



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/MÓDULOS DE ENFERMERÍA No.
66
APODACA NUEVO LEÓN

**AUTOPERCEPCION EN PACIENTES OBESOS Y SU ETAPA EN EL
MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. SANTIAGO RAMÍREZ VILLANUEVA

Registro de autorización: R-2017-1904-75

MONTERREY, NUEVO LEÓN JUNIO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**AUTOPERCEPCION EN PACIENTES OBESOS Y SU ETAPA EN EL
MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. SANTIAGO RAMIREZ VILLANUEVA

AUTORIZACIONES:

DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN

Laura de la Garza
DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN

CI
DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF C/ME No. 66

JL
DRA. JANET SOLTERO ESPARZA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/MÓDULOS DE ENFERMERÍA No. 66

JL
DR. JUAN EDUARDO ALVARADO CORTES
ASESOR DE TESIS
JEFE DE SERVICIO N51 UMF 29



Registro de autorización: R-2017-1904-75

FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

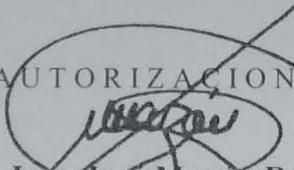
**AUTOPERCEPCION EN PACIENTES OBESOS Y SU ETAPA EN EL
MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO**

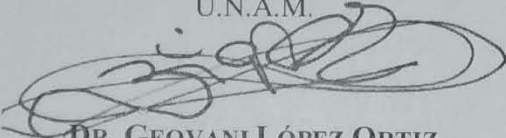
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

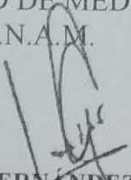
PRESENTA:

Dr. SANTIAGO RAMIREZ VILLANUEVA

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Registro de autorización: R-2017-1904-75



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1904 con número de registro 17 CI 19 039 014 ante COFEPRIS
HOSP GRAL DE ZONA 33 FELIX U. GÓMEZ, NUEVO LEÓN

FECHA 23/10/2017

DR. SANTIAGO RAMIREZ VILLANUEVA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

AUTOPERCEPCION EN PACIENTES OBESOS Y SU ETAPA EN EL MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1904-75

ATENTAMENTE


DR. (A). AZUARA CASTILLO MALLELA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1904

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**AUTOPERCEPCION EN PACIENTES OBESOS Y SU
ETAPA EN EL MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO**

Agradecimientos:

A Dios, por permitirme estar donde estoy;
A Maricela por su paciencia durante el tiempo que dedique a este trabajo;
A mis hijas, Rebeca y Mariana, por ser el motor que me impulsa.

Resumen

Título: Autopercepción en pacientes obesos y su etapa en el modelo transteórico de cambio.

Autores: Ramírez Villanueva, S; Alvarado Cortes, E.

Introducción.

La obesidad se define como una acumulación excesiva de grasa en el organismo, es diagnosticada según el índice de masa corporal (peso/talla²) por arriba de 30 kg/m² y como sobrepeso por arriba de 25 kg/m². En México sólo 7% de las personas con obesidad se perciben como tales, por lo tanto, no tienen conocimiento que están ante un problema serio de salud.

El modelo transteórico de cambio conductual propuesto por Prochaska y Diclemente es utilizado para interrogar ciertas actitudes y comportamientos relacionados con algún problema en concreto, situándolo en una de las cinco etapas de cambio conductual, siendo importante, ya que al saber en qué etapa del cambio se encuentran, se hará un abordaje terapéutico más adecuado.

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes con sobrepeso y obesidad que se perciben como tales, así como explorar en qué etapa del modelo transteórico de cambio conductual se encuentran.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal de una sola medición, en consulta externa de un consultorio del IMSS. Para una confiabilidad del 95% se calculó una muestra de 250 personas. Se les aplicó una encuesta acerca de su autopercepción del peso, aquellos que si se percibieron con un problema, se les aplicó la encuesta de la Universidad de Rhode Island para conocer en qué etapa del modelo transteórico de cambio se encontraban. Los resultados fueron analizados por el programa para análisis estadístico Excel 2010. Se les ofreció envío a los servicios de apoyo como nutrición, psicología etc.

Resultados. Se encontró una percepción del 9%, ligeramente por encima de la media nacional, con una mayor incidencia en obesidad de segundo grado. De estas personas que si se percibieron con sobrepeso u obesidad, más del 50% se encuentran en etapa de acción o mantenimiento.

Conclusiones. Para abatir de manera más certera tanto el sobrepeso como la obesidad, se deberán enfocar los esfuerzos en aumentar la percepción de estas patologías, ya que las personas que si se perciben, la mayoría ya están haciendo algo para para atacarla.

Índice

Resumen	7
Antecedentes bibliográficos	9
Planteamiento del problema	15
Justificación	18
Objetivo de la investigación	20
Hipótesis de la investigación	21
Metodología	22
Población de estudio	22
Criterios de selección	23
Muestra	24
variables de estudio	25
Plan de análisis	27
Instrumento de recolección	28
Aspecto éticos	29
resultados	30
Análisis de resultados	31
Discusión	34
conclusiones	35
Bibliografía	36
Anexo 1	38
Anexo2	39
Anexo3	41
Carta de consentimiento informado	43

ANTECEDENTES

La obesidad es un problema global de salud pública, la cual se ha incrementado al pasar los años y esto ha generado un impacto en la esperanza y calidad de vida, así como incremento en los costos de salud y esto se ha visto no tan solo en los países desarrollados. ^(1,2)

Existen muchas investigaciones en las que se evidencia la relación entre obesidad y complicaciones médicas como diabetes (hasta 90% de los casos), insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, hipertensión, y problemas psicológicos como depresión y ansiedad, lo cual ha generado en los últimos años diversos estudios acerca de ello. ^(1,2)

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. ⁽³⁾

“La obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales y económicos. Se caracteriza por un aumento en los depósitos de grasa corporal y por ende ganancia de peso, causados por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de energía de los alimentos excede al gasto energético y, como consecuencia, el exceso se almacena en forma de grasa en el organismo”. ⁽⁴⁾

Actualmente se tiene un conocimiento más amplio acerca de las causas de la obesidad, como la función que cumple la leptina, como trasmisor en el sistema endocrino, así como la función del adipocito el cual según algunos estudiosos consideran que tiene funciones de órgano.⁽⁵⁾

Además de todo esto, en nuestra sociedad se ha visto una disminución en el consumo de alimentos naturales y al contrario ha aumentado el consumo de alimentos industrializados como refrescos, comida rápida, así como alimentos procesados o precocidos los cuales no existían anteriormente.⁽⁶⁾ y se ha visto un abandono de las dietas tradicionales.⁽⁷⁾

Estos cambios han producido inevitablemente un desequilibrio en el perfil calórico de la dieta en la cual se aumenta la ingesta de azúcares simples, grasas saturadas y sal, y disminuyendo la ingesta de azúcares complejos, vitaminas, fibras, minerales y agua, lo que conlleva a una calidad nutricional menor y una mala alimentación.⁽⁸⁾

A nivel mundial se ha visto un aumento de la obesidad en los últimos decenios, según La Organización de la Salud (OMS) cada año se presentan cada vez más complicaciones relacionadas con la obesidad, lo cual según algunos expertos constituye la pandemia del Siglo XXI.⁽⁹⁾

En México, se realizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición medio camino en 2016 (ENSANUT 2016 MC) en el cual se encontró una prevalencia de 72.5% de sobrepeso y obesidad en adultos mayores de veinte años, encontrando que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) es mayor en las mujeres (75.6%, IC 95% 73.5, 77.5) que en los hombres (69.4%, IC 95% 65.9, 72.6); y que la

prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) es también más alta en el sexo femenino (38.6%, IC 95% 36.1, 41.2) que en el masculino (27.7%, IC95% 23.7, 32.1). Asimismo, la categoría de obesidad mórbida (IMC ≥ 40.0 kg/m²) es 2.4 veces más alta en mujeres que en hombres. ⁽¹⁰⁾

Esto coloca a México como el segundo país con mayor sobrepeso y obesidad, superado por Estados Unidos. ⁽¹¹⁾

Aunque el incremento de sobrepeso y obesidad no aumentó significativamente del ENSANUT 2012 a la ENSANUT 2016 (1.2%), resulta alarmante la prevalencia de ambas en la población mexicana. ⁽⁴⁾

En Nuevo León, las patologías cardiovasculares, cáncer y la diabetes, así como hipertensión arterial provocan el 56% del total de las muertes y se relacionan directamente con el sobrepeso y la obesidad. ⁽¹¹⁾

Como parte del tratamiento del sobrepeso y obesidad, está considerado un enfoque multidisciplinario basado en tratamiento médico, nutricional, psicológico, así como promover la actividad física. ^(12,5)

Percepción se define como la acción y efecto de percibir, conocimiento, idea, así pues, autopercepción es la sensación en que una persona se percibe a si misma con respeto a cierto tema. ⁽¹³⁾

El modelo transteórico del cambio conductual, es un modelo psicológico que trata de explicar la manera como se produce el cambio en algunas de las conductas de los individuos. Inicialmente fue estudiado en fumadores que deseaban dejar este hábito, en los que se encontró que es más efectiva la intervención del especialista en aquellos pacientes en etapa de acción y mantenimiento. Actualmente se usa para estudiar casi

cualquier intención de cambio sobre algún problema médico, como tratamiento de obesidad, realizar ejercicio, etc.; dicho modelo fue propuesto por el psicólogo James O. Prochaska en 1979, además de ser utilizado como herramienta para evaluación inicial en drogodependientes, obteniendo un cambio persistente en la conducta indeseada, o perseverando por más tiempo libre de la adicción en estudio. ⁽¹⁴⁾

Esto ha servido como base para el desarrollo de intervenciones que promueven el cambio de conducta con miras a la salud, tanto en obesidad como para adoptar estilos de vida saludables. ⁽¹⁵⁾

En 1982 Prochaska y Di Clemente realizaron un análisis empírico en fumadores y esa investigación les permitió identificar cinco etapas de cambio que los sujetos atraviesan para cambiar su comportamiento a las que llamaron: Precontemplación, Contemplación, Preparación para la acción, Acción y Mantenimiento. ^(16,17)

Precontemplación: en esta etapa los sujetos no tienen la intención de cambiar su conducta en un futuro cercano. Este periodo dura alrededor de seis meses y se considera que es por desconocimiento de su situación o enfermedad o intentos fallidos con anterioridad. Los sujetos en esta etapa a menudo se resisten al cambio, están poco motivados y tienden a evitar saber acerca de su problema o enfermedad.

Contemplación: los sujetos que cursan por esta etapa demuestran abiertamente la intención de cambiar, conocen los beneficios de un cambio, pero también son conscientes del esfuerzo que se requiere y no lo quieren realizar en al menos seis meses. Son vistos como ambivalentes en su decisión de cambiar por la facilidad con la que aplazan dicho cambio.

Preparación: en esta etapa los sujetos tienen la intención de realizar acciones para el cambio por lo general al cabo de un mes. Esta etapa es vista como de transición más que de establecimiento donde el sujeto progresara en los treinta días siguientes. Hay cambios conductuales en una clara dirección.

Acción: en esta etapa el sujeto ha hecho modificaciones expresas y perceptibles en sus hábitos de vida mínimo por seis meses. Existe un cambio en el comportamiento que ha durado menos de seis meses.

Mantenimiento: en esta etapa los sujetos trabajan activamente para continuar en el compromiso del cambio, prevenir la recaída y fortalecer el bienestar ya obtenido. Esta etapa presenta a los sujetos con los niveles más altos de autoeficacia y que tienen menos posibilidades de recaer.

El modelo transteórico del cambio conductual, propuesto por Prochaska y Di Clemente es un modelo que describe las intenciones del sujeto para cambiar con respecto algún problema y en su toma de decisiones lo cual involucra emociones, conocimiento de la enfermedad o problema y conducta y esto involucra que tengamos confianza en la respuesta del mismo sujeto y se aplica en la intención de realizar algún cambio en el estilo de vida enfocado a tratar dicho problema. ^(16,17)

Diversos estudios han sido realizados para medir la autopercepción en pacientes con obesidad; Ríos-Rangel (2011) encontraron que aunque los pacientes si se perciben como obesos, esto lo consideran más un problema estético que de salud.⁽¹⁸⁾ Han sido

descritos otros aspectos patológicos asociados como ansiedad y depresión en obesidad

⁽¹⁹⁾ En un estudio en Chiapas, Lerma y cols. encontraron que el mayor porcentaje de los pacientes, aun en un programa para bajar de peso, se encontraban en etapa de

contemplación, puesto que no llevaban a cabo un programa de alimentación saludable, y que por el contrario, aquellos con un mayor apego y éxito en dicho programa, fueron encontrados en etapa de acción y mantenimiento. ⁽²⁰⁾

Álvarez, Carlos (2008) propone diversas estrategias según el estadio de cambio en el que se encuentren los pacientes, logrando así movilizarlos de una etapa de inacción a una de acción y mantenimiento, usando esta herramienta para para estructurar intervenciones apropiadas. ⁽²¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México 2012, la obesidad es considerado un problema de salud pública que ha alcanzado dimensiones epidémicas en algunos países como el nuestro (*Dávila, j; González, jj; Rev. med ins mex seguro soc, 2015*), siendo este factor el que más frecuentemente se relaciona con la aparición temprana de diabetes mellitus, hipertensión arterial y muerte súbita en personas en edad productiva (*ensanut mc 2016*) (*OMS 2014*)

En la Unidad de Medicina Familiar #66 hubo una prevalencia de 34% de obesidad en los pacientes que acudieron a consulta externa, siendo relevante que este no fue su motivo de consulta.

Existen diferentes programas gubernamentales enfocados hacia reducir este problema, tales como la campaña chécate, mídete, muévete, el acuerdo nacional para la salud alimentaria, etc., dirigidos a prevenir la aparición de obesidad, y se difunden en campañas masivas, difusión televisiva y en radio, así como uso de medios impresos, sin embargo, hay estudios que aconsejan conocer la percepción del paciente acerca de su obesidad y, si se perciben como tales, saber en qué etapa del modelo transteórico de cambio se encuentran:

Los sujetos que se encuentran en precontemplación no tienen la intención de hacer cambios en su estilo de vida y puede ser que ni siquiera estén conscientes de las consecuencias de la obesidad, aunque otras personas cercanas a ellas si lo sepan, algunos de ellos han buscado tratar su sobrepeso u obesidad, pero lo hacen obligados por otros por lo que pronto regresan a sus viejos hábitos.

Aquellos sujetos que están en fase de contemplación están conscientes de su sobrepeso u obesidad y piensan en eso, pero no han hecho un compromiso para cambiar. Pueden permanecer años en esta etapa.

El sujeto que se encuentra en preparación para la acción ya tiene intenciones de modificar su estilo de vida con respecto a su sobrepeso u obesidad, pero aun no le han hecho por diversas circunstancias como estrés o esperar el momento adecuado. Es probable que en esta etapa ya hayan hecho pequeñas modificaciones en sus estilos de vida como disminuir ingesta de refrescos o caminar más.

En la etapa de acción se encontrarían aquellos que ya han hecho cambios en su estilo de vida como realizar la cantidad de ejercicio recomendada, llevar una dieta de manera estricta, etc., e invierten tiempo y energía en esta etapa. Estas personas tienen hasta seis meses haciéndolo.

Los sujetos que están en la etapa de mantenimiento hacen lo anterior y buscan la manera de no recaer para fortalecer el bienestar adquirido. Este cambio en el estilo de vida tiene más de seis meses y por regla general se encuentra recaídas las cuales son parte del modelo y se consideran como aprendizaje siendo necesario enseñarles que es necesario continuar con el cambio aun posteriormente de esta recaída.

En este modelo se supone que las personas avanzan de una etapa a otra en forma de espiral, sin embargo, son comunes los retrocesos de una etapa a otra de manera que una persona en acción puede regresar a preparación para la acción o de mantenimiento a contemplación y desde ahí volver las etapas. Estos retrocesos considerados en el modelo se consideran parte fundamental para mejorar la técnica.

Dado lo anterior, y conociendo la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestra población, surgió la interrogante:

“¿En qué etapa del modelo transteórico de cambio se encuentran las personas con sobrepeso y obesidad, en una población determinada?”

JUSTIFICACION

Actualmente la obesidad es considerada un problema de carácter mundial que ha adquirido proporciones epidémicas en algunos países del orbe; según datos de la OMS la obesidad se relaciona con al menos la quinta parte de las muertes por enfermedades no transmisibles y que son potencialmente prevenibles.⁶

En México según los datos más recientes asentados en la ENSANUT MC 2016, existe una proporción de 72.5 % de sobrepeso y obesidad combinadas⁵, lo cual es alarmante, ya que se ha incrementado los costos en salud por enfermedades relacionadas con esta como diabetes mellitus e hipertensión, así como los costos por invalideces en edades productivas y desafortunadamente, se observa una tendencia a nivel nacional a la alza, ya que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 19 años fue en hombres de 33.5% y en mujeres de 39.2%; en 2012 fueron de 34.1% y 35.8% respectivamente.

Un dato relevante recogido en ENSANUT MC2016 es que, de esa proporción de personas con sobrepeso y obesidad, solo el 7% se consideraron con problemas en su peso, por lo cual es de esperarse que aún menos personas estén conscientes del riesgo que este representa.

El presente estudio pretende conocer qué porcentaje de personas en edad productiva que tienen sobrepeso u obesidad, se perciben como tales, y de estos, en qué fase del modelo transteórico de cambio se encuentran con respecto a este problema; saber esto derivara en tener más claro la estrategia a implementar, y que esto se refleje en

acciones más contundentes que a la postre se tradujeran en un mejor control metabólico en diabéticos, mejores controles de t/a en hipertensos, disminución del riesgo cardiovascular total y disminución de las muertes prematuras potencialmente prevenibles que se relacionan con la obesidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad que se perciben como tales.
- Determinar la etapa del modelo transteórico de cambio en que se encuentran.

Objetivos específicos

- Calcular la prevalencia de personas con sobrepeso de la unidad.
- Calcular la prevalencia de personas con obesidad de la unidad
- Investigar datos sociodemográficos de la población en estudio.
- Conocer la autopercepción de sobrepeso y obesidad en la población.
- Comparar estadísticas a nivel nacional en autopercepción de sobrepeso y obesidad.

Hipótesis

Por ser este un estudio descriptivo, no es necesario elaborar una hipótesis.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de una sola medición, actual, en una población de 250 pacientes de consulta externa de la UMF 66 del IMSS Delegación Nuevo León.

CLASIFICACION DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal no comparativo o de prevalencia, según el número de mediciones de una sola medición, prospectivo o actual.

POBLACION DE ESTUDIO

Población de la consulta externa adscrita a la Unidad de Medicina Familiar #66 del IMSS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron a consulta externa de la UMF 66
- Hombres y mujeres entre 20 y 44 años de edad.
- Hombres y mujeres con IMC mayor o igual a 25 kg/m².
- Hombres y mujeres que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Hombres y mujeres con alguna enfermedad crónico degenerativa.
- Hombres y mujeres con alguna patología crónica (asma bronquial, osteomusculares etc.)
- Hombres y mujeres que no cumplieron el rango de edad.
- Hombres y mujeres con IMC debajo de 25 kg/m².
- Mujeres embarazadas
- Mujeres en etapa de lactancia.
- Hombres y mujeres con alguna patología psiquiátrica.
- Hombres y mujeres que no aceptaron colaborar con este estudio.

Criterios de eliminación

- Hombres y mujeres quienes decidieron no continuar con su participación en esta investigación.
- Aquellos que una vez concluido el cuestionario, no lo respondieron de manera correcta o estuvieron mal llenadas.

MUESTRA TECNICA MUESTRAL

Aleatoria no probabilística, partiendo de un universo de 1370 pacientes

7.4.1 cálculo del tamaño de la muestra

Tipo de población: finita

N= muestra

N= población universo: 1370 personas

Z= intervalo de confianza 95%

D= error 0.05 %

P= prevalencia estimada 72.5%

Q= 1-p

$$N = \frac{n(z)^2 p \cdot q}{D^2 (n-1) + z^2 p \cdot q}$$

Sustituyendo:

$$n = \frac{1370(3.8416) (0.725 \cdot 0.275)}{(0.05)^2 (1370-1) + 3.8416 (0.725 \cdot 0.275)}$$

$$n = \frac{5262.992 \cdot 0.1993}{0.0025 (1369) + 3.8416 (0.1993)}$$

$$n = \frac{1048.91}{3.422 + 0.7656}$$

$$n = \frac{1048.91}{4.18}$$

n= 250 pacientes

VARIABLES

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Cuantitativa	Autopercepción	La imagen que cada quien tiene de sí mismo, en este caso, si se percibe como obeso o con sobrepeso.	Dicotómica si/no	Interrogatorio directo al paciente.
Cualitativa	Etapas de cambio	Precontemplación: aquellos pacientes que no perciben un problema de sobrepeso u obesidad. Contemplación: aquellos que lo perciben y piensan cambiar en al menos 6 meses. Acción: aquellos que ya están realizando cambios en su vida. Mantenimiento: pacientes que tiene al menos 6 meses de tener un cambio en sus hábitos de vida.	Por medio del cuestionario de la universidad de Rhode Island,	Cuestionario de Rhode Island

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Cuantitativa	Sobrepeso	Pacientes con un IMC mayor a 25 kg/m ² y menor a 30 kg/m ²	Índice de masa corporal= $\text{Peso}/\text{talla}^2$	Datos antropométricos arrojados por el SIMF

Cuantitativa	Obesidad	Pacientes con un IMC mayor o igual a 30 kg/m ²	Índice de masa corporal= Peso/talla ²	Datos antropométricos arrojados por el SIMF
--------------	----------	---	---	---

Cuantitativa	Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años	Encuesta
Cualitativa	Sexo	Condición orgánica masculino o femenino	1-masculino 2-femenino	Encuesta
Cualitativa	Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil	1-soltero 2-casado 3-union libre 4-divorciado 5-viudo	Encuesta

PLAN DE ANÁLISIS

Se tomaron pacientes de ambos sexos que acudieron a la consulta externa de la UMF 66, asignados al consultorio 6 turno vespertino, los cuales según registro del SIMF versión 4.10.2, estuvieron comprendidos entre los 20 y los 44 años de edad, y que presentaron índice de masa corporal igual o mayor a 25 kg/m²; se les invitó a participar en la investigación y se llenó formato de consentimiento informado.

Se les hizo una breve encuesta en la que se interrogó acerca de si perciben algún problema médico con su peso: a los que contesten que no, se les proporcionó un folleto informativo acerca de las complicaciones de vivir con sobrepeso y obesidad, así como un folleto de la campaña chécate, mídete, muévete, además de envío a disciplinas de apoyo como nutrición y centros de seguridad social para un plan de actividad física.

A los que contestaron afirmativamente, se les aplicó la encuesta de la Universidad de Rhode Island para conocer en qué etapa del modelo transteórico de cambio se encontraban con respecto a su sobrepeso y obesidad.

A aquellos que se encontraron en etapa de pre contemplación, contemplación y preparación para la acción, se les proporcionó información acerca de estos padecimientos así como de consejos prácticos para iniciar la acción; a aquellos en acción y mantenimiento se les proporcionó información acerca de los beneficios de continuar cuidándose y acerca de las acciones en caso de una recaída, además de envío a disciplinas de apoyo como nutrición y centros de seguridad social para un plan de actividad física.

Se capturaron las encuestas en un programa computacional Excel 2010 para análisis estadístico.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Se aplicó la encuesta escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA) la cual consta de 32 ítems y evalúa las cuatro principales etapas de cambio que atraviesa una persona al momento de realizar cambios en su estilo de vida o con respecto a algún problema; 8 ítems para precontemplación, 8 contemplación, 8 acción y 8 de mantenimiento.

ASPECTOS ETICOS

De acuerdo al artículo 17 fracción III del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, este estudio corresponde a una investigación de riesgo mínimo.

Este protocolo se apegó a la Normativa Institucional, al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, y a la Declaración de Helsinki, con modificación en el Congreso de Tokio, Japón en 1983.

Por su carácter no experimental no representó riesgos para los participantes.

RESULTADOS

EDAD		
20-29 años	77	31%
30-39 años	87	35%
40-44 años	86	34%
Total	250	

SEXO		
Hombres	76	30%
Mujeres	174	70%
Total	250	

ESTADO CIVIL		
Soltero	45	18%
Casado	148	59%
Unión Libre	44	18%
Divorciado	11	4%
Viudo	2	1%
Total	250	

ESTADO NUTRICIONAL Y PERCEPCION		
Sobrepeso y percepción	3	13%
Obesidad 1 y percepción	5	21%
Obesidad 2 y percepción	10	42%
Obesidad 3 y percepción	6	25%
Total	24	

ESTADO NUTRICIONAL		
Sobrepeso	98	39%
Obesidad 1	93	37%
Obesidad 2	39	16%
Obesidad 3	20	8%
Total	250	

ETAPA DE CAMBIO		
Precontemplación	4	17%
Contemplación	8	33%
Acción	9	38%
Mantenimiento	3	13%
Total	24	

PERCEPCION POR SEXO		
percepción hombres	4	17%
percepción mujeres	20	83%
Total	24	

AUTOPERCEPCION		
Si se percibe	24	9.6%
No se percibe	226	90.4%
Total	250	

PERCEPCION POR ESTADO CIVIL		
Solteros	3	13%
Casados/Unión Libre	20	87%
Total	23	

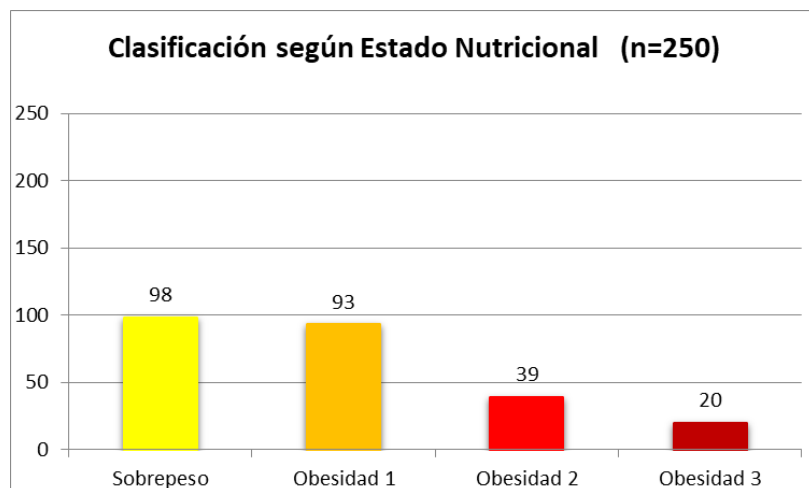
ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se aplicaron 250 encuestas a hombres y mujeres de la consulta externa cuyas edades estaban comprendidas entre 20 y 44 años, con un índice de masa corporal mayor a 25 kg/m², obteniendo los siguientes resultados:

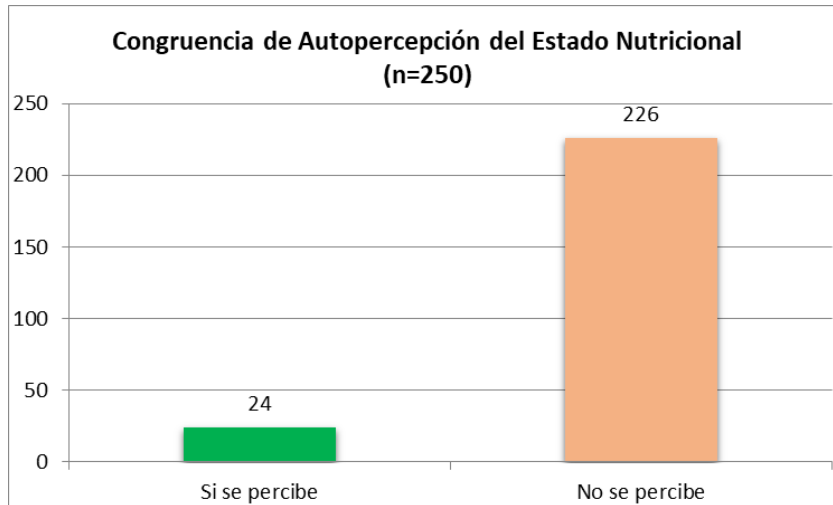
Por sexos, participaron 76 hombres (30%) y 174 mujeres (70%), las distribuciones por edades fueron, en las edades de 20-29 años, 77 personas (31%); de 30-39 años, 87 personas (35%) y de 40-44 años, 86 participantes (34%).

Por estado civil, 45 fueron solteros (18%), 148 casados (59%), 44 en unión libre (18%), 11 divorciados (4%) y 2 viudos (1%).

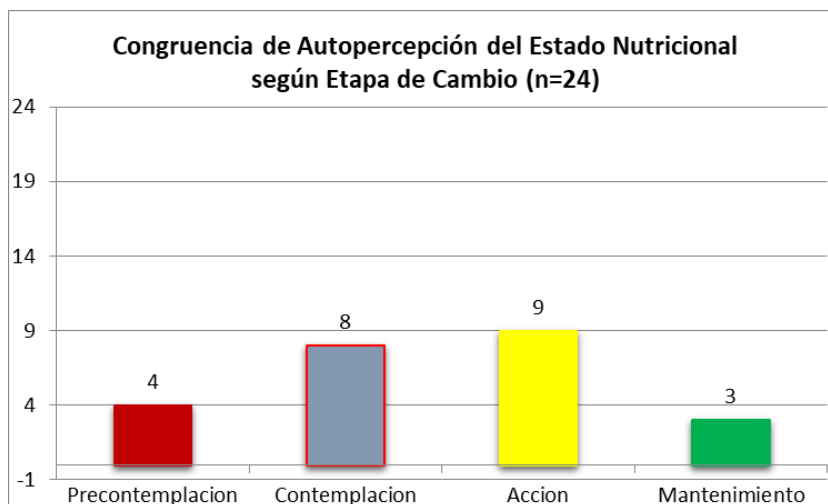
Los resultados según estado nutricional, 98 correspondieron a sobrepeso (39%), 93 a obesidad grado 1 (37%), 39 a obesidad grado 2 (16%) y 20 a obesidad grado 3 o mórbida (8%).



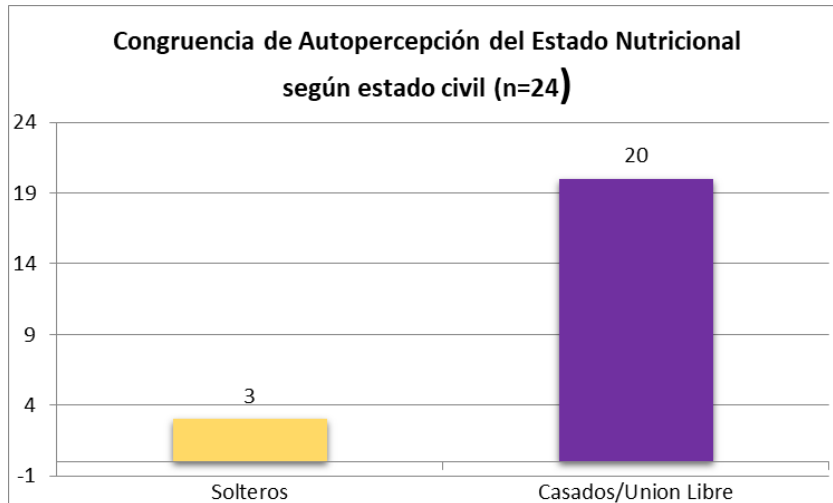
Del total de entrevistados, 226 (90.4%) no se percibieron con sobrepeso y/o obesidad, y solamente 24 de los participantes (9.6%) si percibían un problema nutricional.



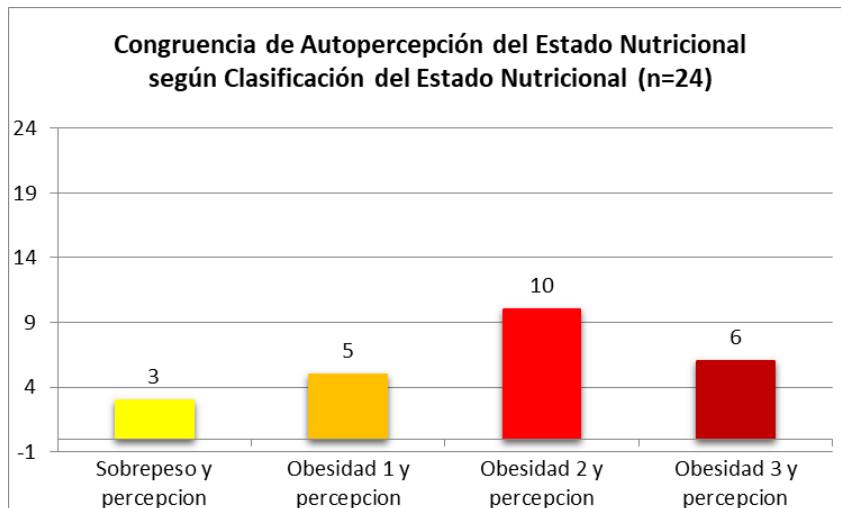
Se encontró que del grupo que si se percibió (24 personas) 4 de ellas (17%) se encontraban en precontemplación, 8 en contemplación (33%), 9 en acción (38%), y 3 en mantenimiento (13%), esto según el cuestionario de Rhode Island para ubicar a los participantes en alguna etapa del modelo transteórico de cambio según los autores Prochaska y Di Clemente.



La percepción por estado civil, 3 personas (17%) fueron solteros y 20 (87%) manifestaron estar en una relación, ya sea casados o en unión libre; finalmente, solo 1 de ellos era viudo.



En la percepción por estado nutricional, 3 estuvieron en sobrepeso (13%), 5 en obesidad grado 1 (21%), 10 en obesidad grado 2 (42%) y 6 en obesidad grado 3 (25%).



DISCUSIÓN

Podemos apreciar que los datos sociodemográficos obtenidos corresponden al comportamiento esperado en la consulta externa, con 70% de participación de mujeres contra 30 % de hombres.

Por estado nutricional, el grupo más prevalente fue el de sobrepeso con 39%, seguido del de obesidad I, que en conjunto representan casi tres cuartas partes del total.

Según la percepción, 90.4% no se percibieron con sobrepeso y/o obesidad, y solamente 9.6% si percibían un problema nutricional, esto es acorde a lo reportado por la ENSANUT mc 2016, cuya cifra de percepción se sitúa en 7%.

Del grupo que si se percibió 17% se encontraban en pre contemplación, en contemplación 33%, en acción 38%, y en mantenimiento 13%, esto corresponde con los resultados obtenidos por ENSANUT 2016 quienes registran un mayor porcentaje en la etapa de acción.

En la percepción por sexo, 4 fueron hombres (17%) y 20 mujeres (83%), lo cual también es acorde a lo registrado en el país.

CONCLUSIONES

Con lo anterior, queda claro que, en la lucha contra el sobrepeso y la obesidad, se deben enfocar los esfuerzos hacia la concientización del problema de salud que esto representa, ya que las personas que, si se perciben con un problema de este tipo, la mayoría están haciendo algo para abatirlo.

Actualmente muchos de los recursos que se destinan a atacar la obesidad, están enfocados en activar físicamente a las personas, así como intentar que modifiquen sus hábitos alimenticios, pero está demostrado que, si no se perciben con sobrepeso u obesidad, estos mensajes no llegaran de manera satisfactoria y, por lo tanto, serán esfuerzos con resultados pobres o muy débiles.

Entonces, en base a este trabajo, se propone que los recursos tanto humanos como económicos destinados a abatir el sobrepeso y la obesidad, se enfoquen a aumentar la percepción de estos padecimientos y, por ende, aumentarán los esfuerzos individuales para contrarrestarlo.

BIBLIOGRAFIA

1-Davila, J; González, J; Barrera, A; (2015) Panorama de la obesidad en México. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 53(2) 240-249.

2-Rivera Dommarco Juan Ángel et al (2013) Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado. Universidad Nacional Autónoma de México, isbn: 978-607-02-4478-0.

3-<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index9.html>.

4-Mussini, M; Temporelli, K;(2013) Obesidad: Un desafío para las políticas públicas. Estudios sociales, vol. xxi, (41) 167-184.

5-Curso de actualización para médicos generales del IMSS (2016) disponible en www.innovaedu.imss.gob.mx

6-Salado Macías, Carmen, (2012) autopercepción del peso en adolescentes. Trastornos de la conducta alimentaria (15) 1709-1730.

7-Hernandez, Juan Diego et al. (2015) Hábitos alimentarios, sobrecarga ponderal y autopercepción del peso en el ámbito escolar. Nutr. Hosp. 32(3):1334-1343.

8- Guzmán, N; Carranza, J (2012) Conocimiento, autopercepción y situación personal de estudiantes de enfermería respecto al sobrepeso y la obesidad. Med. Inst. Mex. 28(1):1-5.

9-Cordova, J; Obesity: the real pandemic of the 21st century. (2016) cirugía y cirujanos. 84 (5) 351-355.

10- Hernández, M. (2016) Encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino 2016: resultados ponderados. [Presentación] instituto nacional de salud pública. 14 de diciembre 2016.

11- Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. (2014) secretaría de salud del Estado de Nuevo León.

12-Instituto Mexicano del Seguro Social (2009) Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Sobrepeso y Obesidad en el Adulto. Guía de práctica clínica.

13-El diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

14- Prochaska, O.; Diclemente, C.; Norcross, John C (1992).In search of how people change: applications to addictive behaviors. American Psychologist, vol. 47(9), sep. 1992, 1102-1114.

15- Esparza, O., Carrillo. Quiñones, y Del Castillo, A, (2013) Cuestionario del ejercicio basado en el modelo transteorico de la conducta en una muestra mexicana. Enseñanza e Investigación en Psicología. vol. 18 (1) 125-141.

16- Mcconnaughy, A.; Diclemente, C.; Prochaska, O.; Velicer, Wayne F. (1989) Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. Psychotherapy: theory, research, practice, training, vol. 26(4), 494-503.

17-Diclemente, C.; Prochaska, O.; Fairhurst, Scott k.; Velicer, Wayne F.; Velasquez, M.; Rossi, J. (1991) the process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of consulting and clinical psychology, vol. 59(2), apr, 295-304.

18-Rios, B; Rangel; (2011) La autopercepción en el paciente obeso. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2011; 49 (1): 23-28.

19- Reyes, Betancur, J, Samaniego, A, (2015) ansiedad y depresión en personas con obesidad en Paraguay. Salud y sociedad. Vol. 6. (1) 38-48.

20- Lerma., Nisado, P, Álvarez, (2016) percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Estudios sociales. 24. (47) 380-409.

21- Álvarez, (2008) teoría transteorica de cambio de conducta: herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. Mh Salud, v5, (1) 1-12.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCION.

FECHA_____EDAD_____IMC_____

Por favor conteste de la forma más sincera posible acerca de cómo se siente hoy.

1-Como se siente con respecto a su cuerpo:

Ligero mediano pesado muy pesado

2- ¿Considera que actualmente tiene problemas con su peso?

SI___ No___ Ni Si, Ni No___

3-¿Conoce su peso actualmente?

¿Si___ cuál es? _____ No lo conozco_____

Anexo 2

ESCALA DE EVALUACION DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

Fecha _____ Edad _____

IMC _____

Sexo_1-hombre 2-mujer

Estado Civil_ 1-soltero 2-casado 3-union libre 4-divorciado 5-viudo

Instrucciones: Cada una de las siguientes frases describe como podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda un problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

- 1.- Que yo sepa, no tengo que problemas que cambiar. ()
- 2.- Creo que puedo estar preparado para mejora de alguna manera. ()
- 3.- Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando. ()
- 4.-Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema. ()
- 5.- No soy una persona que tenga problemas. No tiene ni un sentido de yo esté aquí. ()
- 6.- Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, pero estoy aquí en busca de ayuda. ()
- 7.- Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema. ()
- 8.- He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo. ()
- 9.- He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo o solo. ()
- 10.- A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo. ()
- 11.- Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene nada que ver conmigo. ()
- 12.- Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme a mí mismo. ()
- 13.- Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite cambiar. ()
- 14.- Me estoy esforzando mucho realmente para cambiar. ()
- 15.- Tengo un problema y pienso que debo realmente afrontarlo. ()
- 16.- No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la croma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema. ()

- 17.- Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando. ()
- 18.- Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aun me encuentro luchando con él. ()
- 19.- Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema. ()
- 20.- He empezado hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que me ayudaran. ()
- 21.- Quizás en este lugar me puedan ayudar. ()
- 22.- Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo. ()
- 23.- Puede que yo se aparte del problema, pero no creo que yo sea así. ()
- 24.- Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo. ()
- 25.- Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar. ()
- 26.- Toda esta charla es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas? ()
- 27.- Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema. ()
- 28.- Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto. ()
- 29.- Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas? ()
- 30.- Estoy trabajando activamente en mi problema. ()
- 31.- Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos. ()
- 32.- Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve aparecer y me preocupa. ()

Gracias por su cooperación.

Etapas de cambio _____

Derivado a:

Nutrición y dietética ()

Psicología ()

Trabajo social ()

Médico familiar ()

Se dio material de apoyo. Si () No () PORQUE? _____

Anexo 3

IDENTIFICACIÓN

Nombre: Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).

Nombre original: University of Rhode Island Change Assessment (URICA).

Autores: Mcconnaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Prochaska et al., 1992.

Año: 1983

Versiones: Aunque no existen distintas versiones propiamente dichas, existen adaptaciones para los diferentes estudios. Éste instrumento es explícitamente abierto pues los ítems hacen referencia al problema que el paciente presenta, partiendo de la base de que se habrá acordado con el paciente a que problema se hace referencia (tabaquismo, alcoholismo, comer compulsivo, juego patológico, etc....). Siendo así, se han realizado adaptaciones de los ítems a un problema concreto. Igualmente se ha adaptado para población subclínica, en estudios como el de Dozois y otros (2004).

DESCRIPCIÓN

Tipo de Instrumento: Cuestionario.

Objetivos: Esta prueba evalúa la situación del sujeto en el continuo de disposición al cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente en su modelo transteórico.

Población: Población clínica con problemas de adicción, aunque también se ha usado con control de peso y bulimia nerviosa entre otros.

Número de ítems: 32

Descripción: Está compuesto por 4 subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) y 8 ítems en cada una. Los ítems consisten en frases en que el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con las mismas en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”. Se trata de un autoinforme en el que la formulación de cada uno de los diferentes ítems no hace referencia a una conducta problema o adicción concreta sino genéricamente al término “problema” que el evaluador habrá definido previamente con el sujeto.

Criterios de calidad: Fiabilidad: Se ha evaluado la consistencia interna, siendo bastante elevada: entre 0.69 y 0.89. Homogeneidad: En estudios como los de Dozois, Westra y otros (2004), se ha evaluado homogeneidad mediante las correlaciones entre los ítems y las respectivas subescalas, así como las correlaciones entre los diferentes ítems, obteniéndose correlaciones más altas dentro de cada escala que con las demás. Validez: En análisis factorial muestra la plausibilidad del modelo transteórico de estadios de cambio. Discrimina entre patrones de uso del alcohol, expectativas sobre la

bebida, y consecuencias relacionadas con el consumo en muestras de pacientes con problemas de consumo de alcohol que siguen en tratamiento. Igualmente, los estudios parecen validar la existencia de una serie de perfiles respecto a la disposición para cambiar de pacientes adictos (subgrupos precontemplador, desanimado, ambivalente, contemplador, participativo...). En estudios como los de Dozois y Westra (2004) o los de Derisley y Reynolds (2000), igualmente se midieron las correlaciones entre las distintas subescalas, obteniéndose, tal como se esperaba, correlación negativa entre

Precontemplación y las otras 3 subescalas, al igual que correlaciones más fuertes entre Acción y Mantenimiento, que de éstas con Contemplación. Estos datos dan apoyo científico a la teoría de Prochaska y Di Clemente.

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El sujeto debe contestar a cada ítem en función de su grado de acuerdo en ese momento, según una escala de 5 puntos, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”.

Corrección e interpretación: En cuanto a las normas de corrección me ocurre como con las de aplicación (tan sólo se sabe que las puntuaciones para cada subescala oscilan entre 8 y 40). En cuanto a la interpretación, cabe decir lo siguiente: La escala URICA evalúa 4 de los 5 estadios de cambio propuestos por Prochaska y Di Clemente: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Pretende evaluar en qué medida el sujeto presenta comportamientos o cogniciones propias de un estadio u otro. Analizando ítem por ítem, se obtiene pues, una información muy valiosa de cara a qué elementos hay que trabajar en la terapia. Hay que tener en cuenta a la hora de la interpretación, que de este autoinforme obtenemos información de la situación del sujeto en cada uno de dichos estadios, pues se obtiene una puntuación en cada uno. Por tanto, aumentan las dificultades si el objetivo perseguido es clasificar al adicto o sujeto con una conducta problema en un único estadio.

Momento de aplicación: Evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y post-tratamiento



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	AUTOPERCEPCION EN EL PACIENTE OBESO Y SU ETAPA EN EL MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO.						
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA						
Lugar y fecha:	UMF 66 pueblo nuevo Apodaca NL						
Número de registro:	R-2017-1904-75						
Justificación y objetivo del estudio:	Calcular el porcentaje de pacientes que se consideran con sobrepeso y obesidad y de estos, clasificar en qué etapa del modelo de cambio se encuentran, para ofrecer un mejor tratamiento en este problema y ofrecer la mejor opción ya sea en educación, envío a servicios de apoyo (psicología, nutrición etc.), grupos de autoayuda o medicamentos.						
Procedimientos:	APLICACIÓN DE ENCUESTA						
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO APARENTE						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer su etapa en el modelo transteorico de cambio y aplicarlo para saber si ocupa concientización, educación o apoyo en el cambio.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE LE DARA RETROINFORMACION AL PACIENTE ASI COMO DERIVAR A LOS SERVICIOS DE APOYO NECESARIOS						
Participación o retiro:	VOLUNTARIO						
Privacidad y confidencialidad:	LA INFORMACION QUE EL PACIENTE PROPORCIONE SERA TRATADA CON ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	SI						
Beneficios al término del estudio:	CONOCER LA FORMA MAS EFECTIVA DE ABORDAR SU PROBLEMA DE SOBREPESO Y OBESIDAD						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DR. SANTIAGO RAMIREZ VILLANUEVA (chago_rmz@yahoo.com.mx) cel.8115 88 77 74 Y						
Colaboradores:	Gloria Navarrete Floriano (gloria.navarretef@imss.gob.mx) cel.80592296						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

