia siempre fue menor o igual a 0.05.

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE[c]

Grupo	Estadístico	P06.ENFERMEDADES CONOCIDAS			P07.ORIGEN CONOCIDO DE LA OBESIDAD		
		INTERMEDIA - BASAL	POST - INTERMEDIA	POST - BASAL	INTERMEDIA - BASAL	POST - INTERMEDIA	POST - BASAL
GRUPO 1	Z	-4.944[a]	-4.493[a]	-5.064[a]	-4.809[a]	-3.944[a]	-5.140[a]
	Sig. asintót. (bilateral)	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.000**
GRUPO 2	Z	-3.464[a]	-3.153[a]	-4.291[a]	-5.296[b]	-5.015[a]	-2.840[a]
	Sig. asintót. (bilateral)	**0.001**	**0.002**	**0.000**	**0.000**	**0.000**	**0.005**

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Tabla 23 Comparación entre medias para de enfermedades conocidas y orígenes de enfermedades

En el caso de la variable correspondiente al número de enfermedades conocidas cuyo origen es la obesidad, es notorio el incremento del conocimiento, considerando que en la medición basal era de 2.39 a la intermedia subió a 5.08, para alcanzar en la medición post un 6.14; en el grupo I, con estrategia educativa.

El porcentaje incrementado de la basal a la intermedia fue de 112.7% y de la intermedia a la post un 20.77%.

En el grupo II, la media en el incremento del conocimiento fue de la basal 2.08, la intermedia 2.42 y la post de 2.78; aquí el incremento fue de 16.00% de la basal a la intermedia y de 14.94% de la intermedia a la post.

El incremento del conocimiento en el grupo I con intervención es notorio y difiere del grupo II, que no contó con estrategia educativa.

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS					
		Media		Incremento	
	N	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
P07. Origen conocido de la obesidad basal	36	1.75	1.78		
P07. . Origen conocido de la obesidad Intermedia	36	3.11	1.86	77.78	4.69
P07. Origen conocido de la obesidad Post	36	3.67	2.06	17.86	10.45

Tabla 24 Estadísticos descriptivos para de enfermedades conocidas y orígenes de enfermedades

La tabla anterior en cuanto a la media de los grupos I y II, que muestra el incremento del conocimiento de acuerdo al origen de la obesidad es notoriamente mayor en el grupo I que en el II, en particular de la medición basal a la intermedia.

Al realizar el análisis de correlación de la Prueba de Pearson entre el cambio del nivel de conocimiento de enfermedades relacionadas con la obesidad y el cambio del índice de masa corporal, tanto en el grupo de control como en el grupo de intervención, se obtuvo un 54% de correlación regular, con un valor p= 0.05:

	Grupo I	Grupo II
Valor observado (coeficiente de correlación de Pearson)	-0.540	0.254
p-value bilateral	0.001	0.135
Alpha	0.05	0.05

Tabla 25 Prueba de correlación

Para el grupo I, la correlación resultó significativa y corresponde con una variación inversa, es decir, un aumento en el nivel de conocimiento correspondió una disminución en el IMC, en cambio en el grupo II, la correlación no es significativa (23).

8.3 Resultados de la Implementación de la Estrategia Educativa

Resultados cualitativos generados a partir de la implementación de la estrategia educativa para favorecer los conocimientos, las percepciones y las prácticas en las mujeres usuarias de los servicios de salud a partir del trabajo en talleres de cinco horas semanales, con talleres con tres enfoques.

a) Brindar los conocimientos al grupo de mujeres con obesidad usuarias de los servicios exponiendo los conceptos básicos de la obesidad, la alimentación y los estilos de vida, como el sedentarismo, así como la forma de identificar el índice de masa corporal, las porciones que se consumen, los horarios y la identificación de los alimentos que deben privilegiarse en la elaboración de los alimentos aptos para consumo propio y de la propia familia.

   Este espacio estuvo coordinado y llevado por una Licenciada en nutrición externa a la unidad de salud, lo que permitió ser más libre en sus exposiciones.

> Los resultados de este apartado del taller pudieron constatarse en las respuestas otorgadas en la medición intermedia.

El grupo de mujeres participantes expresaron los mitos en cuanto a los alimentos, como por ejemplo, que “si se consume fruta no se sube de peso, o si hacer solo dos comidas al día se evita la obesidad”; revisaron los hábitos alimenticios de sus hogares, coincidiendo que la dieta consumida por sus familiares es hipercalórica y hipergrasa.

Otra de los momentos importantes del taller relacionado fue identificar la operación para obtener su índice de masa corporal, haciéndolo ellas mismas, hubo expresiones como “jamás pensé que tuviera tan pasada de peso”, “pensé que solo era llenita”, otra mencionó que también pensaba que cuando quisiera podría perder lo que tenía de más, sin embargo ya tenía 15 kilos de más, con 2 meses en tratamiento con la nutrióloga y no había podido bajar más que 3 y medio.

Un caso interesante fue de Rosa “N”, quien manifestó que se sentía gordísima, ella fue aceptada en el grupo aún sin tener obesidad, sin embargo ella se sentía que estaba muy gorda, así lo expreso, conteniendo un boque dedicado a las percepciones pudo aceptarse, considerando el supuesto de como era que se percibía obesa, sin serlo.

El desarrollo del taller en cuanto a los conocimientos propicio la expresión de lo que las mujeres conocen y hacen para disminuir su obesidad, así como las consecuencias que conocen, sus creencias en cuanto a esta enfermedad.

b) El segundo momento clave fue el relacionado con las percepciones que surgen a partir del auto concepto, y autoestima, de cómo se desarrolla su vida con obesidad y que sentimientos les genera. Esta parte del taller tuvo como objetivo propiciar la expresión verbal, a través del dibujo y a través de técnicas que propicien la exploración de su mundo interno a fin de revisar que les está llevando a ser obesas.

Esta parte de los talleres fue coordinada por una psicoterapeuta con enfoque Gestalt, de corte humanista privilegia el uso de técnicas como el dibujo, dando a las participantes material como colores, hojas para dibujarse una figura humana que les representará ser ellas mismas y describir en voz alta como se veían, se obtuvieron descripciones verdaderamente emotivas, con emociones manifiestas, los dibujos eran elocuentes de la obesidad de cómo se veían, se rescató el auto concepto encontrando que algunas de las mujeres presentes se dibujaron muy chiquitas y en el plano inferior de la hoja, con colores grises y negros, lo expresado a partir de ellos, fueron sentimiento de abandono, de insatisfacción con su vida actual, con el sobrepeso y obesidad, otras dijeron sentir enojo por sus cuerpos, sentir rechazo de sí mismas.

En un ejercicio posterior en lo relativo al trabajo con las emociones y la obesidad, con la ayuda de materiales como un espejo para reflejarse y conocerse para expresarse que conocen que pasará con su organismo en caso de no trabajar con la voluntad y continuar con un consumo ilimitado de azúcares, harinas y carbohidratos.

La realización de dichos talleres donde las mujeres básicamente fueron estimuladas a expresar en grupo, a espejearse y compartir con otras mujeres, a sentirse acompañadas en el proceso de reconocer la impotencia que les genera el sobrepeso y la obesidad que tienen.

Otro ejercicio realizado a partir de una remembranza de la construcción de su autoimagen a partir de las relaciones de las mujeres participantes con sus padres, se acompaño de técnicas como la recreación del nacimiento de la mujer voluntaria que quiso realizar el ejercicio, donde se concluyó está mujer la 7 de un hogar de 10 hijos, donde sólo hubo un varón todas sus hermanas quizá más ella porque la decepción del padre por no tener un hijo varón se incrementaba, fue de rechazo continuo, de mensajes agresivos, donde se cultivo el sentimiento de no servir, de que siendo mujer solo estaba destinada a servir al hogar, sin razón para otorgarle educación, ella aprendió siendo mayor, dichas vivencias sensibilizadoras propiciaron el establecimiento de lazos grupales al permitir un espacio para compartir el origen de sus miedos y temores, mismos que se reflejaron en un descuido de su cuerpo, de su imagen, de su auto concepto y autoestima.

Cada uno de dichos ejercicios fueron acompañados de un cierre que según las expresiones de las asistentes fue liberador, fue siempre para identificar que las tiene obesas.

Al final de los talleres se mostraron más cuidadosas del aspecto físico, expresaron sentirse valiosas y bonitas, después de encontrarse e identificar porque son así.

Otro componente es la activación física necesaria para abatir el sobrepeso y obesidad con que han sido diagnosticadas, dicho segmento estuvo dirigido por un licenciado en educación física, con el objetivo principal de exponerles en forma práctica las ventajas de ejercitarse para perder calorías, realizando actividades como caminata, haciendo que identifique la manera correcta de realizarla, la identificación del suelo, de los zapatos recomendables para no lastimar los pies, conocer el ritmo al que deben hacerlo, reconocer las pulsaciones por segundo, identificar los tipos de ejercicio y los resultados del mismo de acuerdo a su edad.

La respuesta del grupo fue participativa, realizando ejercicios tonificantes en lugares abiertos y cerrados, en otro momento se llevo a cabo ejercicios relajantes para disminuir el estrés.

Los resultados fueron gratificantes para los instructores, de igual forma expresaron las mujeres la experiencia renovadora de sentirse acompañadas y desearían continuar en el grupo recibiendo acompañamiento del grupo de profesionistas participante.

Mi papel como coordinadora de los distintos actores en dicha estrategia educativa fue para facilitar la coordinación y comunicación con los directivos y personal de salud del Centro de Atención de Servicios Esenciales de Salud de la cabecera municipal de Jaral del Progreso, Gto.

El grupo facilitador externo recibió apoyo y disposición para coordinar los trabajos previos con el grupo y al momento de realizar el informe final se concluyó que el grupo podría continuar reuniéndose y recibir apoyo de la psicóloga y la nutrióloga de la unidad de salud, mismo que se mantuvo hasta el mes de diciembre (23).

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE RESULTADOS

La edad promedio entre las que se encuentran las mujeres usuarias de los servicios de salud que forman el grupo uno formado por 36 mujeres tienen edad promedio de 32.14 ±, es decir entre 22 y 48 años, para la ENSANUT 2012, se integrarían en el grupo de 20 a 29, de 30 a 39 y de 40 a 49 años, que para el primer grupo tienen un 24% con obesidad, para el segundo un 73.3% y 46.1% para el tercer grupo, implica que los grupos de mujeres de mayor edad también se ha incrementado el número de mujeres obesas (23).

Para el grupo dos, las personas tienen una edad promedio de 37.94 ± 6.39 años con edad mínima de 19 y máxima de 52, este grupo integra personas del grupo de 10 a 19 no considerado entre los adultos y a la vez también se extiende al grupo de 50 a 59 para la ENSANUT 2012, éste último se incrementa a un 47.8% de obesidad.

Las mujeres con obesidad usuarias de los servicios de salud en sus participaciones en los talleres llevados a cabo identifican que los alimentos que consumen usan aceites y mantecas en exceso, así como gran cantidad de tortillas, pan y alimentos ricos en leguminosas, lo que lleva a discutir el papel de los profesionales de la salud para dirigir las orientaciones que la población usuaria hacía estos temas que son comprobados en las investigaciones de tipo cuali –cuantitativo, aludiendo al desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético. Con dietas con alta densidad

energética y bajas en fibra, y de bebidas azucaradas, en combinación con una escasa actividad física.

Costa, cita a Braguinsky, quien clasifica a la obesidad de acuerdo a la edad de comienzo, la infanto juvenil con inicio en la niñez o antes de los 18 años y la obesidad del adulto, con comienzo posterior a los 18 años con complicaciones metabólicas, este grupo de mujeres refiere confusión en cuanto al cursar con obesidad desde edades tempranas considero que se trataba de una obesidad hereditaria donde influye la genética y por tanto es esperado que sus descendientes sean obesos (11).

Según el consenso de la sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO) se asocia a comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes mellitus. El riesgo es mayor en mujeres y se incrementa con la edad (10); de acuerdo al registro de casos nuevos de hipertensión en el 2010, este padecimiento ocupó el 7° lugar de las 20 principales causas de morbilidad del país y 3º de las 20 principales enfermedades no transmisibles. En general por sexo, las mujeres fueron las más afectadas en razón de 1.5 por cada hombre; en promedio; el grupo etario con mayor incidencia fue el de 50 a 59 años; en el caso de la diabetes mellitus comorbilidad asociada de igual forma a la obesidad y en el caso de la diabetes mellitus, este padecimiento ocupó el 7° lugar de las 20 principales causas de morbilidad del país y el 4º de las 20 principales enfermedades no transmisibles. En general por sexo, las mujeres fueron las más afectadas, en razón de 1.4 por cada hombre; el grupo etario con mayor incidencia fue el de 50 a 59 años (6).

Lo discutible de los datos anteriores es el cuestionamiento que puede hacerse a partir del impacto de las estrategias establecidas para controlar la epidemia de obesidad y comorbilidades.

Las personas obesas se sienten culpables por su condición, disminuyen su autoestima y sufren de desadaptación social (11). (Braguinsky, 2003). Esto fue constatado desde los hallazgos obtenidos en el diagnóstico integral de salud donde apareció como complicación del sobrepeso y obesidad reflejo que un 44% tuvo alteración de la imagen de sí misma (autoestima) y un 24% vio afectada las relaciones personales.

Posteriormente en el grupo con intervención y el no intervenido se realizó la pregunta de sí se ama a sí misma, buscando que las mujeres expresaran el amor por sí mismas, en el grupo 1 se obtuvieron porcentajes, en el me quiero, un 37.14%, me estimo suficiente otro 37.14, con 17.14% que reconoce que tiene baja autoestima, en la medición inicial, elevándose en la medición intermedia de la siguiente forma 61.11%, el me quiero, un 38.89% al me estimo suficiente.; de esta forma los datos citados confirman la afirmación de Braguinsky.

Un estudio con adolescentes realizado por Hernández Martínez, Helena, en la provincia de Guadalajara, España, en torno al modelo de creencias de salud y obesidad, (2010), expone que las variables del estilo de vida, la alimentación y sedentarismo son las responsables de la obesidad (Moreno, González-Gross, Kersting et al., 2008) y a la vez los problemas físicos

ocasionados, así como la presencia de los factores de riesgo cardiovascular (tojo y Leis, 2004, SEEDO, 2007) y los psicosociales como el aislamiento social, pérdida de autoestima y estigmatización social (Sánchez y Gabaldon, 2003) (14).

De acuerdo al modelo de las creencias en salud es probable que el comportamiento de las mujeres con obesidad sea visto como resultado de la interpretación subjetiva de una situación que permite comprender las elecciones que hace en relación a su salud. Su comportamiento se basa en las percepciones de las personas que le pueden influenciar (15).

Otra teoría del comportamiento humano que aborda el manejo de la obesidad es el modelo transteórico del cambio (Prochaska & Di Clemente, 1984), y Tuah N, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. realizaron un estudio bajo el modelo transteórico de modificación dietética y ejercicio físico para la pérdida de peso en adultos con sobrepeso y obesos, con el objetivo de evaluar la efectividad de las intervenciones dietéticas y con actividad física, ver si se lograba una pérdida de peso sostenible en adultos con sobrepeso y obesidad y que consistió en incluir ensayos clínicos controlados que utilizaron las etapas de cambio del modelo transteórico como guía para diseñar estrategias de modificación del estilo de vida, principalmente el ejercicio físico y la dieta versus una intervención de comparación con atención habitual; una de las medidas de resultado del estudio fue la pérdida de peso.

Considerando el tiempo de duración de las intervenciones con el modelo transteórico del cambio, refieren que no hay evidencia de

que los participantes tengan un peso sostenido, basándonos en dicho estudio podría considerarse que no es un modelo exitoso sin embargo podría ser que dado el interés que despertó en el grupo de mujeres usuarias signifique una innovación que sería evaluable con posibilidades de éxito o bien deberse a factores que no estuvieron bajo control.

Un estudio sobre los determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006, realizado por Ortiz Moncada Rocío, et al, mostró que la obesidad es más frecuente en personas con un bajo nivel educativo y entre las clases sociales más bajas y determino como conclusión final que el género y la clase social son determinantes sociales relevantes de la obesidad en España, considerando que en el grupo participante los porcentajes encontrados respecto a la educación primaria son bajos en ambos grupos sin embargo con 2.8% y 5.6 % respectivamente, lo mismo pasa en relación al nivel de licenciatura 11.1% y 2.8% en cada grupo, ninguna carece de algún grado de escolaridad.

En cuanto a los conocimientos, actitudes, prácticas y creencias permite conocer la necesidad de aprendizajes que la población, en Cuba se realizó a hipertensos un estudio que concluye que la información recibida para el tratamiento fue insuficiente así como pobreza en la educación colectiva y que esto pudiera ser una de las causas por las que no se modifican sus creencias y no se realizan buenas prácticas de salud (20).

El abordaje gestáltico de las teorías humanísticas para atender la obesidad establecen la relación directa entre los registros del

hambre, la saciedad y la imagen corporal, por lo que es necesario hacer que verbalizan y expresen el trasfondo del vacío afectivo que les lleva a consumir cantidades superiores al requerimiento de nutrientes, siendo tales hechos confirmatorios de los resultados obtenidos en el desarrollo de la estrategia educativa desarrollada, podría ser motivo de discusión los tiempos destinados (21).

Si discutimos la afirmación de que uno de los resultados de la ENSANUT 2012, muestran que la población mexicana con sobrepeso y obesidad ya no está aumentando tan rápido como lo había hecho del 2000 al 2006, sin embargo, no deja satisfacción para el personal de salud que cerca del 70% de la población adulta presenta un problema de sobrepeso u obesidad (22). Por tanto sigue siendo la obesidad para México un problema prioritario de salud pública.

Con frecuencia se han subestimado el papel de factores sociales, económicos y políticos como determinantes de la obesidad, generando los resultados actuales.

La calidad de vida de la mujer, se enriquece o se deteriora a partir de la obesidad en los aspectos biológicos y emocionales, así lo afirma también el estudio realizado en el 2006, en España, concluye que el "género y la clase social son determinantes sociales relevantes de la obesidad. Las actividades preventivas que se desarrollen deben considerar ambas condiciones sociales".

Lo concluyente en relación a los resultados obtenidos en el trabajo de campo especialmente en el abordaje cualitativo, es observable que la condición de ser mujer le sobrepone un cúmulo de emociones que le son significativas y que según los recursos educativos son el tipo de soluciones por las que optará para resolver sus problemas de salud y otros.

El acuerdo nacional para la salud alimentaria refiere que “la elevada prevalencia de estas enfermedades ha condicionado una creciente demanda de servicios de salud” (24).

Las observaciones realizadas en el desarrollo de la estrategia con el grupo de mujeres usuarias de los servicios de salud del municipio de Jaral del Progreso, Gto. en una unidad de primer nivel de atención, y a solicitud del grupo, tanto la psicóloga, como la nutrióloga comprueban tener una agenda completamente saturada, ésta última con los extremos desnutrición y obesidad y dando prioridad al grupo de menores de 12 años; por lo que puede concluirse la afirmación de que la obesidad condiciona y satura la entrega de servicios de salud.

La obesidad constituye un problema de alta prioridad para la salud pública por ser factor de riesgo de varias ECNTN, algunas de las cuales son causa importante de muerte. Las medidas para prevenir el sobrepeso y la obesidad, en especial aquellas que tienden a mejorar la calidad de la alimentación e incrementar la actividad física sistemática, son fundamentales para prevenir las ECNTN.

"Es necesario identificar los mecanismos de asignación social (fuerzas económicas y sociales) que provocan diferentes niveles de exposición y con ello producen desigualdades en salud, sean éstas, juzgadas como buenas o malas" Oakes, JM. & Kaufman JS, 2006.

Otra conclusión considerando que de acuerdo a Mark Lalonde y los determinantes sociales la elaboración de la comida tradicional está basada en carbohidratos, azúcares y grasas, por tanto el consumo de esta dieta tradicional acentúa la obesidad en mujeres adultas más que en los hombres, considerando evidencias observadas en la cantidad de comercios expendedores de alimentos como carnitas, panaderías, antojitos mexicanos y dulces tradicionales del municipio de Jaral del Progreso, Gto.

Un determinante social para la obesidad es el medio ambiente, por tanto la excesiva promoción de productos industrializados con alto valor calórico, aunado a la inseguridad que prevalece que genera un ambiente poco adecuado para practicar deporte y ejercicio al aire libre además de la presencia de enfermedades discapacitantes.

El incremento de transporte de motor, así como actividades sedentarias como elección de pasatiempos como horas frente al televisor y videojuegos, así como la modificación del metabolismo después de los 20 años, edad de los mujeres d los grupos participantes y la falta de apego al tratamiento son determinantes para la obesidad.

Basado en la observación y expresiones verbalizadas se concluye que la sociedad pensaba que la obesidad era producto de la buena y excesiva alimentación se lograba con recursos económicos, por ello entre más sobrepeso y obesidad poseían de igual forma, más riqueza y estatus social.

Contrario a lo que se pudiera pensar la obesidad no es un problema de estética, aun cuando vivimos en una sociedad preocupada por la belleza y la apariencia física, sin embargo la obesidad es una enfermedad multifactorial ocasionada por diversas causas relacionadas entre sí, lo que hace que dicha enfermedad sea bastante compleja, de una acumulación *anormal* o excesiva de grasa en el cuerpo.

Hoy se reconoce que entre los diversos factores que alientan el sobrepeso y la obesidad los mayores determinantes son los económico-sociales y culturales.

Los veloces cambios estructurales ocurridos en las naciones desarrolladas y en vías de desarrollo en los últimos 50 a 60 años permiten explicar los determinantes económico-sociales y culturales del crecimiento de la obesidad a nivel mundial.

Uno de los antecedentes históricos de estos cambios fue la revolución tecnológica en la agricultura que se operó en los países industriales durante el siglo XIX. La mecanización de los cultivos, la mejora genética de las especies vegetales, el uso de fertilizantes y pesticidas elevaron la productividad agrícola en unas pocas décadas. Y posibilitaron la producción de mayor

cantidad de alimentos, la disminución de sus precios, y la factibilidad de una mejor alimentación para la población.

10. RECOMENDACIONES:

Los objetivos planteados por la estrategia educativa para favorecer los conocimientos, hábitos y percepciones positivas sobre el peso saludable en mujeres usuarias de los servicios de salud en Jaral del Progreso, Guanajuato; tuvieron un cumplimiento a partir de las mediciones realizadas se describieron los conocimientos, las percepciones y prácticas a partir de la metodología de CACP, conocimientos, actitudes creencias y prácticas, metodología cualitativa de ciencias sociales, que permiten la implementación de la estrategia educativa para motivar el cambio de conductas en salud a mujeres usuarias de los servicios de salud, es constatable que se cumplieron los objetivos al lograrse pequeñas modificaciones en el grupo con intervención y el que no se realizo no hubo ninguna modificación.

La ENSANUT 2012, refiere que de acuerdo con los puntos de corte de índice de masa corporal (IMC) (kg/m2) propuestos por la OMS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.28% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad (IMC ≥30 kg/m2) en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.5% y el femenino de 35.9%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%) (25).

Los resultados obligan a una tarea conjunta para la toma de medidas de las autoridades competentes para restringir la oferta y la promoción de productos alimentarios con alto contenido en grasas no recomendables o en azúcares.

Se recomienda además de mantener una alimentación saludable: a) promover la elección de alimentos integrales (avena, frijol, lentejas, frutas y verdura, arroz integral), b)consumo de frutas y verduras, c) evitar el consumo de alimentos fritos, bebidas, dulces confitados con azúcares añadidos y comidas rápidas para llevar, d) prestar atención al tamaño de la porción de las comidas y refrigerios, así como de la frecuencia con que se están consumiendo y e) para los adultos, disminuir las calorías a partir de las bebidas alcohólicas (25).

El personal de salud debe recomendar y promover hábitos alimentarios saludables y ejercicio en toda la población. Es importante individualizar el tipo y la actividad física, considerando la edad, el género, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad articular o alteraciones neurológicas.

La orientación a la población o bien al grupo de mujeres, si además considerando que en su mayoría son las responsables de la alimentación de la familia, es importante que tenga conocimientos de una adecuada distribución de la ingesta de los alimentos durante el día, evitando la toma de alimentos entre comidas y los ayunos prolongados.

En cuanto a controlar o disminuir el sobrepeso y obesidad se recomienda que las intervenciones dietéticas deban ser calculadas de tal forma que produzcan un déficit de 600 kcal. Los programas deben individualizarse considerando las preferencias dietéticas del paciente.

Las recomendaciones sobre cómo mantener un peso saludable, realizar actividad física moderada, disminuir la ingesta de hidratos de carbono de absorción rápida e incrementar el consumo de frutas y verduras podrían tener un impacto importante en la disminución de la epidemia de cáncer de mama en México (26).

Las grandes recomendaciones para el equipo de salud es y debe tenerse presente que se requiere trabajar en forma multidisciplinaria para avanzar a la transdiciplinariedad.

Otra recomendación es dar seguimiento al grupo de ayuda mutua de mujeres con obesidad bajo la metodología propuesta.

Las recomendaciones puede ser tan amplias como el contexto lo permita, integrando estrategias ya establecidas a través de una coordinación intersectorial para comedores compulsivos.

11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el sentido más amplio una limitación del estudio es la impotencia que genera que esfuerzos como el presente sean apenas un grano de arena en ante la epidemia de obesidad.

Una limitante en general es que las unidades de salud requieren programas educativos dirigidos a la familia para fomentar un estilo de vida saludable, con énfasis en la alimentación y la promoción de la actividad física.

Otra limitante en cuanto al manejo del sobrepeso y la obesidad es la saturación de las agendas de los profesionales como las y los nutriólogas, los psicólogos, que en su mayoría sus pacientes son niños y se dedican a atender a niños muy obesos o si no bien a niños con desnutrición.

Otra circunstancia que afecta la entrega de servicios de salud es la carga administrativa de la que es responsable cada médico y demás personal además que hay una necesidad constante de reconocimiento, motivación e incentivación para el trabajo.

La aplicación de una estrategia educativa como entregable del periodo formativo en la maestría en salud pública, tiene como consecuencia que el financiamiento corre a cargo de la capacidad de gestión del alumno o bien de los recursos que pueda asignar de ingresos personales.

Como consecuencia de lo anterior expuesto puede contarse con recurso humano sin el perfil para participar en la implementación del estudio.

Queda también a expensas de las decisiones institucionales o personales de los directivos de la institución para contar con los tiempos necesarios que se requieran para llevar a cabo dicha intervención, puesto que tampoco se cuenta con tiempo beca para la realización del estudio.

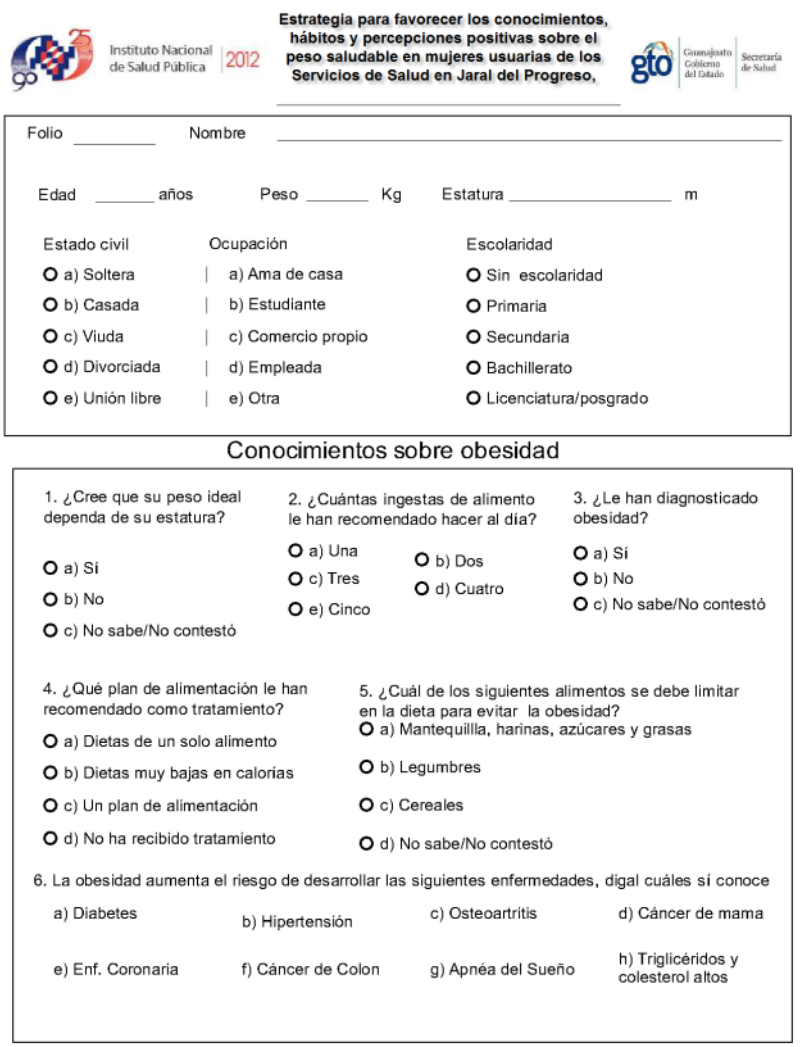
Otra limitante en la implementación de la estrategia educativa implementada fue el hecho de que la gente quería que se continúe con el trabajo en esta modalidad circunstancia no viable por la limitación de los recursos materiales, financieros y humanos.

Otra de las limitantes del estudio es que el alumno tiene que hacer una trabajo autodidacta intenso debido al ser un sistema semi-escolarizado donde los alumnos al mismo tiempo cubren tiempo laboral, el tiempo para las temas formativas es limitado, así como la distancia con tutores, asesores y directores de tesis requiere tiempo e inversión económica debido a las distancias en caso de requerir una asesoría personalizada.

A la vez la cantidad de alumnos que son destinados a cada tutor genera una saturación lo que no permite una fluidez en tiempos y revisión oportuna.

12. ANEXOS:

12.1 Instrumento para recopilación de datos



Instituto Nacional de Salud Pública 2012

Estrategia para favorecer los conocimientos, hábitos y percepciones positivas sobre el peso saludable en mujeres usuarias de los Servicios de Salud en Jaral del Progreso,

gto Guanajuato Gobierno del Estado | Secretaría de Salud

Folio _____ Nombre _____

Edad _____ años Peso _____ Kg Estatura _____ m

Estado civil	Ocupación	Escolaridad
O a) Soltera	a) Ama de casa	O Sin escolaridad
O b) Casada	b) Estudiante	O Primaria
O c) Viuda	c) Comercio propio	O Secundaria
O d) Divorciada	d) Empleada	O Bachillerato
O e) Unión libre	e) Otra	O Licenciatura/posgrado

Conocimientos sobre obesidad

1. ¿Cree que su peso ideal dependa de su estatura?
O a) Sí
O b) No
O c) No sabe/No contestó

2. ¿Cuántas ingestas de alimento le han recomendado hacer al día?
O a) Una
O b) Dos
O c) Tres
O d) Cuatro
O e) Cinco

3. ¿Le han diagnosticado obesidad?
O a) Sí
O b) No
O c) No sabe/No contestó

4. ¿Qué plan de alimentación le han recomendado como tratamiento?
O a) Dietas de un solo alimento
O b) Dietas muy bajas en calorías
O c) Un plan de alimentación
O d) No ha recibido tratamiento

5. ¿Cuál de los siguientes alimentos se debe limitar en la dieta para evitar la obesidad?
O a) Mantequillla, harinas, azúcares y grasas
O b) Legumbres
O c) Cereales
O d) No sabe/No contestó

6. La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar las siguientes enfermedades, digal cuáles sí conoce

a) Diabetes	b) Hipertensión	c) Osteoartritis	d) Cáncer de mama
e) Enf. Coronaria	f) Cáncer de Colon	g) Apnéa del Sueño	h) Triglicéridos y colesterol altos

7. ¿Qué cree usted de origina la obesidad?

- O a) Factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales
- O b) Sedentarismo y aumento desproporcionado de calorías
- O c) Falta de ejercicio
- O d) Hábitos alimentarios inadecuados
- O e) No sabe/No contestó

8. ¿Cuál cree que sea el tratamiento más adecuado para la obesidad?

- O a) Productos herbolarios y pastillas
- O b) Cirugía
- O c) Dietas exóticas
- O d) Régimen nutricional adecuado, ejercicio y medicamento si es necesario
- O e) No sabe/No contestó

Entorno, prácticas y hábitos

9. ¿Qué espacios utiliza para hacer activación física?

a) En su hogar

b) Gimnasio, SPA, Zumba, etc.

c) Clase de Fútbol, basquetbol, karate, etc.

d) Unidad deportiva, canchas, etc.

10. ¿Cuánto tiempo dedica a la activación física?

- O a) De 15 a 44 min diarios
- O b) De 45 min a una hora diario
- O c) Más de una hora diaria
- O d) De 15 a 44 min cada tercer día
- O e) De 45 min a una hora cada tercer día
- O f) Más de una hora cada tercer día
- O g) De 15 a 44 min dos veces por semana
- O h) De 45 min a una hora dos veces por semana
- O i) Más de una hora dos veces por semana
- O j) De 15 a 44 min, una vez a la semana
- O k) De 45 min a una hora, una vez a la semana
- O l) Más de una hora, una vez a la semana
- O m) No hace activación física

11. ¿Cómo defines tu entorno familiar?

- O a) Reservado
- O b) Alegre y amistoso
- O c) Violento
- O d) Agresivo
- O e) Tranquilo
- O f) No sabe/No contestó

12. ¿Cuántas horas duerme?

- O a) Ocho horas
- O b) Menos de ocho
- O c) Más de ocho horas
- O d) No sabe/No contestó

13. ¿En qué invierte la mayor parte de su tiempo?

- O Estudio y trabajo
- O b) Solo estudio
- O c) A las actividades del hogar
- O d) No sabe/No contestó

14. ¿Cuánto tiempo ve televisión al día?

- O a) No veo Televisión
- O b) Una hora
- O c) Dos horas
- O d) Cinco horas
- O e) Ocho horas

15. ¿Cuántas horas al día usa la computadora en su casa?

- O a) No uso computadora en casa
- O b) Una hora
- O c) Dos horas
- O d) Cinco horas
- O e) Ocho horas

16. ¿Qué tipo de comida consume?

- O a) Comida casera
- O b) Comida hecha, envasada o enlatada
- O c) Cualquier comida
- O d) No sabe/No contestó

17. ¿Qué cantidad de comida consume?

- O a) Porciones moderadas
- O b) Repito porciones
- O c) Plato lleno
- O d) No sabe/No contestó

18. ¿Quién selecciona y prepara lo que se come en la familia?

- O a) La madre
- O b) El padre
- O c) El padre y la madre
- O d) La abuela
- O e) Hijos/hijas
- O f) No sabe/No contestó

19. ¿Cuáles dulces o golosinas consume?

- a) Dulces tradicionales
- b) Dulces y golosinas hechas en casa
- c) Frituras, cacahuates, palomitas
- d) Chicles, paletas y caramelos
- e) No consume golosinas o dulces

20. ¿Cuánto refresco consume?

- O a) Uno a dos vasos a la semana
- O b) Uno a dos vasos al día
- O c) Uno a dos refrescos de 600 ml al día
- O d) Uno a dos refrescos de 600 ml a la semana
- O e) Tres refrescos de 600 ml a la semana o más
- O f) No consume refresco

21. ¿Cuántos días a la semana come hotdog, hamburguesa o pizza?

- O a) Uno o dos
- O b) Tres o cuatro
- O c) Cinco o seis
- O d) Todos los días
- O e) No como comida rápida

22. ¿Cuántas vasos de agua toma al día?

- O a) De uno a dos
- O b) de tres a cuatro
- O c) De cinco a seis
- O d) De siete a ocho

23. ¿Cuántas veces a la semana ingieres frutas, verduras, semillas y leguminosas?

- O a) De una a dos
- O b) De tres a cuatro
- O c) Cinco o más
- O d) Nunca
- O e) No sabe/No contestó

Impacto y percepciones

24. ¿Cómo se siente con la imagen de sí misma?

- O a) Estoy conforme con mi cuerpo
- O b) Me gustaría ser delgada
- O c) No quiero mirarme al espejo
- O d) No quiero mirarme al espejo

25. ¿Se ama a sí misma?

- O a) Me quiero
- O b) Me estimo lo suficiente
- O c) Tengo baja autoestima
- O d) No sabe/No contestó

26. ¿Cómo es usted en relación a los que le rodean?

- O a) Soy sociable, amiguera
- O b) Soy poco sociable
- O c) Me gusta estar solo
- O d) No sabe/No contestó

27. ¿Controla sus emociones?

- O a) Siento que me puedo controlar
- O b) No siempre me puedo controlar
- O c) Me descontrolo fácilmente
- O d) No sabe/No contestó

28. ¿Expresa usted lo que le pasa?

- O a) Puedo hablar de mis problemas
- O b) A veces hablo de mis problemas
- O c) Nunca hablo de mis problemas
- O d) No sabe/No contestó

29. ¿Cuánta importancia le da a su peso para sentirse bella?

- O a) Poca
- O b) Mucha
- O c) Nada
- O d) No sabe/No contestó

30. ¿Algún miembro de tu familia tiene obesidad?

- O a) Sí
- O b) No
- O c) No sabe/no contestó

31. ¿Considera usted que tiene sobrepeso u obesidad?

- O a) No tengo sobrepeso ni obesidad
- O b) Tengo hasta nueve kilos de sobrepeso
- O c) Tengo 10 o más kilos en exceso
- O d) Tengo sobrepeso pero no sé de cuánto

32. ¿Le afectan los comentarios que le hacen acerca de su peso?

- O a) Sí, con frecuencia me lastiman
- O b) Me doy cuenta que evitan hacer comentarios
- O c) A veces
- O d) No sabe/No contestó

33. ¿Qué siente de vivir con sobrepeso y obesidad?

a) Enojo hacia sí mismo

b) Impotencia

c) Preocupación y angustia por la salud

d) No me interesa, no son importantes para mi

e) Me entusiasmo por bajar de peso

f) No sabe/Nocontestó

34. ¿Ya ha tenido la intención de iniciar tratamiento contra la obesidad?

- O a) Nunca
- O b) Una o dos veces
- O c) Tres o más veces
- O d) No sabe/No contestó

35. ¿Ha iniciado y recaído en el tratamiento contra la obesidad?

- O a) Nunca
- O b) Una vez
- O c) Dos veces
- O d) Tres veces

36. ¿Para cuándo se comprometería a recibir tratamiento integral contra la obesidad?

- O a) Nunca
- O b) Antes de que termine este mes
- O c) Entre los dos a cuatro meses siguientes
- O d) No sabe/No contestó

37. ¿Le han atendido en este centro de salud su prolema de obesidad?

- O a) Sí
- O b) No

38. ¿Cada cuándo acude a tratamiento?

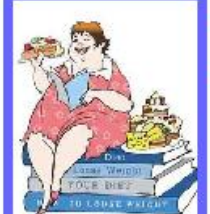
- O a) Cada 15 días
- O b) Cada mes
- O c) Cada tres meses o más

12.2 Cartel para promover los Talleres de la Estrategia.

Instituto Nacional de Salud Pública 2012

Mujeres con obesidad, modificando conocimientos, percepciones y prácticas.

Guanajuato Gobierno del Estado | Secretaría de Salud



La obesidad, y sobrepeso es un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, que desencadena alteraciones metabólicas, que predisponen a trastornos que deterioran la salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

CAISES de Jaral del Progreso, Gto.

Talleres para reflexionar con las mujeres, sobre la obesidad de la mujer¡¡¡¡

Necesitas un medio para controlar tu sobrepeso y obesidad, ven te invitamos a participar¡¡¡ Acércate al CAISES.

Que las mujeres conozcan los conceptos básicos sobre la obesidad, teniendo como base una alimentación equilibrada, económica y eminentemente de lo que hay en el municipio.

Que las mujeres identifiquen las emociones y las vivencias que les desencadena la obesidad, así como el impacto en la autoestima y salud mental.

Que las mujeres que acuden a los servicios de salud conozcan las rutinas, los tiempos y los espacios de activación física que impactan en la disminución de la obesidad para modificar su estado actual de salud.

¡Tú puedes controlar a la obesidad, No dejes que ella te controle a ti!

Quieres recibir apoyo, detección y seguimiento a la obesidad? Acude al CAISES de Jaral del Progreso, el próximo jueves 09 de Agosto de 2012.

Informes en el CAISES con:
LN Sara María Muñoz Félix
Psicóloga: Rocío Arcelia Morales García
CAISES ubicado en Juan de Dios Peza No. 302, Col. Del Valle. Tel. 6610175, y 6611537.

16, 23 y 30 de Agosto de 2012
Aula del CAISES
De 9 de la mañana a 2 de la tarde

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. OMS.

12.3 Cartas descriptivas de los Talleres de la Estrategia.

Instituto Nacional de Salud Pública 2012

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Mujeres con Obesidad: Una intervención para modificar conocimientos, percepciones y prácticas, en la cabecera Municipal de Jaral del Progreso, Gto. en el 2012.

gto Guanajuato Gobierno del Estado Secretaría de Salud

Fecha	**Jueves 09 de Agosto de 2012**	
Lugar:	**Aula del CAISES de Jaral del Progreso, Gto.**	
Duración:	**Entrevista de 10 minutos por persona**	
09:00 – 15:00 Hrs.	Entrevista para levantamiento de datos "pre test" a sesiones de intervención educativa.	LTS Anita Hernández Montenegro y equipo de apoyo

Fecha	**Jueves 16 de Agosto de 2012**	
Lugar:	**Aula del CAISES de Jaral del Progreso, Gto.**	
Duración:	**5:15 Horas**	
Horario	**Actividad**	**Responsable**
09:00 a 09:30 Hrs.	Registro	Equipo coordinador
09:30 a 10:00 Hrs.	Dinámica de presentación	LTS Anita Hernández Montenegro
10:00 a 10:30 Hrs.	Contextualización objetivos y metas	LTS Anita Hernández Montenegro
10:30 a 11:30 Hrs.	Conceptualización de la obesidad, IMC Enfermedades atribuibles a la obesidad.	
11:30 a 13:15 Hrs.	Autoimagen, autoestima y obesidad (Técnicas de terapia Gestalt)	Psicoterapeuta Gestalt Esmeralda Luna Villarreal
13:45 a 14:00 Hrs.	Encuadre teórico de la activación física y rutinas de activación física	Activador físico
14:00 a 14:15 Hrs.	Cierre del taller	LTS Anita Hernández Montenegro

1

Instituto Nacional de Salud Pública 2012

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Mujeres con Obesidad: Una intervención para modificar conocimientos, percepciones yprácticas, en la cabecera Municipal de Jaral del Progreso, Gto. en el 2012.

gto Gobierno del Estado Secretaría de Salud

Fecha	Jueves 23 de Agosto de 2012	
Lugar:	Aula del CAISES de Jaral del Progreso, Gto.	
Duración:	5:15 Horas	
Horario	Actividad	Responsable
09:00 a 09:30 Hrs.	Registro	Equipo coordinador
09:30 a 10:00 Hrs.	Sistema Endocrino ante la obesicad	Dra. Silvia Quintana Vargas
10:00 a 10:30 Hrs.	Reafirmación de conocimientos de la 1ra. Sesión	
10:30 a 11:30 Hrs.	2ª. Parte de la Conceptualización de la obesidad, IMC, Enfermedades atribuibles a la oesidad.	
11:30 a 13:15 Hrs.	2ª. Autoimagen, autoestima y obesidad (Técnicas de terapia Gestalt)	Psicoterapeuta Gestalt Esmeralda Luna Villarreal
13:45 a 14:00 Hrs.	2ª. Encuadre teórico de la activación física y rutinas de activación física.	Activador físico
14:00 a 14:15 Hrs.	Cierre del taller	LTS Anita Hernández Montenegro

2

Instituto Nacional de Salud Pública 2012

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Mujeres con Obesidad: Una intervención para modificar conocimientos, percepciones y prácticas, en la cabecera Municipal de Jaral del Progreso, Gto. en el 2012.

Gobierno del Estado Secretaría de Salud

Fecha	Jueves 30 de Agosto de 2012	
Lugar:	Aula del CAISES de Jaral del Progreso, Gto.	
Duración:	5:15 Horas	
Horario	Actividad	Responsable
09:00 a 09:30 Hrs.	Registro	Equipo coordinador
09:30 a 10:15 Hrs.	Sistema Endocrino ante la obesidad.	Dra. Silvia Quintana Vargas
10:15 a 10:30 Hrs.	Reafirmación de conocimientos de la 2ra. Sesión	
10:30 a 11:30 Hrs.	3ª. Parte de la Conceptualización de la obesidad, IMC, Enfermedades atribuibles a la obesidad.	
11:30 a 13:15 Hrs.	3ª. Autoimagen, autoestima y obesidad (Técnicas de terapia Gestalt)	Psicoterapeuta Gestalt Esmeralda Luna Villarreal
13:45 a 14:15 Hrs.	Cierre de los talleres	Compromisos y cierre oficial

Fecha	Jueves 06 de Septiembre de 2012	
Lugar:	Aula del CAISES de Jaral del Progreso, Gto.	
Duración:	Entrevista de 10 minutos por persona	
09:00 – 15:00 Hrs.	Entrevista para levantamiento de datos "post test" sesiones de intervención educativa.	LTS Anita Hernández Montenegro y equipo de apoyo

3

12.4 Evidencia fotográfica de las actividades realizadas durante la Estrategia.

HTA
DM

HTA
DM

12.5 Índice de tablas y gráficas

12.5.1 Tablas

Tabla 1 Morbilidad vinculada a la obesidad..... 8
Tabla 2 Clasificación según el IMC 15
Tabla 3 Causas de morbilidad..... 27
Tabla 4 Mapa de variables independientes: Datos generales. ... 33
Tabla 5 Mapa de variables independientes: Conocimientos sobre la obesidad..... 34
Tabla 6 Mapa de variables independientes: Entorno, prácticas y hábitos..... 37
Tabla 7 Mapa de variables independientes: Impacto y percepciones..... 38
Tabla 8 Resultados descriptivos, pregunta 2 45
Tabla 9 Resultados descriptivos pregunta 3 46
Tabla 10 Resultados descriptivos, pregunta 5..... 46
Tabla 11 Resultados descriptivos, pregunta 14..... 52
Tabla 12 Resultados descriptivos pregunta 16..... 52
Tabla 13 Resultados descriptivos, pregunta 21..... 55
Tabla 14 Resultados descriptivos, pregunta 23..... 55
Tabla 15 Resultados descriptivos, pregunta 27..... 57
Tabla 16 Resultados descriptivos, pregunta 30..... 58
Tabla 17 Resultados descriptivos, pregunta 32..... 59
Tabla 18 Resultados descriptivos, pregunta 34..... 60
Tabla 19 Resultados descriptivos, pregunta 38..... 62
Tabla 20 Prueba de normalidad del IMC..... 63
Tabla 21 Comparación entre medias del IMC 63
Tabla 22 Prueba de normalidad de enfermedades conocidas y orígenes de enfermedades..... 64
Tabla 23 Comparación entre medias para de enfermedades conocidas y orígenes de enfermedades..... 65
Tabla 24 Estadisticos descriptivos para de enfermedades conocidas y orígenes de enfermedades..... 66
Tabla 25 Prueba de correlación 66

12.5.2 Gráficas

Gráfica 1 Resultados descriptivos, pregunta 4 46
Gráfica 2 1 Resultados descriptivos, pregunta 8 48
Gráfica 3 Resultados descriptivos, pregunta 11 49
Gráfica 4 Resultados descriptivos, pregunta 13 51
Gráfica 5 Resultados descriptivos, pregunta 17 53
Gráfica 6 Resultados descriptivos, pregunta 20 54
Gráfica 7 Resultados descriptivos, pregunta 24 56
Gráfica 8 Resultados descriptivos, pregunta 28 57
Gráfica 9 Resultados descriptivos, pregunta 31 59
Gráfica 10 Resultados descriptivos, pregunta 35 60
Gráfica 11 Resultados descriptivos, pregunta 37 61

13 BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. [Estrategia para la Nutrición, Activación Física y Prevención de la Obesidad].; 2005.
2. Consecuencias de la obesidad y el sobrepeso. www.medizzine.com. [Online].; 2010 [cited 2011 Julio Búsqueda realizada en Internet el día 14. Available from: http://www.medizzine.com/pacientes/nutricion/consecuencias.php.
3. Página web del Gobierno Municipal de Jaral del Progreso, Gto. www.jaralgto.gob.mx/tumunicipio/historia.htm. [Online].; 2011 [cited 2011 Julio 10. Available from: www.jaralgto.gob.mx.
4. www.jaralgto.gob.mx. [http://www.jaralgto.gob.mx/].; Gobierno Municipal 2012 - 2015.
5. Anita HM. Diagnóstico Integral de Salud de la Cabecera Municipal de Jaral del Progreso, Gto. Guanajuato, Gto.:; 2010.
6. www.epidemiologia.salud.gob.mx. [www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/intd_informacion.html].; 2010.
7. Secretaría de Salud. [http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/].; 2010.
8. Informativo B. Los costos de la obesidad absorbidos por los hogares y estado. Instituto Nacional de Salud Pública. 2010.
9. Kauffer Horwitz MTCLÁRH. [Obesidad en el Adulto].
10. Costa Raquel D. Obesidad Clasificación Clínica. Sitio Médico. 2004;: p. Disponible en: http://www.sitiomedico.org/artnac/2004/02/01.htm.
11. Pacheco7 KZW, Serrano-García I, Echegaray I. Obesidad: el reto de su invisibilidad en el siglo XXI. Universidad de Puerto Rico; Rev. Puertorriq. Psicol. v.18 San Juan 2007.
12. Rodríguez Sosa JN. El Peso Ideal, ¿Realidad o fantasía?. México, D.F.
13. Maté MdCO,GSL,TMLÁ. [El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974)].; Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974.
14. Helena HM. Modelo de creencias en salud y obesidad.Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara.. Tesis doctoral en Universidad de Alcalá España,; Búsqueda realizada en internet: El 15 de abril de 2013.
15. Grupo de Investigación, Universidad de Almería. Modelo de creencias en salud.. Almería, España.; 2013.
16. Cabrera AGA. Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud. Revista de Salud Pública de Antioquía, Medellín Colombia. 2010.
17. Nik AA Tuah CASQJCBKAM. Modelo transteórico de modificación dietética y ejercicio físico para la pérdida de peso en adultos con sobrepeso y obesos.. University Brunei Darussalam, PAPRSB Institute of Health Sciences.
18. Guevara Chabacana GR. Obesidad infantil: algunos aspectos epidemiológicos, económico-sociales y culturales. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v08_n2/pdf/a06v8n2.pdf:; 2006.
19. Ortiz-Moncada R, Álvarez-Dardet C, Miralles-Bueno JJ, Ruíz-Cantero MT, Dal Re-Saavedra MA, Villar-Villalba C, et al. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. Grupo de investigación en Salud Pública,; Búsqueda realizada en internet: 20 de abril de 2013.
20. Acosta González Magda DPGdlNGRDHA. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Revista Cubana de Enfermería, en internet. 2005;: p. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es.
21. Graciela Angélica Cejas LePEdFeGdA. Enfoque Gestáltico de la Obesidad. ; Edición 41, Diciembre 2009.
22. Instituto Nacional de Salud Pública, ENSANUT 2012. En México, 6.4 millones de mexicanos padecen diabetes. México, D.F.:; 2013.

23. Hernández Montenegro A. Estrategia para favorecer los conocimientos, hábitos y percepciones positivas sobre el peso saludable en mujeres usuarias de los servicios de salud en Jaral del Progreso, Gto. 108: Jaral del Progreso, Gto., Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
24. Simón Barquera ICN,LHBJRD*. Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo. 2012. Cuernavaca, Morelos, México.:; Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.
25. Cano Pérez Evaluz MMEEMSLPPAGWIBCA. Guía clínica para el Tratamiento de la obesidad. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf:; México, Secretaría de Salud 2009.
26. Romieu IaLM. El papel de la obesidad, la actividad física y los factores dietéticos en el riesgo de cáncer de mama: la experiencia mexicana. Disponible en http:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0036-363420090008&lng=es&nrm=i:; 2009.
27. Salgado Méndez Elena. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Alcalá, España:; 2005.
28. Elizalde Cárdenas Rosario, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Sureste, UAM. Las mujeres mexicanas. [Online]. [cited 2011 Julio 12.
29. Jaime Sepúlveda Amor,Gustavo Olaiz, Juan Rivera, Mauricio Hernández. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, Morelos; México.:; 2006.
30. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M. Resultados por Entidad de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, Morelos, México.:; 2006.
31. http://www.iml.es. [Online].; 2011 [cited 2012 Septiembre 12. Available from: http://www.iml.es/endocrinologia-perspectiva-general-obesidad.html.
32. Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006. Resultados por Entidad Federativa, Guanajuato,. ; consulta realizada en internet el 22 de octubre de 2012.
33. Conoce la obesidad, ¿Una cuestión de peso?. Disponible en http://www.insp.mx/bajale/docs/talleres/obesidad.pdf. [Online].; 2012.
34. Determinantes sociales en salud, noción de riesgo, búsqueda realizada en internet el 20 de Julio de 2011, disponible en: http://www.slideshare.net/hamel/salud-y-enfermedad-determinantes-de-salud-nocin-de-riesgo. In.
35. Vignolio Julio DMMDBAD. Determinantes sociales en salud, noción de riesgo. In Determinantes sociales en salud, noción de riesgo.; Marzo 2007.; Montevideo, : búsqueda realizada en internet el 20 de Julio de 2011, disponible en: http://www.slideshare.net/hamel/salud-y-enfermedad-determinantes-de-salud-nocin-de-riesgo. p. 6 - 28.
36. Cabrera AGA. Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud. Revista de Salud Pública Universidad de Salud Pública de Antioquia,; 2012.
37. Instituto Nacional de Salud, Secretaría de Salud. Los Costos de la Obesidad absorbidos por hogares y estado. Cuernavaca; 2010.
38. Espinosa González Guadalupe Mtra. SSPL,MHKL. Informe Final de la Evaluación en Materia de Diseño para el Programa de Obesidad. México, D.F.:; 2009.