



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

CONTRATO CONDUCTUAL EN UN PROGRAMA PARA EL CONTROL DE PESO
EN LA EMPRESA "DE LA RIVA"

TESIS:

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

KARLA THERESA SERRANO MORALES

DIRECTOR:

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

REVISOR:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SINODALES:

Lic. Refugio de María González de la Vega y Ayala

Lic. Damariz García Carranza

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

México, Distrito Federal, Noviembre 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue posible gracias al convenio que tiene De la Riva con la Fes Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, específicamente con la Coordinación de la Maestría de la Residencia en Medicina Conductual con el Maestro Leonado Reynoso. Dentro de la empresa tuvimos el apoyo incondicional en difusión del equipo de BioLab, el cual está conformado por: Daniela Rivera, Yuma Pérez y Mónica Moctezuma que estuvieron presentes en todo el proceso, desde la propuesta y la facilitación del permiso hasta el término del programa (mil gracias ya que ustedes fueron parte fundamental de todo); de la misma forma, Gabriela de la Riva que estuvo gustosa de apoyar tanto al proyecto como a sus trabajadores; otra mención importante, con la que estoy sumamente agradecida es la de la Nutrióloga del Hospital General Juárez de México, Marisol Moreno quien sin sus conocimientos y su orientación nutricional no hubiese sido posible; por supuesto también a todas aquellas personas que laboran en dIR que acudieron al programa y se apegaron a él; y alguien que no puede faltar, es el asesor del mismo proyecto, el Maestro Leonardo Reynoso por todo su apoyo, su guía y que admiro no solo académicamente sino como persona.

A toda mi familia, mis padres: Teresa Morales y Juan Carlos Serrano, a mis hermanos: Ingrid, Edna y Juan quienes han aportado más de lo que pueden llegar a creer (gracias por soportarme); a esa persona tan importante en mi vida Leonardo mi pareja (quien sin su motivación y apoyo no hubiese sido posible tranquilizar mi pánico escénico y me ha hecho crecer de muchas maneras, ¡gracias amor!) y a su familia que ha estado al pendiente en este proceso; a mis amigos y compañeros: Tania (hermanita de la vida), Saray (siempre estas allí de alguna u otra forma), Lucia (gracias por el apoyo), Rudy y Héctor (gracias por presionarme), Yus (como si no pasara el tiempo), Ely (gracias por la confianza), Leo, Rodo y Doña Jose (quienes me apapacharon y me hicieron sentir en casa), a Liz, Alma, Ivonne, Susana, Edith, Adelaida y Tania por mencionar algunas del grupo de reclutadoras que me mostraron su aprecio y cariño y a mi compañera Abril (por compartir tus experiencias), en fin, a todas aquellas personas que en este proceso han ido y venido de mi vida pues creo firmemente que toda persona deja un conocimiento, una experiencia.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| CAPITULO I. OBESIDAD Y SOBREPESO | |
| Definición..... | 7 |
| Tipos de obesidad..... | 8 |
| ¿Y cómo saber si se tiene sobrepeso u obesidad? | 9 |
| Consecuencias que conllevan la obesidad y el sobrepeso..... | 13 |
| Estadísticas de sobrepeso y obesidad en México..... | 15 |
| | |
| CAPITULO II. CONTRATO CONDUCTUAL | |
| Estilo de vida..... | 21 |
| Desde la infancia..... | 23 |
| Contexto..... | 24 |
| Modificación del comportamiento..... | 26 |
| Contrato Conductual..... | 30 |
| Tratamiento Médico vs Psicológico..... | 32 |
| | |
| METODOLOGÍA | |
| Justificación..... | 33 |
| Planteamiento del problema..... | 34 |
| Objetivo..... | 34 |
| Pregunta de investigación..... | 35 |
| Hipótesis..... | 35 |
| Variables..... | 35 |
| Definición Conceptual y Operacional..... | 36 |
| Instrumentos..... | 38 |
| Diseño..... | 39 |
| Muestra..... | 40 |
| Procedimiento..... | 40 |
| Sesiones..... | 43 |
| | |
| RESULTADOS | |
| Resultados grupales de la muestra..... | 61 |
| Datos generales de la muestra..... | 62 |
| Hábitos de alimentación..... | 63 |
| Actividad física..... | 67 |
| Percepción de la imagen..... | 68 |
| Medios de transporte..... | 70 |
| Hábitos de prevención medica..... | 71 |
| Correlaciones..... | 73 |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Resultados por persona..... | 76 |
| DISCUSIÓN..... | 87 |
| REFERENCIAS..... | 91 |
| ANEXOS..... | 96 |

INTRODUCCIÒN

El siguiente trabajo es el resultado del involucramiento de diferentes disciplinas, Nutrición y Psicología, para lograr la implementación de un programa de modificación de conducta por medio del Contrato Conductual para el manejo de sobrepeso y obesidad con los empleados de una empresa privada.

Otro de los fines que acompaña el estudio, es que las disciplinas no son excluyentes sin importar lo diferentes y alejadas que parezcan - teniendo una estructura y perspectiva con base científica (sin llegar a ser cuadrada) - se pueden lograr fines favorables para la salud de forma integral y con un mayor respaldo y seguridad para los que deciden comenzar un cambio en alguna conducta fuera de los escenarios tradicionales como hospitales y clínicas.

Hoy en día teniendo infinidad de enfermedades, algunas de estas como lo son el cáncer, obesidad, sobrepeso, diabetes y problemas del corazón la mayor parte de las veces, son provocadas por malos hábitos o mejor dicho, hábitos que resultan dañinos, que no permiten llevar una adecuada calidad de vida, los cuales no son dados por un solo factor, además de que en nuestra sociedad no hay el tiempo suficiente como para dedicarse a resolver problemas, sobre todo de salud, desde otras perspectivas más profundas (que también son efectivas), por lo tanto se requiere de nuevos métodos que “ataquen” desde diferentes ángulos a la mayor cantidad de factores que produzcan dichos “malos” hábitos,

siendo necesaria la intervención de diferentes disciplinas que no comúnmente estén estrechamente relacionadas.

Esta perspectiva multidisciplinaria fue lo que se llevó a cabo en una empresa que se encarga de realizar estudios de mercado llamada “De La Riva”, implementando como base una técnica psicológica-conductual para el manejo de sobrepeso y obesidad, ésta es el Contrato Conductual, permitiéndoles a los trabajadores desarrollar conocimientos y cambios de pensamiento reflejados en sus conductas alimentarias, la reducción de su peso, Índice de Masa Corporal (IMC) y Circunferencia de Cintura (CC), gracias a la implementación de hábitos adecuados, “otorgándoles” el poder de su autocontrol. Cabe destacar que los horarios de los trabajadores de dicha empresa son de tiempo completo y en cualquier momento debido a la carga de trabajo resultan ser hasta de 24 por 7.

El siguiente trabajo está dividido en dos capítulos; en el primero se habla sobre el sobrepeso y a la obesidad, definiendo y presentando las enfermedades que conlleva cada uno, así como estadísticamente como se presenta este problema de salud en la actualidad; en el segundo se toca el tema de los estilos de vida, el contexto y como tal el Contrato Conductual. Posteriormente se aborda la parte metodológica del programa, los resultados del mismo y la discusión.

CAPITULO I. SOBREPESO Y OBESIDAD

I.I DEFINICIÓN

En la actualidad existe una enfermedad (E66, clasificada por el CIE-10, 2010) no transmisible que a lo largo de mucho tiempo ha ido cobrando fuerza, ésta no solo representa un problema de salud a nivel mundial, sino también un problema económico, debido la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce en la población, esta es la obesidad y el sobrepeso (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Para entender un poco más este problema, es fundamental saber de qué se está hablando, para ello es necesario saber ¿qué es obesidad y cuál es la diferencia con sobrepeso? Antes de esto, existe el obstáculo de que hay diversas definiciones de distintas fuentes, de las cuales no siempre se llega a un común sobre todo cuando se habla de la diferenciación entre obesidad y sobrepeso, por lo que se mencionarán algunas de ellas:

- La obesidad es una enfermedad cuya génesis principal es el desbalance entre la energía que ingresa y lo que se gasta generando un sobrante de energía que se deposita en forma de grasa en los tejidos del organismo (Morales, 2010).
- La Norma Oficial Mexicana define a la obesidad como una enfermedad por el exceso de tejido adiposo en el organismo (Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA11998, 2003).

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.
- La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial prevenible. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético; en su origen, se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el sexo, talla, edad y actividad física desarrollada (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

Por lo tanto, la obesidad es una enfermedad crónica que tiene un origen multifactorial, por consecuencia de un desbalance en la adiposidad del cuerpo y que es mantenido por un tiempo prolongado, siendo un problema de salud pública, que no discrimina edad, sexo o condición social, perjudicando desde la infancia hasta la adultez.

Usualmente se ocupan los términos de sobrepeso y obesidad indiscriminadamente, debido a que en algunos casos uno conlleva al otro, sin embargo no significan lo mismo.

El sobrepeso se refiere a un exceso de peso corporal comparado con la talla, es decir, es el estado cuando se excede el peso adecuado dependiendo de la edad y la estatura de la persona; mientras que la obesidad se refiere a un exceso de grasa corporal, además de que el peso resulta ser mayor al 20% con relación a la talla (Barcarcel y Castañeda, s.f.).

I.II TIPOS DE OBESIDAD

La obesidad se puede clasificar bajo diversos criterios, ya sea de acuerdo a morfología del tejido, distribución de la grasa, causa o movilidad de la enfermedad.

De acuerdo a la causa:

- **Exógena.** A consecuencia de malos hábitos alimentarios y de falta de actividad física

- **Endógena.** Se atribuye al padecimiento de otras enfermedades.

De acuerdo a la movilidad:

- **Dinámica.** Es aquella donde al sometimiento de dietas estrictas, la proporción de grasa disminuye.
- **Estática.** Por más dietas estrictas que realice la persona no hay disminución en la proporción de grasa en cuerpo.

De acuerdo a morfología de tejido adiposo:

- **Hiperplásica.** Principalmente en niños, se produce un incremento en tamaño y número de células adiposas.
- **Hipertrófica.** Principalmente en adultos, se produce cuando hay un incremento en el volumen de los adipocitos (Tiposde.org, 2013)

De acuerdo a la distribución de grasa. Se reconocen cuatro tipos de obesidad de acuerdo a los rasgos observables de un individuo:

- **Obesidad tipo I.** Homogénea, es el exceso de masa corporal o porcentaje de grasa, independientemente del sitio de acumulación.
- **Obesidad tipo II.** Androide, es el exceso de grasa subcutánea en el tronco y en el abdomen.
- **Obesidad tipo III.** Es el exceso de grasa abdominal visceral.
- **Obesidad tipo IV.** Ginecoide, es el exceso en la región glútea y femoral (Iñarritu, s.f.)

I.III ¿Y CÓMO SABER SI SE TIENE SOBREPESO U OBESIDAD?

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2); donde, un IMC igual o superior a $25 \text{ Kg}/\text{m}^2$ determina sobrepeso, mientras que un

IMC igual o superior a 30 Kg/m² determina obesidad. Este proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades (OMS, 2012).

$$[\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}]$$

En adultos, el IMC se interpreta de la siguiente manera:

Tabla 1. Índice de Masa Corporal y su clasificación

| índice de Masa Corporal | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| IMC | Clasificación |
| Por debajo de 17.5 | Desorden alimenticio como anorexia |
| Inferior a 18.5 | Bajo peso |
| de 18.5 a 25 | Peso óptimo |
| Superior a 25 | Sobrepeso |
| Superior a 30 | Obesidad |

En personas de 2 a 20 años, el IMC se compara contra tablas de referencia

**Reynoso, L. y Cortés, A. Diabetes tipo 2 en niños. Alternativas de prevención. (Fes Iztacala, UNAM, 2011, 7).*



Figura 1. Muestra de Índice de Masa Corporal con relación a la talla y el peso. (U. S. Department of Health and Human Service of EE.UU. & National Heart, Lung and Blood Institute, 2008, 3)

Sin embargo, no solamente el IMC cuenta como medición de esta variable, además de que no da cuenta de la variación en la distribución de la grasa corporal, ya que ésta puede no corresponder a un mismo nivel de adiposidad y por tanto aquellos riesgos asociados a la salud debido a esta.

Existen indicadores llamados antropométricos, algunos de ellos son los cutáneos, que miden la reserva de grasa subcutánea, la medición del pliegue tricípital es de las más usado para ayudar a valorar la composición corporal, esto es debido a que la grasa subcutánea constituye el 50% del tejido adiposo total, este es realizado midiendo el grosor de pliegue de la piel del lado posterior del brazo a nivel del Triceps con ayuda de un plicómetro, por lo que se determina la obesidad; los valores normales para hombres es de 11 mm y para las mujeres de 21 mm, por lo que al rebasar estos valores es indicador de una acumulación mayor de grasa en el organismo (Secretaría de Salud, 2002).

Otro método que ayuda a complementar para determinar la obesidad y/o el sobrepeso es medir la Circunferencia de Cintura (CC), que corresponde a un método simple

y muy práctico que sirve para identificar también a individuos con sobrepeso y con un riesgo elevado a sufrir de alguna enfermedad asociada a la obesidad.

Tabla 2. Circunferencia de Cintura de acuerdo a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres

| Sexo | Sobrepeso | Obesidad |
|-------------|------------------|-----------------|
| Hombres | ≥ 94 cm | ≥ 102 |
| Mujeres | ≥ 80 cm | ≥ 88 |

**Programa CARMEN-Chile, proyecto de salud cardiovascular. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, 5).*

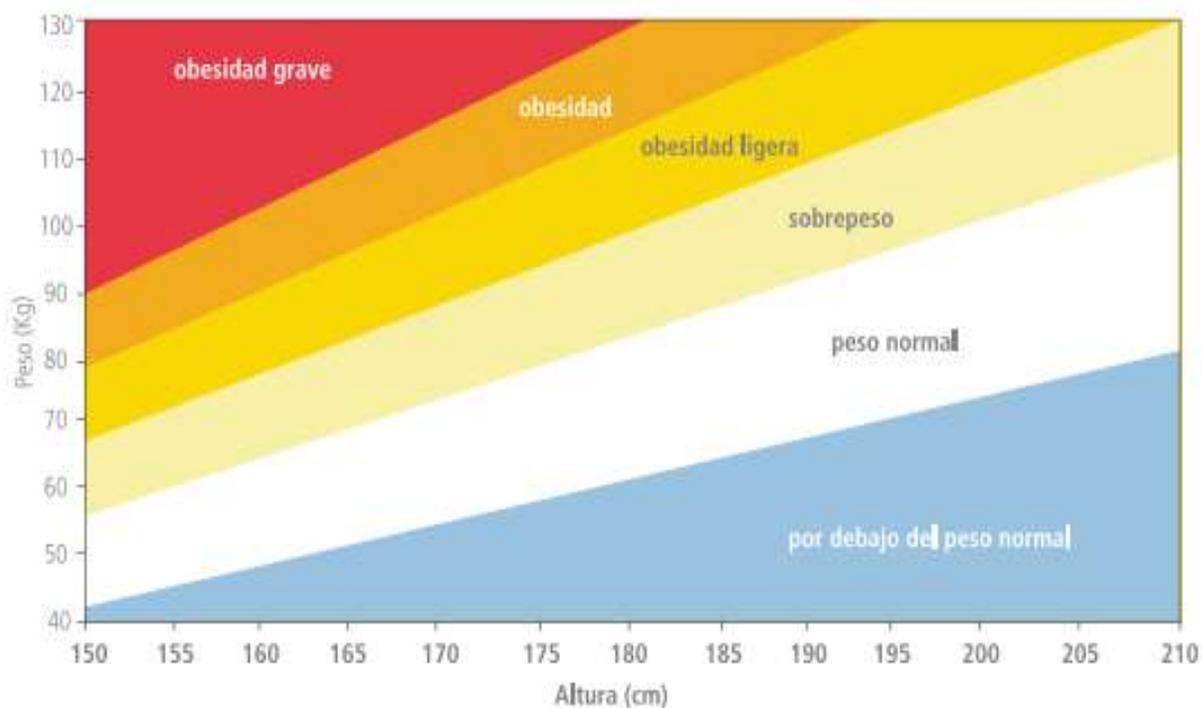


Figura 2. Diferentes grados de peso corporal de adultos con respecto a su altura, peso e IMC. (OMS. Obesity: preventing and managing the global epidemic, 2000, 15).

Otro nuevo método DIY (Do it yourself) para determinar la obesidad y el sobrepeso y que de igual forma sirve como predictor de enfermedades relacionadas con estos padecimientos, este es el Índice Cintura-Talla (ICT), el cual resulta ser una técnica que no tiene variaciones significativas durante el crecimiento del individuo, por lo que no requiere de parámetros; está relacionado con marcadores cardiometabólicos en la infancia y en la adolescencia; refleja los depósitos de grasa abdominal relacionando el porcentaje de grasa y la adiposidad total de la persona. Todo lo que se necesita para sacar el ITC es medir altura y circunferencia de cintura (CC), y se saca dividiendo el perímetro de la cintura entre la altura, donde la CC debe ser inferior a la mitad de la estatura (Marrodán, et al., 2011).

Este método que según un estudio realizado en el Women's Health Institute a 300,000 pacientes por la investigadora Margaret Ashwell, resulta ser más confiable que el IMC, ya que el IMC no toma en cuenta la masa corporal magra en comparación con la grasa corporal, por lo que en una persona que es muy musculosa puede terminar clasificado con sobrepeso u obesidad. Por tanto con el ITC se evita ese problema mediante la inclusión de la cintura, donde prevalece la grasa abdominal, siendo ésta al parecer la más dañina en lo que respecta al riesgo de enfermedad (Cooper, 2013).

Este método es un factor determinante para el pronóstico, sobretodo, del Síndrome Metabólico (SMET) en adultos, de las dislipidemias (alteración de la concentración de los lípidos en sangre), la resistencia a la insulina y otras anomalías metabólicas en niños, por mencionar alguno (Marrodán, et al., 2013).

I.IV CONSECUENCIAS QUE CONLLEVA LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, donde cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia. La OMS declara que la obesidad disminuye la expectativa de vida aumentando el riesgo a padecer enfermedades crónico-degenerativas, por ejemplo, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el

41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (OMS, 2012).

Algunos de los problemas más graves relacionados con la obesidad y el sobrepeso, son el síndrome metabólico y la diabetes, debido a la ausencia de signos y síntomas en etapas tempranas, el costo del tratamiento y lo agresivo que en si son dichos padecimientos, los cuales están también considerados como principales problemas de salud pública en el país. Estos, junto con la hipercolesterolemia y la hipertensión, tienen una relación muy estrecha con la obesidad (Lara, Rosas, Pastelín, Aguilar, Attie y Velázquez, 2004).

Otros tantos riesgos donde la obesidad es factor para la prevalencia de muchas de las enfermedades que figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo, aparecen: las enfermedades cardiovasculares, cáncer, los problemas articulares, enfermedades respiratorias y digestivas, hepáticas y pancreáticas, insuficiencia venosa crónica, trombosis, enfermedades renales, gota (enfermedad metabólica debido a la acumulación de ácido úrico en el cuerpo), problemas óseos, respuesta inmune, además de trastornos del sueño e infertilidad (Seclèn, et, al., 1999).

A todo esto se le suman las consecuencias psicológicas como son las depresión, ansiedad, trastornos emocionales y conductuales, miedo, inseguridad propia, baja autoestima, desordenes alimenticios debido a distorsión de la imagen corporal y algunos otros problemas sexuales como son frigidez e impotencia (Sánchez, Guzmán, y González, 2005).

Esto provoca que año tras año se gasten cantidades estratosféricas de dinero en la intervención de las enfermedades crónico degenerativas que acompañan a la obesidad y al sobrepeso por lo que la implementación de nuevas técnicas para la prevención de ésta es fundamental. Estos padecimientos son una enfermedad multifactorial, donde intervienen elementos conductuales, culturales, sociales, fisiológicos y de actitud, por lo que es imposible ver a esta enfermedad como una sola variable, debido a esto han surgido diferentes técnicas de salud y educativas que buscan combatirla.

La obesidad es un factor que puede ser modificable, importante para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles que actualmente representan las principales causas de mortalidad en México ya mencionadas.

En México, la salud pública lleva a cabo modelos de prevención e intervención trabajando directamente con personas que sufren el padecimiento (Programa Emergente 2011-2012, Prevención y control del sobrepeso y obesidad, 2011), por lo cual es preciso llevar a cabo investigaciones en modelos que puedan prevenir y no esperar hasta que se presente el problema.

Para esto es necesario identificar con precisión los factores ambientales que contribuyen al problema con gran énfasis en la comprensión de los factores básicos y subyacentes, actuales, acceso a alimentos saludables, entornos que fomenten la actividad física, y conocimiento a la población para el autocuidado y los mecanismos involucrados en estos procesos (Salud, 2010).

I.V ESTADÍSTICAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MÉXICO

Durante los últimos 20 años en los países en desarrollo, entre los que se encuentra México, las cifras de obesidad se han triplicado en la medida que se ha modificado el estilo de vida, con el aumento en el consumo de comida económica de alto contenido calórico, a esto se le suma el sedentarismo en la población, siendo influenciado en gran parte por el desarrollo de la tecnología, debido a que se cambian actividades físicas y mentales por las comodidades que hoy en día son ofrecidas y que se encuentran al alcance de todos.

En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones. (OMS, 2012)

México actualmente ocupa el primer lugar en obesidad infantil y en adultos. En niños menores de 5 años se ha registrado un aumento entre 1998 y 2012, pasando de un 7.8% a un 9.7%, mientras tanto existen alrededor de 5 664 870 de niños en edad escolar (5 a 11 años) con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional (Gutiérrez, et al., en ENSANUT 2012). En 2011 el Programa emergente 2011-2012 de prevención y control de sobrepeso, reportó que en adultos de entre 30 y 60 años cerca de un 70% padecen de obesidad o sobrepeso.

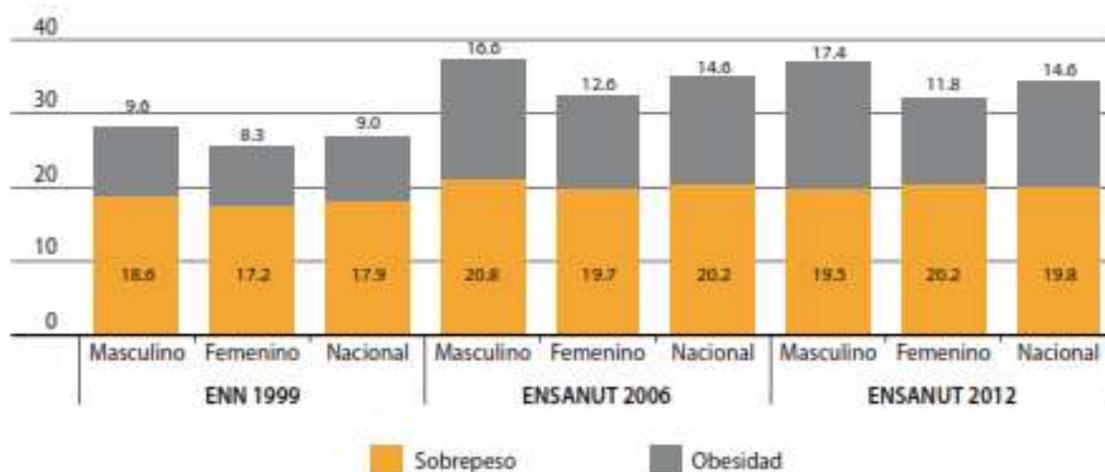


Figura 3. Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, desde la ENN 1999, la ENSANUT 2006 y la ENSANUT 2012, dividido por sexo. (Gutiérrez, et al., ENSANUT 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012, 150).

Mientras tanto en la población de adolescentes de acuerdo a los datos arrojados de la ENSANUT 2012, un 35% de estos padecen de obesidad o sobrepeso, lo cual representa alrededor de 6 325 131 de adolescentes de entre 12 y 19 años que presentan obesidad o sobrepeso. De 2006 a la fecha se registró un aumento de 5% en tanto hombres como mujeres con obesidad o sobrepeso, sin embargo las mujeres son las que han arrasado en el aumento de esta enfermedad con un 7% a comparación de los hombres con un 3%.

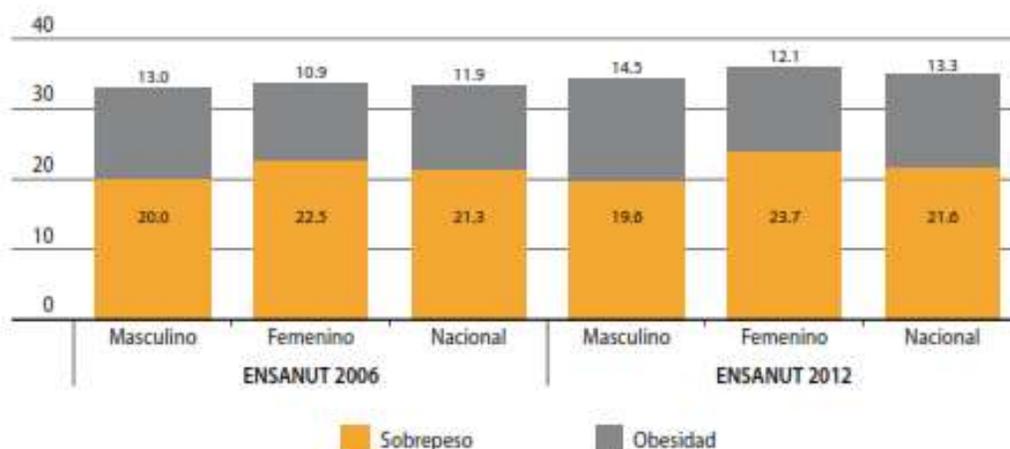


Figura 4. Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en adolescentes de entre 12 y 19 años, registrados en la ENSANUT 2006 y la ENSANUT 2012, (Gutiérrez, et al. ENSANUT, 2012, 168).

La obesidad y sobrepeso en adultos denota una diferencia por género, debido a que la prevalencia resulta ser mayor en mujeres con un 73% mientras que en los hombres es de 69.4%. Esto junto con la falta de atención y afiliación a un servicio de salud hace más grave el problema, debido a que no existe una cultura de prevención de la población en general, lo que conlleva al padecimiento de otras enfermedades crónico-degenerativas y a la falta de tratamiento ante ellas, la ENSANUT 2012 reporta que un 30.3% de las personas que padecen de obesidad y un 37.3% con sobrepeso no cuenta con ninguna protección en servicios de salud.

Este problema de salud, bien llamado así, ya no solo se presenta en los medios urbanos, sino ya es un estado generalizado, la siguiente grafica muestra la distribución en el país, donde principalmente la obesidad ya no presenta prácticamente diferencias en su prevalencia, yendo de sur a norte y de un medio rural a un medio urbano.

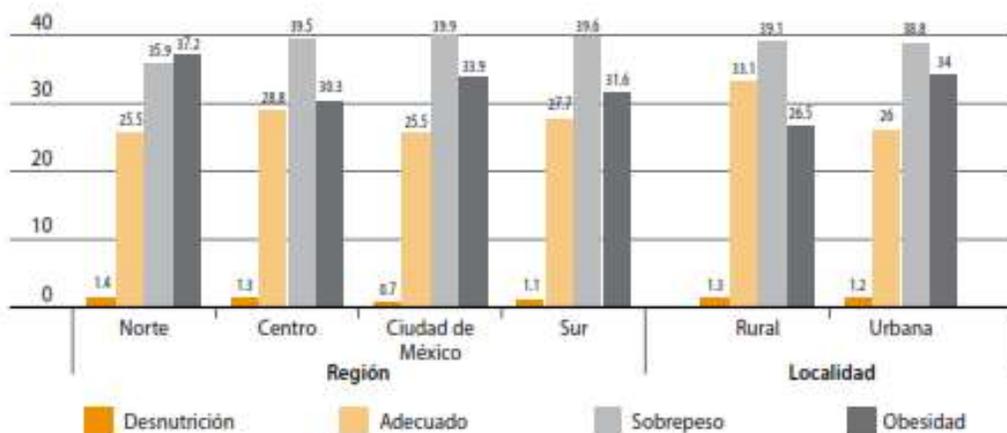


Figura 5. Comparación de acuerdo al IMC en hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo a la región del país y tipo de localidad. (Gutierrez, et. al., ENSANUT, 2012, 184).

Si bien en el periodo de 2006 a 2012 no se reportó gran diferencia en el aumento de estos padecimientos, en comparación con los resultados de la ENSANUT de 2000 y los de 2006 (sobre peso en aumento de 2.9% y la obesidad 24.7% entre dichas encuestas), es claro que continúa en incremento, en el período de 2006 y 2012 la obesidad creció un 10.7%, mientras que el sobrepeso un 0.2%. Lo cual representa que el problema que conlleva a la mayor prevalencia de otras enfermedades sigue siendo muy significativo, los comúnmente y de cariño llamados “gorditos” se están volviendo obesos.

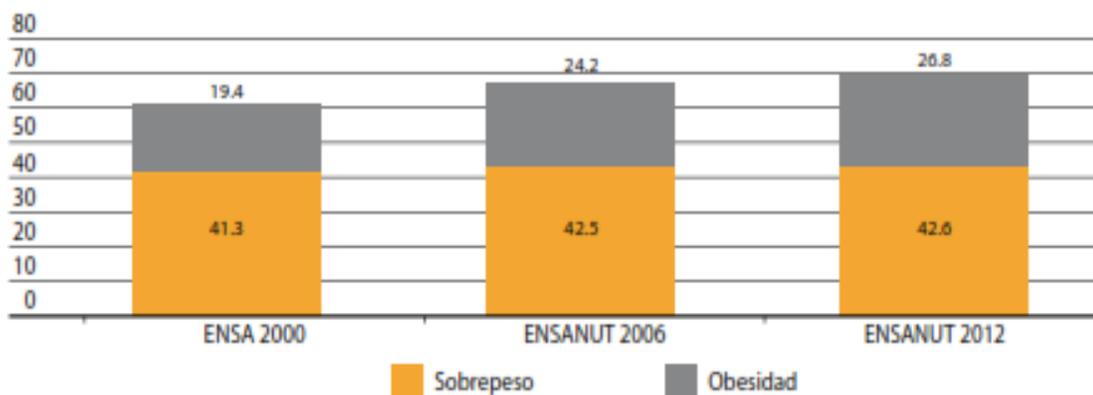


Figura 6. Comparación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mayores a 20 años que participaron en la ENSA 2000, en la ENSANUT 2006 y la 2012, (Gutiérrez, et al., ENSANUT, 2012, 185).

México se encuentra en un proceso de transición donde el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad se encuentra registrada como una de las más rápidas mundialmente hablando (Gutiérrez, et. al., en ENSANUT, 2012).

El hecho de tener sobrepeso u obesidad conlleva a un mayor riesgo de mortalidad, así como al desarrollo de múltiples padecimientos, especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensión e hipercolesterolemia, que hoy por hoy son las principales causas de muerte en nuestro país. Ya no se trata simple y sencillamente de un problema que solamente competa al individuo y al médico, sino también, representa un reto para aquellos que se encargan de las políticas, principalmente a los responsables de la economía (García-Rodríguez, García-Fariñas, Rodríguez-León y Gálvez-González, 2010), su futuro y bienestar del país.

Por ejemplo, en el período de 2000 a 2008 el costo directo de la atención médica representante de las enfermedades mórbidas atribuibles directamente a obesidad y sobrepeso (enfermedades como la hipertensión, algunos tipos de cánceres, la diabetes mellitus tipo 2, las cardiovasculares y las cerebro-vasculares) se incrementó en un 61% esto es, que pasó de 26,283 millones de pesos a aproximadamente (y por lo menos) 42,246 millones de pesos, esto del gasto público federal representó un 33.2% en servicios de salud

a la persona, sin embargo, también existe un gasto indirecto, es decir, todos aquellos casos de muertes prematuras a causa de dicha afección, la obesidad y el sobrepeso, que en este mismo período fue de 9,146 millones de pesos en el año 2000 a 25,099 millones en 2008. Algunas estimaciones calculan que para 2017 el gasto alcanzará los 77,919 millones de pesos (Acuerdo Nacional para la Salud. Estrategia para el sobrepeso y la obesidad, 2010).

CAPITULO II. CONTRATO CONDUCTUAL

El estilo de vida se desarrolla a través de la historia del sujeto; inicialmente es modelado por los padres, y posteriormente se aprenden en la escuela algunos elementos relacionados con la conducta saludable. Los grupos de amigos pueden favorecer el desarrollo de comportamientos no saludables, como el uso del tabaco o alcohol; también se pueden imitar modelos promovidos por los medios masivos de comunicación, pero el sujeto puede decidir y determinar su estilo de vida y practicarlo voluntariamente. Entre los elementos que constituyen el estilo de vida se han considerado las conductas y preferencias relacionadas con los siguientes aspectos: el tipo de alimentación y la actividad física, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, la autorresponsabilidad, las actividades de recreación, las relaciones interpersonales, las prácticas sexuales, las actividades laborales y los patrones de consumo, entre otros (García et al., 2009).

El estilo de vida se encuentra compuesto por múltiples dimensiones, razón por la cual su medición no es una tarea sencilla, y son comunes las dificultades cuando se le trata de medir directa y objetivamente (López, Ariza, Rodríguez y Murguía, 2003). Por lo antes mencionado, antes de abordar al Contrato Conductual es importante señalar este tópico.

II.I. ESTILOS DE VIDA

Hoy en día en la mayoría de los países existe la idea de que gran parte de las enfermedades son producto de los estilos de vida de su población y enfocan casi todos sus recursos a la intervención médica, una vez presentada la enfermedad y no a la implementación de programas que promuevan el desarrollo de hábitos saludables no solo en instituciones de salud, sino en escuelas, trabajos y en la comunidad en general. Esto es importante debido a que el estilo de vida compete no solo a aspectos médicos de salud, sino en otras

dimensiones de la vida, el ámbito social, cultural y económico, teniendo impacto en la calidad de vida del propio individuo, en el de las demás personas y en su entorno.

Uno de los mayores contribuyentes para el concepto de los estilos de vida es Max Weber, quien retoma la conceptualización de Karl Max y Veblen quienes consideraban a los estilos de vida determinados por la economía y un aspecto motivacional respectivamente, por lo que retoma estos aspectos como indicadores de diferenciación en el estatus de un grupo social determinado, entonces Weber propuso que *“cada grupo tenía un estilo de vida en dependencia del estatus al que pertenecía”* (Vargas, s.f.), es decir, el estilo de vida no solo depende del individuo como tal sino del contexto donde este inmerso.

Cabe mencionar que Weber señala que el comportamiento está asociado a conductas racionales, la formal y la sustantiva, donde la primera refiere a un comportamiento calculado lógicamente, eficiente y objetivo y promueve la libertad de decisión, siendo este el que promueve en el individuo el asumir el control sobre conductas dirigidas o no a la salud; el segundo va relacionado con las costumbres y tradiciones de su contexto y que no promueve esta libertad de decisión (Cockerham, Abel & Lüschen, 1993 en Vargas, s.f.), es decir, se enfoca a lo que el contexto diga.

Años después en los ochenta, la OMS retoma estos aspectos y comienzan a generarse infinidad de trabajos para vincular de una manera más exacta a los estilos de vida con la salud. Una propuesta fue el Modelo Explicativo de los Determinantes de la Salud de Lalonde en donde el estilo de vida *“representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control”* (Lalonde, 1983, en Vargas, s.f.).

En 1982 la OMS observa que una de las áreas de interés de importancia para iniciativas políticas de salud y educación es la promoción de estilos de vida dirigidos al beneficio de la salud y señalando que las condiciones sociales y económicas ejercen una influencia importante en la creación de estilos de vida y el cómo se dirige a la salud (WHO, 1982 en Vargas, s.f.). Esto impulsó al Programa Regional de Educación para la Salud y Estilos de Vida, que consideró el incorporar aspectos sociales para la explicación de la salud, a través de elementos sociológicos y psicológicos sobre estilos de vida, donde se señaló que el punto de partida para el abordaje a la modificación de la salud requiere:

“reconocer que el comportamiento humano asume estructuras complejas, el cual se desarrolla y manifiesta en condiciones sociales, económicas, ecológicas y culturales específicas, y en el proceso de socialización de los individuos emergen las experiencias de su historia de vida que inciden en su comportamiento y desde luego en su situación de salud” (Vargas, s.f.)

Es decir, a lo largo del tiempo se ha identificado que los estilos de vida engloban aspectos individuales como la personalidad, aspectos económicos (cuanto es el presupuesto de inversión para la promoción de hábitos saludables), aspectos sociales (familia, amigos y hacia donde van dirigidos los intereses de los mismos), aspectos políticos (leyes, normas que se encarguen de promover, diagnosticar, intervenir y evaluar los aspectos hacia la salud), de cultura, estatus y encajar en un contexto social, cuando un individuo difiere de las costumbres de su sociedad es juzgado, mal visto y se trata de cuadrar a lo que el contexto indica.

II.II. DESDE LA INFANCIA

Desde pequeños se van generando tendencias de comportamientos de acuerdo al contexto donde se esté inmerso, por lo que es necesario tener una educación inicial sobre la vida, el mundo, las cosas, la personas, en fin todo lo que se encuentran alrededor y el cómo enfrentarlo, tratando de que sea lo más integral posible y esto se logra coordinando las diferentes redes sociales, iniciando en la familia. En tanto los hábitos alimentarios, higiene y estilos de vida saludables son asimilados e integrados desde los primeros años de vida y se van consolidando hasta la edad adulta, por lo que es importante que los padres, hermanos, adultos significativos y responsables de la atención y el cuidado de los niños tengan una orientación adecuada nutricional y de hábitos saludables.

El Ministerio de Salud y Desarrollo, así también para el Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela, señalan en su Curriculum de Educación Inicial dirigido a docentes que atiendan a niños que un hábito es *“Un mecanismo estable que crea destrezas o habilidades, es flexible y puede ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria”* ((Curriculum de Educación Inicial. Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludable, s.f.)),

por tanto, el proceso de formación de los mismos se basa en la construcción de rutinas, definiendo cuáles serán los hábitos de objeto de aprendizaje, la implementación de los mismos de manera constante y recalcando la importancia del por qué de los mismos.

Los hábitos conforman las costumbres, formas de comportamiento y actitudes que asumen las personas ante la vida diaria, formando y consolidando pautas en conductas que se mantienen en el tiempo, ya sea de manera favorable o desfavorable en la salud; lo que los padres y adultos comen a diario conformará parte de las preferencias y hábitos que el niño aprenderá gradualmente por imitación (Curriculum de Educación Inicial. Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludable, s.f.).

II.III. CONTEXTO

Vemos que el problema de obesidad y sobrepeso no solamente afecta a una área delimitada de la vida de un individuo y de hecho no solamente es éste el que se ve afectado, sino todo su entorno, por lo tanto tampoco se puede decir que las causas que conlleva a dicho problema son solo por un factor y por lo mismo no se puede pensar que un tratamiento deba de enfocarse solo a una condición, por ejemplo a la médica.

Hay que pensar en lo que influye que una persona llegue a desarrollar hábitos no adecuados, veamos un poco el contexto, desde los 90's con la apertura del mercado, inició una inmensa variabilidad en productos que comenzaron a invadir las tiendas y por tanto los medios, los cuales a veces son el principal tutor que se tiene en la alimentación. Así también las mujeres comienzan por necesidad y por igualdad a salir a trabajar, es decir, la madre por lo regular era la encargada de controlar y supervisar todo lo relacionado a la administración de los alimentos en el hogar, por lo tanto, al salir ésta y al no haber alguien que complementara esta función en casa, se redujo a nivel general el tiempo dedicado a la comida, comenzando a verse, sobre todo, a partir de los 2000 los productos instantáneos, prácticos y todos los establecimientos de comida rápida (Calixto, López, Jimenez y Serrano, 2013).

Un estudio realizado en 2009 por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), revela que en México se dedican 66 minutos (1 hora con 6 minutos), a comer y beber al día, siendo el más bajo de la OCDE y comparado con, por ejemplo, Francia donde utilizan 2 horas con 15 minutos a comer y beber al día.



Gráfica 1. Minutos dedicados al día de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (OCDE, 2009.

<http://www.oecd.org/centrodemexico/66minutosaldiaquededicanlosmexicanosacomerybeberelmasbajodelaocde.htm>)

Esto junto con el auge de un nuevo medio como “tutor”, el internet, y todo el bombardeo publicitario, en el cual las marcas comienzan a dirigir a los consumidores sobre los ingredientes a ingerir de acuerdo al momento y a “educar” el para qué sirve cada uno, conlleva a que las personas tengan información no adecuadamente enfocada a su estilo de vida yéndose a los extremos.

Entonces tomando en cuenta que la familia es el ámbito primario de agrupación y organización, donde se nace y se desarrolla, compartiendo recursos y satisfaciendo en su mayoría las necesidades esenciales - las cuales también cambia respecto al momento

histórico (INEGI, 2007), vemos que es un factor muy importante en la influencia que tiene en los hábitos alimentarios de cada individuo y en la percepción que se tenga del peso, todo esto será lo que se contraste con la imagen estereotipada que existe en “el mundo externo a la familia”, es decir, si una familia es “gordita por herencia” es muy probable que el individuo inmerso en ella siga con este patrón, sin embargo, cuando se genere el deseo de realizar un cambio en esto, será cuando el medio social comience a crear presión sobre la idea de cómo una mujer u hombre “debe ser” y plantear que “lo que es” debe ser modificado para lograr ajustarse.

Es en este momento cuando las personas intentan probar procedimientos, productos y tratamientos que le ayuden a modificar su cuerpo, creyendo que el modificar únicamente el aspecto físico será suficiente para tener “éxito” en bajar de peso y dejan de lado el aspecto psicológico.

II.IV MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Hay una amplia variedad de técnicas de modificación de conducta, las cuales a su vez se han aplicado a diversas poblaciones y en distintos escenarios, comprendiendo muchas teorías que tratan de explicar el cómo surge y se mantiene algún problema, y la explicación varía de acuerdo al enfoque que se le de, así como el peso que se otorgue a la influencia de procesos internos del individuo como son las creencias, percepciones y pensamientos y también a los procesos externos que resultan de eventos ambientales, aquellos como las consecuencias que puede tener una conducta.

Por ello, la modificación de una conducta debe de ser centrada con un fin dirigido a la misma conducta, es decir, no enfocarse en cosas externas a ella que probablemente no haya manera de controlar, ya que al establecer metas y tareas específicas se retoma e influye en pensamientos (cognición) y sentimientos (afecto), por lo tanto, el proporcionar nuevas experiencias de aprendizaje, dando únicamente bases de conocimientos de forma ligera puede ayudar a modificar conductas no adecuadas en la vida cotidiana.

De allí la importancia de tener en cuenta un procedimiento de evaluación y valoración de las conductas a modificar, comenzando por una observación directa de la persona desenvolviéndose en entornos cotidianos para ella, como son el trabajo, la escuela o el hogar y teniendo el apoyo de terceros, posterior a esto se detectará la conducta desadaptada y la frecuencia con la que se presenta, con base en esto se establecen metas específicas, así como los procedimientos para alcanzarlas, estableciendo una evaluación continua por periodos prolongados, por último es necesario llevar a cabo una valoración donde se evalúen los efectos del tratamiento y determinen los resultados deseados, esto puede ser por medio de cuestionarios y/o registros diarios para ver si el tratamiento está funcionando.

Muchos de los escenarios donde se plantean las técnicas conductuales son en medios que no pueden ser completamente controlados, como en la escuela, en el hogar, en hospitales, en comunidades y en lugares de trabajo, por lo que es necesario recurrir a personas que se hagan responsables del manejo y transmisión de información y procedimientos, tales como maestros, padres, hermanos, compañeros de trabajo o de escuela, amigos, parientes, supervisores y colegas que colaboren con la realización del programa de cambio conductual, éstos son llamados paraprofesionales, ya que trabajan a la par de los profesionales para lograr el cambio en la conducta. Ellos son de mucha utilidad, puesto que suelen estar en constante contacto con la persona a tratar, causando una importante influencia en la motivación de la realización de las tareas establecidas (Ocampo, Magallan, Villa y Cuevas, 2007).

Es importante tener en cuenta que para la modificación de una conducta es necesario algo que la comprometa, es decir, que exista un evento contingente a la ocurrencia de la conducta, que determine su presencia o ausencia de la misma, los principales son el reforzamiento, castigo y extinción, donde un contingente que incremente la frecuencia de una conducta se conoce como reforzador. En términos de reforzamiento se pueden distinguir dos tipos: los reforzadores positivos y los negativos. Los primeros se refieren a eventos que se presentan después de una respuesta e incrementan la frecuencia de la conducta y los segundos, el negativo son aquellos que, si se retiran después de la realización de la conducta, incrementan la misma (Kazdin, 2000).

El reforzador positivo, a través de recompensas, las cuales pueden ser precedentes (que no necesariamente siempre incrementan la posibilidad de ocurrencia de una conducta) o posteriores a una respuesta; éstas pueden ser de tipo monetario, premios, vacaciones y muchas veces con verbalizaciones. Por otro lado, el reforzamiento negativo se refiere al incremento de una conducta al retirar un estímulo, este estímulo es el que se encuentra presente en el ambiente.

En cuanto al castigo es la presentación de un estímulo aversivo o el retiro de uno positivo que funciona para el decremento en la frecuencia de respuesta de una conducta. Y por último la extinción es el no reforzamiento de una respuesta que por consecuencia tiene su disminución o eliminación de la misma, es decir, el ignorar una conducta (Skinner, 1953 en Kazdin, 2000).

Estímulos sociales, pueden fungir como un reforzador, aquellos como el elogio verbal, poner atención, contacto físico, gestos son reforzadores condicionados, donde la atención de padres, maestros, compañeros o amigos, ejerce un control considerable sobre la conducta (Kazdin, 2000).

Para que una persona haga cosas para sí misma requiere contar con información y así tomar decisiones; en el caso del control de peso se ofreció apoyo informativo por parte de la nutrióloga, todo ello para fomentar la toma de decisiones en salud, asumiendo que cada persona es capaz de controlar su propio comportamiento, es decir, que tiene autocontrol.

El autocontrol es un proceso en el cual el individuo es el principal agente en guiar, dirigir y regular el proceso de cambio de su propia conducta, para que este pueda llevarse a cabo el individuo debe conocer todos esos factores que influyen su conducta, así también como estos pueden ser modificados para producir el cambio conductual deseado y para que un programa de autocontrol sea exitoso se requiere de:

- Especificación de una conducta.
- Identificar las situaciones importantes a ésta, así como las consecuencias conductuales y sociales que tiene.
- Implementación de un plan de acción que intervenga en dichas situaciones (en las más posibles), los antecedentes y consecuencias de las mismas.

Para esto requerimos de tres elementos básicos, los cuales son:

- **Auto Observación.** Para que un individuo comience realizar un cambio en alguna conducta es necesario que conozca cómo se presenta ésta, es decir, la frecuencia de ocurrencia que tiene, con qué lugares, personas, situaciones está asociada, para esto se utiliza un procedimiento llamado auto registro, mediante el cual, el individuo puede observar y registrar sistemáticamente la conducta en cuestión; el auto registro es valioso también como herramienta terapéutica, ya que, al pedir a un individuo que registre una conducta (en un lapso recomendado de dos semanas aproximadamente), puede llegar a reducir la frecuencia de ocurrencia, esto debido a que se hace visible lo que comúnmente es invisible y sin importancia, algo que se realiza de manera automática y mecanizada, con el autoregistro se dirige la atención sobre la conducta y lo que la provoca, sin embargo, es importante aclarar que el efecto de reducción de la frecuencia de la conducta es momentáneo, por lo cual el autoregistro no debe utilizarse como estrategia de intervención, ya que, el efecto de reducción se pierde (se vuelve algo común y rutinario, perdiendo la “sorpresa” inicial), por lo tanto se debe utilizar solo como una estrategia de evaluación inicial.
- **Planeación medio ambiental.** Implica cambiar el medio ambiente con el fin de que las situaciones y/o consecuencias que determinan y preceden a una conducta puedan modificarse. El individuo puede ser entrenado para modificar su entorno físico y social (siempre y cuando esté en sus manos hacerlo), esto a través de estrategias como son el control de estímulos y el manejo de contingencias. Un ejemplo claro de esto es con personas con problemas de sobrepeso y obesidad, donde se trabaja principalmente en el cambio de hábitos alimenticios y no sólo en la reducción del peso, entrenando a los individuos a detectar y modificar estos mismos. Por lo tanto, al intervenir en las situaciones medio ambientales que están relacionadas a la conducta problema, el individuo puede modificar y mantener el cambio de la misma.
- **Programación conductual.** Esta tercera estrategia implica el cambio de ciertas conductas y la modificación de las consecuencias de éstas, utilizando el autorreforzamiento, autocastigo, autoinstrucción y la autodesensibilización. En la primera, el individuo se administra reforzadores contingentes a una conducta

deseada, los cuales deben ser actividades placenteras, reforzadores verbales o autoelogios. Por tanto, el compromiso que se crea consigo mismo es más que firmar un contrato que especifica varias clases de desempeño, así como castigos, iniciando el compromiso y haciendo efectivas las contingencias, éste sigue automáticamente (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005)

Una estrategia utilizada para la modificación de la conducta es el Contrato Conductual, que logra integrar de manera exitosa todas las partes antes mencionadas para la disminución o incremento en una conducta que resulte más adaptativa para un individuo, en este caso se ve relacionado con la modificación de hábitos alimentarios, proporcionando herramientas para que el individuo “tome las riendas” de su alimentación.

II.V CONTRATO CONDUCTUAL

Otra forma que permite que la persona tenga libertad para delimitarse y tener el “poder” de modificar sus hábitos alimentarios, creando sus propios límites y aprendiendo a controlarse mediante el asumir la responsabilidad de lo que come, cómo lo hace y qué requiere hacer para lograr un manejo de su peso, es el Contrato Conductual.

El Contrato Conductual es una estrategia utilizada para estructurar la conducta marcando cada uno de los elementos necesarios para el proceso de manera clara, explícita y de manera escrita, siendo un acuerdo para el cambio de comportamiento, el cual debe ser comprensible y aceptable para todos los involucrados (DeRisi & Butz, 1980).

Siendo también un medio para programar el intercambio de refuerzos, entre dos o más personas (un asesor, la persona interesada y un tercero que pueda proporcionar mayor información y monitorear a la persona en cuestión). El uso de estos contratos se basa en cuatro supuestos:

1. La recepción de refuerzos positivos en los intercambios interpersonales es un privilegio, no un derecho
2. En vigor los acuerdos interpersonales se rigen por la norma de la reciprocidad

3. El valor de un intercambio interpersonal es una función directa de la gama, la tasa y magnitud de los refuerzos mediados por el que se intercambia
4. Reglas para generar espacios de libertad en los intercambios interpersonales. (Stuart 1971; en Caballo, 2008), es decir, que la persona tenga la libertad de decidir en qué momentos, como y donde trabajara en sus metas y condiciones.

Esto es, que debe existir un equilibrio entre lo que se propone, el cómo se plantea hacerlo y lo que “ganaré o perderé al no cumplirlo”.

Es de suma importancia, lograr establecer una relación amena entre asesor y la persona interesada para poder lograr un clima que permita entendimiento y comprensión entre ambas partes. El procedimiento para la realización del Contrato Conductual comienza en la selección de la conducta a trabajar, para esto se debe descartar muchas otras que pueden ser problemáticas, sin embargo, hay que elegir la que resulte más funcional que no necesariamente es la que aparentemente sea la más grave, muchas veces al corregir una serie de conductas pequeñas se puede ir modificando la conducta mayor.

Una vez que se tiene la conducta elegida, es preciso describirla para tener claro sobre que se va a trabajar, esto es la especificación, posteriormente, se registra la frecuencia con la que se presenta para tener una línea base, con la cual, se tenga referencia al momento de la intervención, así mismo la determinación de los reforzadores que provocan que dicha conducta se presente. En todo este proceso también se identifica a la tercera persona (mediador) que apoyará a monitorear y verificar que el interesado cumpla con el Contrato, éstos pueden ser amigos, familiares o compañeros de trabajo, estos también se encargan de proveer reforzadores.

Por consiguiente, se negocia el contrato, todo tiene que ser por medio de acuerdos entre el asesor y el interesado, estableciendo metas claras y sobre todo viables, es decir, que puedan realizarse con medios alcanzables y en un tiempo razonable, redactado también los incentivos y sanciones que motiven al interesado, estos de forma que sea entendible para ambas partes.

Una vez establecido el Contrato, es necesario monitorear por medio de la recolección de algunos datos que apoyen verificando el progreso o no del mismo y así poder replantear metas.

Lo que debe llevar el contrato es:

- Fecha de inicio, término y de renegociación
- Conducta a cambiar
- Cantidad, frecuencia y clase de reforzadores que utilizará
- Programa de entrega de reforzadores
- Firma de todos los involucrados
- Programa de revisión del progreso
- Alguna cláusula de recompensa por desempeño excepcional
- Declaración de los castigos que se impondrán si la conducta no se cambia (Reynoso y Seligson, 2005).

II.VI TRATAMIENTO MEDICO VS PSICOLÓGICO

Uno de los grandes objetivos en toda intervención es lograr que las personas gobiernen, mantengan y coordinen sus acciones sin necesidad de una vigilancia continua, esa capacidad de controlar las propias conductas sin necesidad de limitantes externas que restrinjan y/o aplacen gratificaciones y que requieran esfuerzos sobrenaturales que provoque aversión al simple hecho de pensar en ellas y que inclusive resulten dolorosas en algunos casos.

Por tal razón al término de los tratamientos directivo-pasivos (Kazdin, 2000) comúnmente las personas que se someten a ellos tienden a recaer, debido a que lo que se les está proporcionando son instrucciones específicas para la realización de algún procedimiento, sin tomar en cuenta el papel del propio individuo, por lo que se busca que éste aprenda nuevas conductas, cosas que pueda poner en práctica por sí mismo, sin la necesidad de que haya alguien más supervisando, logrando aprender que no solamente se trata de una disciplina con lo que se consume y se hace sino también un compromiso con lo que se piensa y se siente.

METODOLOGÍA

III.I JUSTIFICACIÓN

México actualmente ocupa el primer lugar en obesidad infantil y en adultos. En niños menores de 5 años se ha registrado un aumento entre 1998 y 2012, pasando de un 7.8% a un 9.7%, mientras tanto existen alrededor de 5 664 870 de niños en edad escolar (5 a 11 años) con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional (Gutiérrez, et al., en ENSANUT 2012). En 2011 el Programa emergente 2011-2012 de prevención y control de sobrepeso, reportó que en adultos de entre 30 y 60 años cerca de un 70% padecen de obesidad o sobrepeso.

En la actualidad la salud pública lleva a cabo modelos de prevención e intervención trabajando directamente con personas que sufren el padecimiento, por lo cual, es preciso llevar a cabo investigaciones en modelos que puedan prevenir en la solución de las causas y no esperar hasta que sea presente el problema.

Para esto, es necesario identificar con precisión los factores ambientales que contribuyen al problema con gran énfasis en la comprensión de los factores básicos y subyacentes actuales, acceso a alimentos saludables, entornos que fomenten la actividad física, y conocimiento a la población para el autocuidado y los mecanismos involucrados en estos procesos. Se caracterizara el perfil de estilo de vida de los participantes.

Este estudio tiene varios propósitos, en primera instancia, se llevo a cabo la modificación y mantenimiento de los hábitos alimentarios en trabajadores de una empresa llamada “De la Riva” que voluntariamente decidieron participar; se desarrollo una estrategia educativa dirigida hacia la prevención y tratamiento eficaz para el control de quienes tenían problemas de obesidad y sobrepeso, por medio del Contrato Conductual y pláticas nutricionales, en las cuales se dio las bases para una alimentación saludable. Otra

de las contribuciones que espera lograr el estudio es que esta estrategia pueda ser aplicable a programas asistenciales de la salud.

III.II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la eficacia de un programa sistematizado para controlar el sobrepeso y la obesidad, aplicado a los trabajadores de una empresa por medio del Contrato Conductual, y que tan viable sería aplicarlo a programas asistenciales para controlar este problema de salud?

III.III OBJETIVO

Objetivo general

Ofrecer un programa conductual que proporcione información sobre nutrición y hábitos alimentarios para que los participantes cuenten con las herramientas que faciliten el control y mantenimiento del peso, así como la prevención de sobrepeso y obesidad en el ambiente laboral.

Objetivos específicos

- Indagar cuales son los hábitos alimentarios y estilo de vida de los trabajadores para ofrecer ulteriores modificaciones de los mismos.
- Utilizar el contrato conductual como una técnica preventiva operable en programas asistenciales de salud.
- Conocer si existe decremento en el peso, IMC y CC de los trabajadores comparando los datos iniciales con los datos finales.

III.IV PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la eficacia de las estrategias de educación para la salud y el contrato conductual en la modificación y mantenimiento de hábitos alimentarios con trabajadores en “De la Riva” que padezcan sobrepeso u obesidad?

III.V HIPÓTESIS

1. Hi. Existe decremento en el peso, en la CC y en el IMC con el programa educativo y el Contrato Conductual
Ho. No existe decremento en el peso, en la CC y en el IMC con el programa educativo y el Contrato Conductual
2. Hi. Existe mantenimiento en la modificación del peso, en la CC y en el IMC con el programa educativo y el Contrato Conductual
Ho. No existe mantenimiento en la modificación del peso, en la CC y en el IMC con el programa educativo y el Contrato Conductual

III.VI VARIABLES

- Variable independiente: Programa Educativo y Contrato conductual
- Variable Dependiente: Índice de masa corporal, hábitos alimentarios y circunferencia de cintura.
- Variables Clasificadoras: Datos sociodemográficos.

III.VII DEFINICIÓN

Definición Conceptual

- Programa educativo: La educación para la salud como término genérico ha sido utilizado para describir casi cualquier esfuerzo de otorgar información y conocimientos relacionados al mantenimiento y promoción de la salud, incluyendo en ello elementos tanto formales como informales. Los programas educativos para la salud son parte de la salud pública y su quehacer y conceptualización, se nutren tanto de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales; ha tenido diversas acepciones de acuerdo con la etapa o periodo de desarrollo de la sociedad y ha respondido a los cambios histórico-sociales que ha sufrido dicha sociedad, como ha sucedido con otras disciplinas científicas (Torres et al, 2008)
- Contrato conductual: Es una técnica utilizada para estructurar la conducta marcando cada uno de los elementos necesarios para el proceso de manera clara y explícita que se puede escribir en un acuerdo para el cambio de comportamiento que sea comprensible y aceptable para todos los involucrados (DeRisi & Butz, 1980). Es también un medio para programar el intercambio de refuerzos positivos, entre dos o más personas. El uso de estos contratos se basa en cuatro supuestos:
 - 1) La recepción de refuerzos positivos en los intercambios interpersonales es un privilegio no un derecho
 - 2) En vigor los acuerdos interpersonales se rigen por la norma de la reciprocidad
 - 3) El valor de un intercambio interpersonal es una función directa de la gama, la tasa y magnitud de los refuerzos positivos mediados por el que se intercambia.
 - 4) Reglas para generar espacios de libertad en los intercambios interpersonales. (Stuart 1971; en Caballo, 2008), es decir, que la persona tenga la libertad de decidir en qué momentos, como y donde trabajara en sus metas y condiciones.

- Variables sociodemográficas: son los datos relacionados con características personales, académicas y laborales entre los que se encuentran: sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel académico (Montiel, 2007)
- Índice de Masa Corporal (IMC): El IMC es una medición válida y conveniente de adiposidad (Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López, 2004).
- Circunferencia de Cintura: Es una medida común que se utiliza para evaluar la cantidad de grasa abdominal y si la presencia de grasa corporal es excesiva en el abdomen al no estar en proporción a la grasa corporal total (Shamah-Levy, Rivera-Dommarco, Rojas y Villalpando-Hernández, 2006). Para la circunferencia de cintura se utilizaron dos clasificaciones: a) la propuesta por un panel de expertos convocados por los Institutos Nacionales de Salud en Estados Unidos (ATPIII), la cual define como punto de corte en hombres $> 102\text{cm}$ y en mujeres $> 88\text{cm}$., y que son también indicadores de riesgo de síndrome metabólico y de alto riesgo para enfermedades crónicas por el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS); y b) la propuesta por la Secretaría de Salud (SSA), que clasifica como circunferencia abdominal saludable $\leq 80\text{ cm}$ en mujeres y $\leq 90\text{cm}$ en hombres (ENSANUT, 2006).
- Hábitos alimentarios: los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación (Confederación de Consumidores y Usuarios, 2008).

Definición Operacional

- Programa Educativo: Conjunto de platicas informativas teórico/prácticas, con apoyo de presentaciones en PowerPoint y material nutricional
- Contrato Conductual: Realización por escrito de las metas, las condiciones y los reforzadores positivos, negativos y castigos.
- Variables sociodemográficas: Nombre, sexo, edad, grado escolar y puesto
- Índice de Masa Corporal (IMC): Este se calcula al dividir el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2). Un IMC mayor a $25\text{ kg}/\text{m}^2$ se define como sobrepeso, y un índice de masa corporal mayor a $30\text{ kg}/\text{m}^2$ como obesidad.

- **Circunferencia de Cintura:** Se requiere de una cinta métrica con capacidad de 200 cm. Y una exactitud de 1 mm. Esta se toma con el sujeto de frente, en posición de firmes, dejando desnuda la zona en que se tomará la medida. La cinta debe estar paralela al piso y se coloca en la parte más estrecha del tronco o cintura. Otra persona debe vigilar que en la parte posterior del cuerpo la cinta se encuentre horizontal y que no haga presión sobre la piel. En las personas muy obesas no existe cintura o estrechamiento del tronco, por lo que la cinta debe medir la circunferencia mínima del abdomen en la zona entre el reborde costal y las crestas iliacas y la medición es leída en centímetros.
- **Hábitos alimentarios:** Obtención de información sobre los estilos de alimentación, número de tiempos de comida y alimentos consumidos, esto por medio de autorregistros y entrevistas.

III.VIII INSTRUMENTOS

Cuestionarios:

- Cuestionario pre-test, diseñado para la propuesta de un taller de modificación de conducta dirigido a personas con obesidad y sobrepeso. Este consiste de 12 reactivos, de los cuales seis son de tipo dicotómico y seis de escala, (Ramírez, y Hernández, 2011)
- Cuestionario de Evaluación de Factores de Riesgo, compuesto por 48 ítems, indaga sobre los comportamientos cotidianos de una persona, el estilo de vida (Reynoso, 2006 en Camacho, Echeverría y Reynoso, 2010). Fue desarrollado bajo el sustento conductual de que funciona exclusivamente como una guía, permite responder sobre condiciones y estilo de vida (Reynoso, 2006)
- Contrato conductual: Se divide en etapas para desarrollar, las cuales son:
 - Seleccionar la conducta con la que se trabajará

- Describir la conducta para que pueda ser observada y medida (especificación).
 - Registro de la ocurrencia de la conducta (línea base).
 - Identificar los reforzadores para que exista motivación.
 - Negociar el contrato.
 - Redactar de forma clara y explícita.
 - Recolectar los datos para verificar si existe un progreso.
 - Redefinir la meta o conclusión de contrato.
- Autorregistros: son una herramienta utilizada para el monitoreo y recolección de datos, lo que permite registrar la ocurrencia de la conducta.

Elementos de la ocurrencia mientras se da la conducta:

- Día.
 - Hora.
 - Situación
 - Lugar
 - Acompañantes.
 - Pensamientos y emociones.
- Entrevista. Entrevista directa, estructurada con preguntas abiertas

III.IX DISEÑO

Diseño pre-post por grupo e intra sujeto, con mediciones repetidas. Los resultados son presentados por grupo y por sujeto, ya que, los datos arrojados de manera individual son de suma relevancia.

III.X MUESTRA

Es una muestra no probabilística e intencional. La manera de selección fue por medio de convocación y de manera voluntaria en una empresa, la cual tiene convenio con la UNAM. Este estudio comenzó con 18 participantes que voluntariamente decidieron participar en el programa, de los cuales llegaron a término del mismo 10 en este proyecto realizado en la empresa “De la Riva”.

III.XI PROCEDIMIENTO

Se solicitó autorización a la empresa para llevar a cabo la aplicación del programa de educación utilizando el contrato conductual. Una vez que se tuvo la autorización de la empresa, se les informó a los trabajadores sobre el programa de modificación de la conducta en hábitos alimentarios y actividad física, el cual contó con la colaboración de una Nutrióloga, ésta semanalmente se encargó de dar las bases de una alimentación saludable, esto con el fin de que los asistentes obtuvieran las herramientas con las cuales aprendieran a manejar su propia alimentación. El programa se llevó a cabo en tres meses por medio de 15 sesiones que se realizaron semanalmente un día por semana, en un horario vespertino de 16 a 18hrs.

Antes de dar paso a la realización de las sesiones fue necesario:

- a) Conseguir la participación de una nutrióloga.
- b) La difusión del programa haciendo llegar a todos los trabajadores de De la Riva una invitación electrónica, con la que se informó sobre el inicio del programa el 9 de Enero de 2013.

Calendario del programa

| Calendario del Programa Conductual | | |
|------------------------------------|--------------|---|
| Sesiones | Fechas | Actividad |
| <i>ENERO</i> | | |
| Sesión 1 | Miércoles 09 | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del equipo de intervención • Introducción. Obesidad y consecuencias • Introducción breve sobre Contrato Conductual • Aplicación de los Cuestionarios, el pre-test y el de Evaluación de Factores de Riesgo • Muestra de actividad física |
| Sesión 2 | Miércoles 16 | <ul style="list-style-type: none"> • Leyes de la alimentación • Pensar en sus metas, consecuencias y como poder lograrlas • Como realizar metas, formular consecuencias y la manera de lograrlas |
| Sesión 3 | Miércoles 23 | <ul style="list-style-type: none"> • Invitación a ¿Quién quiere firmar contrato conductual? • Primera medición de peso, talla y circunferencia de cintura • Importancia de la fibra y Plato del bien comer (grupos de alimentos) |
| Sesión 4 | Miércoles 30 | <ul style="list-style-type: none"> • Firma de contrato conductual • Segunda medición de peso, talla y circunferencia de cintura |
| <i>FEBRERO</i> | | |
| Sesión 5 | Miércoles 06 | <ul style="list-style-type: none"> • Lectura de etiquetas • Tercera medición de peso, talla y circunferencia de cintura |
| Sesión 6 | Miércoles 13 | <ul style="list-style-type: none"> • Aprendiendo a comer fuera de casa |

| | | |
|----------|--------------|--|
| | | (Elaboración de Menú) |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de metas • Cuarta medición de peso, talla y circunferencia de cintura • Seguimiento del Contrato conductual |
| Sesión 7 | Miércoles 20 | <ul style="list-style-type: none"> • Quinta medición de peso, talla y circunferencia de cintura • Seguimiento del contrato conductual |
| Sesión 8 | Miércoles 27 | <ul style="list-style-type: none"> • Sexta medición de peso, talla y circunferencia de cintura |

| | | |
|-----------|--------------|--|
| | | <i>MARZO</i> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Platica sobre “Tips para la prevención de recaídas” • Seguimiento del Contrato Conductual |
| Sesión 9 | Miércoles 06 | <ul style="list-style-type: none"> • Septima medición de peso, talla y circunferencia de cintura • Seguimiento del Contrato Conductual |
| Sesión 10 | Miércoles 13 | <ul style="list-style-type: none"> • Octava medición de peso, talla y circunferencia de cintura • Seguimiento del Contrato Conductual |
| Sesión 11 | Miércoles 20 | <ul style="list-style-type: none"> • Novena medición de peso, talla y circunferencia de cintura • Seguimiento del Contrato Conductual |
| Sesión 12 | Miércoles 27 | <ul style="list-style-type: none"> • 10ª medición de peso, talla y circunferencia de cintura |

| | | |
|-----------|--------------|---|
| | | <i>ABRIL</i> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento del Contrato Conductual |
| Sesión 13 | Miércoles 03 | <ul style="list-style-type: none"> • 11ª medición de peso, talla y circunferencia de cintura |
| Sesión 14 | Miércoles 10 | <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento del Contrato Conductual |

Sesión 15

Miércoles 17

- 12ª medición de peso, talla y circunferencia de cintura
 - Conclusión del Contrato Conductual
 - 13ª medición de peso, talla y circunferencia de cintura
 - Cierre del programa
-

SESIONES:

SESIÓN 1

Fecha: 09 de Enero de 2013

Actividad 1

Realización de la presentación de los integrantes del equipo y del programa, introducción a lo que es obesidad y consecuencias, una introducción breve sobre Contrato Conductual y la aplicación de los cuestionarios, el pre-test y el de Evaluación de Factores de Riesgo.

Participaron: Asistieron 18 personas interesadas en el programa

Objetivo: Que los participantes obtengan información sobre el contrato conductual, la obesidad y sobre peso y los riesgos que estas conllevan, así mismo lograr el reconocimiento de la problemática y la concientización de la misma.

Materiales: Proyector y laptop

Técnica: Expositiva

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Presentación de las expositoras y la presentación sobre el programa
- 2) Exposición sobre obesidad y sobrepeso y sus consecuencias
- 3) Exposición de la nutrióloga sobre los riesgos que conlleva la obesidad y el sobrepeso
- 4) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Escuchar con atención y tomar notas
- 2) Externar inquietudes sobre el programa y el tema

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Motivación hacia la participación del programa, haciendo conciencia y reconociendo de los hábitos alimentarios personales.

SESIÓN 2

Fecha: 16 de Enero de 2013

Actividad 1

Muestra de actividad física con base al Manual de actividad física de Leonardo Reynoso. Presentación sobre las Leyes de la alimentación. Comenzar a pensar en metas reales y alcanzables, consecuencias y como poder lograrlas.

Participaron: Asistieron 16 personas interesadas en el programa

Objetivo: Los participantes obtendrán el Manual de Actividad Física para realizarlo en la oficina. Comprensión de información sobre las Leyes de alimentación impartida por la nutrióloga. Comenzar a pensar en ¿qué es lo que quieren lograr, como y a consecuencia de qué?

Materiales: Proyector, laptop y sillas

Técnica: Expositiva

Procedimiento:***Actividades del facilitador:***

- 1) Realización de la muestra de algunas actividades del Manual
- 2) Exposición sobre las Leyes de la alimentación
- 3) Resolución de dudas
- 4) Dejar la pregunta ¿Qué quiero lograr, como y a consecuencia de qué?

Actividades de los participantes:

- 1) Imitación de las actividades físicas del manual desde su lugar
- 2) Escuchar y prestar atención
- 3) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Mostrar a los participantes que existen alternativas de actividad física, comprensión de las leyes de alimentación y motivación a la integración al programa.

SESIÓN 3

Fecha: 23 de Enero de 2013

Actividad 1

Presentación sobre cómo realizar metas, formular consecuencias y la manera de lograrlas explicando que son los reforzadores positivos, negativos y los castigos, invitación a pensar ¿Quién quiere firmar contrato conductual? y primera medición de peso, talla y circunferencia de cintura.

Participaron: Asistieron 17 personas interesadas en el programa

Objetivo: Los participantes obtendrán la base para la realización de su contrato conductual, así también decidirá si quiere formar parte del programa. Se medirá el peso, talla y CC.

Materiales: Proyector, laptop, báscula digital, cinta métrica y estadímetro

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Presentación de las bases para la realización del contrato conductual
- 2) Medición de peso, talla y CC
- 3) Resolución de dudas
- 4) Preguntar quién quiere formar parte de programa

Actividades de los participantes:

- 1) Prestar atención y tomar notas si es necesario
- 2) Pesarse y medirse
- 3) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes comprendan el cómo realizar su contrato conductual y conozcan sus medidas como incentivo a la integración al programa

SESIÓN 4

Fechas: 30 de Enero de 2013

Actividad 1

Dar a conocer la importancia de la fibra y el plato del bien comer (por grupos de alimentos). La firma del contrato conductual de aquellos interesados. Segunda medición de peso, talla y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 14 personas interesadas en el programa

Objetivo: Los participantes obtendrán más información nutrimental por parte de la nutrióloga. Que los participantes interesados firmen su contrato conductual y realicen su medición de peso, talla y CC.

Materiales: Proyector, laptop, báscula digital, cinta métrica y estadímetro

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Presentación de la importancia de la fibra y del plato del buen comer
- 2) Medición de peso, talla y CC
- 3) Resolución de dudas
- 4) Firma de contrato conductual

Actividades de los participantes:

- 1) Prestar atención y tomar notas si es necesario
- 2) Pesarse y medirse
- 3) Externar dudas e inquietudes
- 4) Firma de contrato conductual

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Los participantes obtendrán más bases de alimentación saludable. Conocerán su peso y CC. Firmarán contrato conductual aquellos interesados en formar parte del programa

SESIÓN 5

Fecha: 06 de Febrero de 2013

Actividad 1

Proporcionar información sobre como leer etiquetas y la realización de tercera medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 16 personas interesadas en el programa

Objetivo: Participantes aprendan a leer las etiquetas de los productos y la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Proyector, laptop, báscula digital, cinta métrica y estadímetro

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Muestra de cómo leer etiquetas de los productos y que significa cada cosa
- 2) Medición de peso, talla y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Prestar atención y tomar notas si es necesario
- 2) Pesarse y medirse
- 3) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes aprendan y comprendan a leer etiquetas de producto y que conozcan el significado de los valores de referencia que vienen en las etiquetas. Conocerán su peso y CC.

SESIÓN 6

Fecha: 13 de Febrero de 2013

Actividad 1

Impartición del tema Aprendiendo a comer fuera de casa (Elaboración de Menú), elaboración de menús de desayuno, comida y cena, además de colaciones. Seguimiento y revisión de metas del contrato conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Cuarta medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 participantes interesados en el programa

Objetivo: Participantes realizaran su propio menú con base a lo expuesto por la nutrióloga y la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Proyector, laptop, hojas blancas, hoja de equivalencia, lápices, báscula digital, cinta métrica y estadímetro

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento de cómo realizar un menú para desayuno, comida, cena y colación
- 2) Medición de peso, talla y CC
- 3) Resolución de dudas
- 4) Asesoramiento individual del Contrato Conductual

Actividades de los participantes:

- 1) Prestar atención y tomar notas si es necesario
- 2) Realización de cada menú por parejas
- 3) Pesarse y medirse

- 4) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes realicen su propio menú de acuerdo a las equivalencias calóricas y en porción adecuada. Conocerán su peso y CC.

SESIÓN 7

Fecha: 20 de Febrero de 2013

Actividad 1

Dar seguimiento al Contrato conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la quinta medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual
- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

SESIÓN 8

Fecha: 27 de Febrero de 2013

Actividad 1

Dar seguimiento al Contrato conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la sexta medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual

- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: De 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

SESIÓN 9

Fecha: 06 de Marzo de 2013

Actividad 1

Presentación de tips para la prevención de recaídas, explicando los tipos de recaídas y como lograr evitarla; explicación de que son los pensamientos irracionales y como pasar de estos a racionales. Seguimiento del Contrato Conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la séptima medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Laptop, proyector, hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:***Actividades del facilitador:***

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual
- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

SESIÓN 10

Fecha: 13 de Marzo de 2013

Actividad 1

Dar seguimiento al Contrato Conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la octava medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual
- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

SESIÓN 11

Fecha: 20 de Marzo de 2013

Actividad 1

Dar seguimiento al Contrato Conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la novena medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual
- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

SESIÓN 12

Fecha: 27 de Marzo de 2013

Actividad 1

Dar seguimiento al Contrato Conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y

recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la 10ª medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual
- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

SESIÓN 13

Fecha: 03 de Abril de 2013

Actividad 1

Dar seguimiento al Contrato Conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la 11ª medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual
- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

SESIÓN 14

Fecha: 10 de Abril de 2013

Actividad 1

Dar seguimiento al Contrato Conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la 12^a medición de peso y circunferencia de cintura.

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual
- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

SESIÓN 15

Fecha: 17 de Abril de 2013

Actividad 1

Dar seguimiento al Contrato Conductual, los participantes pasaran de manera individual para atender el caso específico de cada uno, revisión de logro de metas, ver que les funciona y que no y el por qué de los mismos, si existen pensamientos irracionales y recomendaciones con forme a sus auto registros. Realización de la 13^a medición de peso y circunferencia de cintura. Finalización del programa

Participaron: Acudieron 10 personas interesadas en el programa

Objetivo: Dar asesoramiento y seguimiento del contrato conductual, así como la realización de la medición de peso y CC.

Materiales: Hojas de registro, báscula digital, cinta métrica

Técnica: Expositiva y práctica

Procedimiento:

Actividades del facilitador:

- 1) Asesoramiento y seguimiento del contrato conductual
- 2) Medición de peso y CC
- 3) Resolución de dudas
- 4) Cierre al programa

Actividades de los participantes:

- 1) Pesarse y medirse
- 2) Externar dudas e inquietudes

Tiempo estimado: 2 horas

Criterio de logro: Que los participantes obtengan asesoramiento y retroalimentación sobre su contrato conductual y que conozcan su peso y CC.

RESULTADOS

IV.I RESULTADOS POR GRUPO

Es importante señalar que de los 18 participantes convocados en la primera sesión, donde se aplicaron los cuestionarios (Cuestionario pre-test y el Cuestionario de Evaluación de Factores de Riesgo), solo 14 de ellos accedieron a contestar el cuestionario y existieron preguntas que prefirieron omitir a contestar.

La edad promedio de la muestra de los participantes fue de 45 años, donde las mujeres como los hombres presentaron sobrepeso con un IMC de 27; la media del peso de las mujeres fue de 66.8 Kg, mientras que la de los hombres fue de 81.54. Sin embargo, de acuerdo a las características que presentaron por sexo, las mujeres presentaron una CC de 90 cm, mientras que en los hombres fue de 98, indicando que en las mujeres la grasa abdominal es en mayor proporción (tabla 1).

Se puede observar que los trabajadores de DIR, tienen antecedentes familiares de enfermedades que en la actualidad están vigentes como principales problemas de salud. Una de éstas, es la diabetes, donde el 42.8 % (6 de cada 14 trabajadores) tienen antecedentes de la misma (tabla 2).

Datos generales de la muestra

Tabla 1. Media, t y significancia del IMC, estatura, peso y CC. de la muestra de trabajadores de dIR, divididos por sexo.

| Medidas | sexo | N | Media | t |
|---------------------------|-----------|---|--------|---------|
| Peso | Femenino | 8 | 66.8 | -1.941 |
| | Masculino | 5 | 81.54 | |
| Estatura | Femenino | 8 | 1.5712 | -3.597* |
| | Masculino | 5 | 1.716 | |
| Circunferencia de Cintura | Femenino | 8 | 90.5 | -1.115 |
| | Masculino | 5 | 98.2 | |
| Indice de Masa Corporal | Femenino | 8 | 27.128 | .045 |
| | Masculino | 5 | 27.23 | |

*P=0.004

Tabla 2. Antecedentes familiares de enfermedades crónico-degenerativas en trabajadores de dIR

| | Antecedentes Familiares | | | |
|-------|-------------------------|--------|---|---------------------|
| | Diabetes | Cáncer | Problemas Cardiovasculares (Hipertension, Arterioesclerosis, Insuficiencia periferica, insuficiencia coronaria, etc) | Hipercolesterolemia |
| No | 8 | 10 | 9 | 11 |
| Si | 6 | 4 | 5 | 2 |
| Total | 14 | 14 | 14 | 13 |

Hábitos de alimentación

La tabla 3 muestra en general las respuestas que dieron sobre el consumo de ciertos alimentos, se puede apreciar que, tanto en el desayuno como la cena son alimentos rápidos y sencillos de consumir, mientras que en la comida hay mayor variabilidad en los alimentos. Posteriormente se muestran las tablas donde tuvieron mayor puntuación en el consumo de ciertos alimentos.

Tabla 3. Frecuencia de los tipos de alimentos en la ingesta en el desayuno, la comida y la cena en los trabajadores de dIR

| | Ju | Fr | Ce | Le | Ca | Pa | Me | Ma | Yo | Hu | To | Gu |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| DESAYUNO | 6 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 | 1 | 1 | 5 | 5 | 0 | 2 |

| | So | Ve | Car | Mar | Vis | Hu | Pa | Ma | Fr | Ca | Tt | Gu |
|--------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| COMIDA | 7 | 8 | 9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 5 | 4 |

| | Ce | Fr | Le | Ca | Pa | Tt | Me | Ma | Yo | Hu | To | Gu |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| CENA | 5 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |

Ju=jugo Fr=fruta Re=refresco Ce=cereal Le=leche Ca=café Car=carnes Pa=pan Me=mermelada
Ma=mantequilla Mar=mariscos Yo=yogurt Hu=huevo To=tocino Gu=guisado So=sopa
Tt=tortillas Ve=verduras Vis=visceras

En la tabla 4 se muestra que el 50% de los trabajadores realiza tres comidas, mientras que en la tabla 5, se puede observar que durante el día llegan a consumir de una a dos colaciones.

Tabla 4. Frecuencia de ingesta de alimentos al día en trabajadores de dIR

| ¿Cuántas veces comes al día? | | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| menos de 3 veces | 1 | 7.1 |
| tres veces | 7 | 50.0 |
| cuatro veces | 2 | 14.3 |
| cinco veces | 3 | 21.4 |
| más de cinco | 1 | 7.1 |
| Total | 14 | 100.0 |

Tabla 5. Consumo de colaciones de los trabajadores de dIR

| ¿Cuántas colaciones consumes al día? | | |
|---|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Ninguna | 1 | 7.1 |
| una | 4 | 28.6 |
| dos | 7 | 50.0 |
| tres | 2 | 14.3 |
| Total | 14 | 100.0 |

La hora de desayuno suele variar y va desde las 7 a las 10 de la mañana (tabla 6), esto puede ser de acuerdo a los horarios de entrada, ya que éstos no son unificados, así también se encontró que existe mucha variación entre el tipo de comida que consumen, sin embargo en los resultados se encontró una constante que se muestra en la tabla 7 donde en su mayoría suelen desayunar café y pan, mientras que los otros varían su desayuno en otro tipo de alimentos, lo cual, representa algo rápido, sencillo y que proporciona carbohidratos para obtener energía.

Tabla 6. Hora en la que suelen desayunar los trabajadores de dIR

| ¿A qué hora desayuna? | |
|------------------------------|-------------------|
| Hora | Frecuencia |
| 6 | 1 |
| 7 | 4 |
| 8 | 4 |
| 9 | 1 |
| 10 | 4 |
| Total | 14 |

Tabla 7. Lo que suelen desayunar los trabajadores de dIR

| ¿Qué desayunas? | | |
|------------------------|-------------|------------|
| | Café | Pan |
| no (otros) | 6 | 5 |
| si | 8 | 9 |
| Total | 14 | 14 |

El 90% de ellos realiza la comida a las 14 hrs (tabla 8), esto debido a que existe un horario específico de comida para todos los trabajadores (de 14 a 16 hrs) y la mayoría de éstos realiza una comida que varía entre carnes, verduras, sopa y tortillas (tabla 9), como dato complementario esto se debe a que una de sus prestaciones es servicio de comedor tipo “comida corrida”, donde la empresa paga la mitad y el trabajador la otra mitad.

Tabla 8. Hora de Comida de los trabajadores de dIR

| Hora de comida | |
|-----------------------|-------------------|
| Hora | Frecuencia |
| 14 | 9 |
| 15 | 1 |
| 0 | *4NC |
| Total | 14 |

NC= No Contestó

Tabla 9. Tipo de alimento que suelen consumir los trabajadores de dIR

| ¿Qué suele comer? | | | | |
|--------------------------|-------------|-----------------|---------------|------------------|
| | Sopa | Verduras | carnes | Tortillas |
| no | 3 | 2 | 10 | 5 |
| si | 7 | 8 | 9 | 5 |
| - | *4NC | *4NC | *4NC | *4NC |
| Total | 10 | 10 | 10 | 10 |

NC= No Contestó

En cuanto a la cena, 5 de cada 8 en promedio cena a las 21 hrs (tabla 10), la mayoría suele escoger cereal como opción para cenar (55. 5%), mientras que los demás eligen otra opción (tabla 11), esto puede ser por el horario de salida (promedio a las 18 hrs) y el tiempo que le dedican en transportarse no ponen mucho énfasis a la cena.

Tabla 10. Hora en la que habitualmente cenan los trabajadores de dIR

| ¿A qué hora cena habitualmente? | |
|--|-------------------|
| Hora | Frecuencia |
| 20 | 1 |
| 21 | 5 |
| 22 | 2 |
| 0 | *2NC |
| Total | 8 |

NC= No Contestó

Tabla 11. Lo que suelen cenar los trabajadores de dLR

| ¿Lo que suele cenar? | |
|-----------------------------|---------------|
| | Cereal |
| no (otros) | 4 |
| si | 5 |
| 0 | *1NC |
| Total | 9 |

NC= No Contestó

Actividad física

Un 50% de los trabajadores nunca realizan ejercicio y solo un 20% realiza diario alguna actividad física (tabla 12), de los que suelen realizar algún tipo de actividad, esta suele ser caminatas o de contacto (futbol soccer, futbol americano, voleibol, basquetbol, entre otros) esto se puede apreciar en la tabla 13.

Tabla 12. Frecuencia con la que realizan ejercicio los trabajadores de dLR

| ¿Con qué frecuencia realizas ejercicio? | |
|--|-------------------|
| | Frecuencia |
| Nunca | 5 |
| A veces | 3 |
| Siempre | 2 |
| 0 | *4NC |
| Total | 10 |

NC= No Contestó

Tabla 13. Tipo de actividad que realizan los trabajadores de dIR

| Tipo de actividad | |
|--|-------------------|
| Actividad | Frecuencia |
| De contacto (futbol soccer, futbol americano, voleibol, basquetbol, entre otros) | 2 |
| Caminata | 2 |
| Defensa personal | 1 |
| Natación | 1 |
| Ninguno | 3 |
| 0 | *1NC |
| Total | 9 |

NC= No Contestó

Percepción de la imagen

En la tabla 14 se puede apreciar que un 85.7% de los trabajadores consideran que tienen problemas de peso, un 92.9% está consciente que los problemas de sobrepeso u obesidad pueden llegar a ocasionar problemas de salud y la mayoría no está contento con su aspecto físico y un 71.4% de ellos ha tratado de realizar algún tipo de dieta, sin embargo no están totalmente convencidos de que el sobrepeso u obesidad afecta su vida (tabla 15), aun así hay una gran disposición por continuar experimentando con programas de reducción de peso (tabla 16).

Tabla 14. Auto percepción de los trabajadores de dIR ante su peso

| Percepción del peso | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|------------|---|------------|------------------------------------|----|--------------|
| | ¿Te consideras una persona con problemas de peso? | ¿Crees que el sobrepeso podría llegar a afectar tu salud? | | ¿Te sientes bien con tu aspecto físico y tu peso? | | ¿Has intentado hacer alguna dieta? | | |
| | | Porcentaje | Porcentaje | Porcentaje | Porcentaje | porcentaje | | |
| No | 2 | 14.3 | 1 | 7.1 | 11 | 78.6 | 4 | 28.6 |
| Si | 12 | 85.7 | 13 | 92.9 | 3 | 21.4 | 10 | 71.4 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 |

Tabla 15. Percepción de cómo el sobrepeso afecta la vida de los trabajadores de dIR

¿En qué medida crees que el sobrepeso afecta tu vida?

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Nada | 2 | 14.3 |
| Medio | 8 | 57.1 |
| Totalmente | 4 | 28.6 |
| Total | 14 | 100.0 |

Nivel apreciativo: Nada= No me afecta, Medio= Regular, no completamente seguro, Totalmente= Convencido de que afecta

Tabla 16. Grado de disposición para colaborar con un programa de reducción de peso en los trabajadores de dIR

¿En qué grado estarías dispuesto a colaborar con un programa de reducción de peso?

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Nada | 0 | 0 |
| Regular | 3 | 21.4 |
| Mucho cambiar | 11 | 78.6 |
| Total | 14 | 100.0 |

Nivel apreciativo: Nada= No hay disposición, Medio= Regular, no completamente seguro, Totalmente= Convencido de colaborar

Medios de transporte

De la muestra de 14 trabajadores de dIR que contestaron ¿cuál es el medio de transporte que utilizas para llegar al trabajo?, 12 de ellos respondieron que utilizan el automóvil como su principal medio de transporte al trabajo, sin embargo podemos apreciar que en ocasiones prefieren algún otro medio (tabla 17), el uso del automóvil como medio de transporte predilecto es relevante, ya que para llegar al trabajo no hay posibilidades que les permitan la realización de actividad física que requiera de mayor esfuerzo, como por ejemplo el subir las escaleras del metro.

El 50% de los trabajadores hacen menos de 30 minutos para llegar a su trabajo, sin embargo, existe un 28% que invierte de 1 a 2 horas solo en transportarse hacia este destino, lo cual a lo largo de una jornada laboral con horario de 8 a 18hrs, se estaría dedicando 4 horas únicamente a esta actividad, dejando así poco tiempo para la realización de otras actividades (tabla 18).

Tabla 17. Medios de transporte. Medio de transporte predilecto que los trabajadores de dIR utilizan de camino al trabajo

| <i>¿Qué medio de transporte utilizas para llegar al trabajo?</i> | |
|--|-------------------|
| Respuesta | Frecuencia |
| Automóvil | 12 |
| Microbús | 5 |
| Metro | 6 |
| Metrobús | 4 |
| Tren Suburbano | 1 |
| Tren Ligero | 0 |
| Taxi | 4 |
| Trolebús | 2 |
| Bicicleta | 3 |
| Motocicleta | 1 |
| Caminando | 5 |
| Total | 14 |

*La misma persona podía responder a más de un medio de transporte

Tabla 18. Medios de transporte. Tiempo que los trabajadores de dIR hacen de camino al trabajo

| <i>¿Cuánto tiempo tarda en llegar al trabajo?</i> | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
| entre 15 y 30 minutos | 7 | 50.0 |
| entre 30 y 60 minutos | 2 | 14.3 |
| entre 1 y 2 horas | 4 | 28.6 |
| más de 2 horas | 1 | 7.1 |
| Total | 14 | 100.0 |

Hábitos de prevención medica

Un 64% de la muestra de los trabajadores de dIR, acude al médico (tabla 19), sin embargo un 78% refiere solo hacerlo cuando presenta signos y síntomas (tabla 20), lo cual nos habla que no hay mucha difusión y cultura preventiva, además de que un 50% de estos mismos tiende a automedicarse (tabla 21), existiendo así conductas de riesgo, debido a que hay un desconocimiento sobre los problemas de salud que pueda estar padeciendo la persona. Esto representa una mayor preocupación, ya que la ingesta de ciertos medicamentos sin supervisión médica puede llegar a alterar o incrementar algún padecimiento ya existente.

Solo un 14% de estos acude a tratamiento nutricional, esto nos indica que hay poca disponibilidad, ya sea por horario, dinero o interés de los trabajadores de dIR (tabla 22).

Tabla 19. Asistencia al médico por parte de los trabajadores de dIR.

¿Acude al médico?

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| No | 4 | 28.6 |
| Si | 9 | 64.3 |
| 0 | *1NC | 0 |
| Total | 13 | 92.9 |

NC= No Contestó

Tabla 20. Asistencia al médico por parte de la muestra de trabajadores de dIR solo cuando presenta signos y síntomas de enfermedad.

Acude al médico solo cuando tiene signos y síntomas de enfermedad

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| No | 3 | 21.4 |
| Si | 11 | 78.6 |
| Total | 14 | 100.0 |

Tabla 21. Prevalencia de automedicación entre los trabajadores de dIR

¿Se auto-medica?

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| No | 7 | 50.0 |
| Si | 7 | 50.0 |
| Total | 14 | 100.0 |

Tabla 22. Asistencia de los trabajadores de dIR al nutriólogo

| <i>¿Asiste al nutriólogo?</i> | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
| No | 8 | 57.1 |
| Si | 2 | 14.3 |
| 0 | *4NC | 0 |
| Total | 10 | 71.4 |

NC= No Contestó

De acuerdo a los resultados arrojados de hábitos de alimentación y de actividad física, el panorama que ocurre con los trabajadores de De la Riva que contestaron los cuestionarios, lo que se puede apreciar en las tablas anteriores es que debido a los horarios tan extenuantes que comienzan, desde que salen de casa para ir al trabajo hasta el de regreso a la misma, deja prácticamente nada de tiempo para dedicarle de manera adecuada a una buena alimentación y a la realización de actividad física, propiciando así que se tengan mayores probabilidades de padecer alguna enfermedad, por ejemplo, obesidad, sobrepeso, diabetes o/e hipertensión.

Correlaciones

Se puede apreciar que sesión con sesión, las cuales se llevaron a cabo semanalmente, existe una correlación significativa (**correlaciones significativas a nivel 0,01 bilateral), es decir, que como grupo en general todos, semana con semana bajaron de peso progresivamente, esto es un indicador importante de que el programa dio resultados positivos (tabla 23).

Tabla 23. Correlaciones semanales de pérdida de peso por grupo de asistentes al programa sobre el manejo de sobrepeso y obesidad en dIR.

| | | <i>Correlaciones</i> | | | | | | | | | | | | |
|------------|------------------------|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|--|
| | | SEM | SEM | SEM | SEM | SEM | SEM | SEM | SEM | SEM | SEM | SEM | SEM | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| SEM | Correlación de Pearson | 1 | | | | | | | | | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .997** | 1 | | | | | | | | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .992** | .994** | 1 | | | | | | | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .990** | .989** | .997** | 1 | | | | | | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .990** | .989** | .995** | .999** | 1 | | | | | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .985** | .983** | .992** | .996** | .997** | 1 | | | | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .979** | .978** | .981** | .984** | .990** | .994** | 1 | | | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .986** | .983** | .990** | .993** | .996** | .998** | .996** | 1 | | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .987** | .981** | .982** | .984** | .989** | .990** | .993** | .996** | 1 | | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .982** | .976** | .981** | .983** | .987** | .990** | .993** | .997** | .999** | 1 | | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .977** | .970** | .974** | .978** | .984** | .987** | .992** | .994** | .997** | .999** | 1 | | |
| SEM | Correlación de Pearson | .971** | .965** | .972** | .972** | .979** | .981** | .988** | .990** | .994** | .996** | .998** | 1 | |

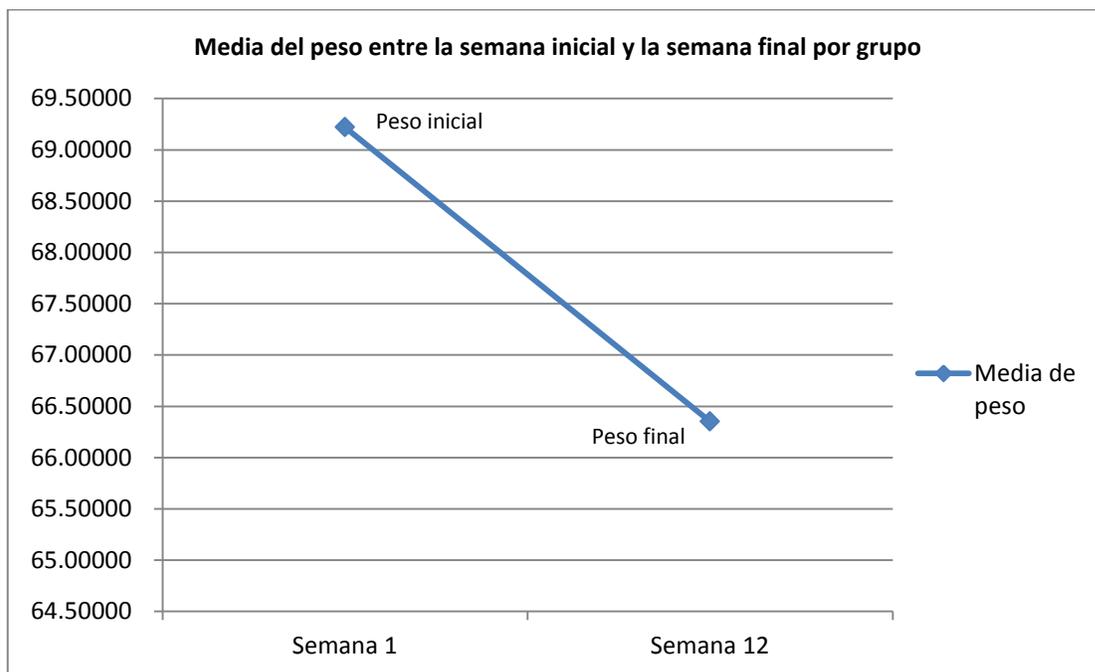
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existe una significancia entre la media inicial de peso del grupo de asistentes al programa conductual de manejo de sobrepeso y obesidad y la media final del mismo, siendo esta menor por 3 kilogramos, así como una correlación significativa entre la semana inicial del programa y la semana de finalización del mismo, con coeficiente de correlación de $r = 0.71$, es decir, que el programa tuvo resultados positivos con el grupo de trabajadores de dIR, en (tabla 24) y mostrado en la gráfica 1.

Tabla 24. Correlación, prueba t y media de la variable peso entre la semana inicial y la semana final por grupo de aplicación del programa de manejo de sobrepeso y obesidad aplicado en dIR.

| Estadísticos y correlaciones de muestras relacionadas | | | | | | |
|--|----------------|--------------|----------|----------|-----------|------------|
| | Semanas | Media | r | t | gl | Sig |
| Peso | Inicial (S1) | 69.22000 | 0.71* | 4.148 | 9 | P=.002 |
| | Final (S12) | 66.35000 | | | | |

*p=0,001



Grafica 1. Media del peso entre la semana inicial y la semana final por grupo de aplicación de manejo de sobrepeso y obesidad en dIR.

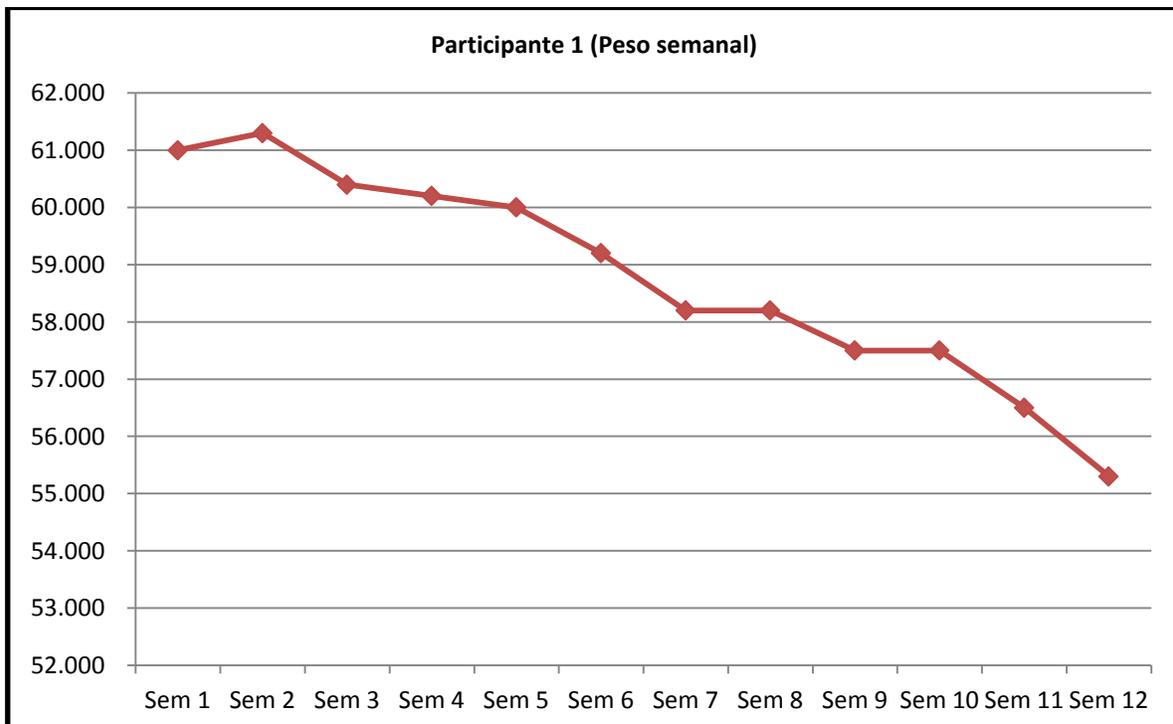
IV. II RESULTADOS POR PERSONA

A continuación se muestran las gráficas de los resultados por persona de los participantes que asistieron al programa, por razones de confidencialidad omitimos los datos como nombre, edad y sexo, ya que los resultados serán presentados en la empresa.

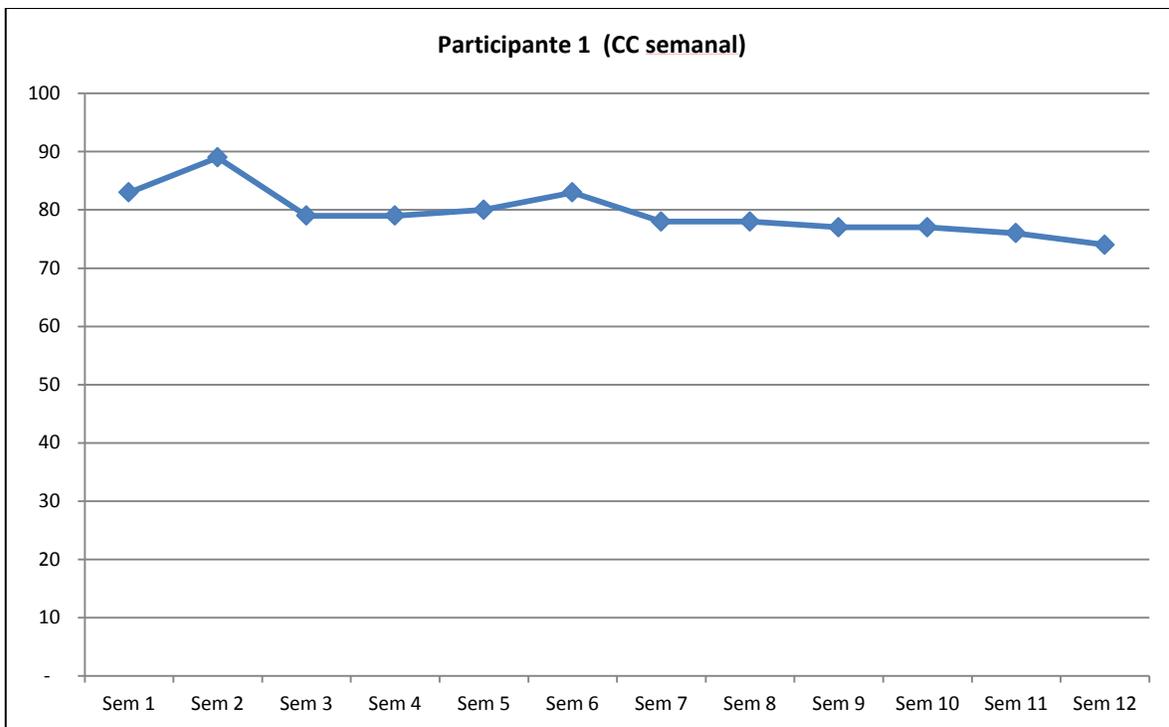
Las gráficas muestran la disminución progresiva y constante por sujeto de su peso y circunferencia de cintura por sesión y presentada en todos los casos, lo cual es significativo a nivel individual y para los fines del estudio.

Entre todos los casos se puede apreciar que no existió pérdida de peso uniformemente, esto es que en algunos casos existió mayor pérdida que en otros, lo cual no es negativo debido a las diferencias físicas y conductuales de cada persona.

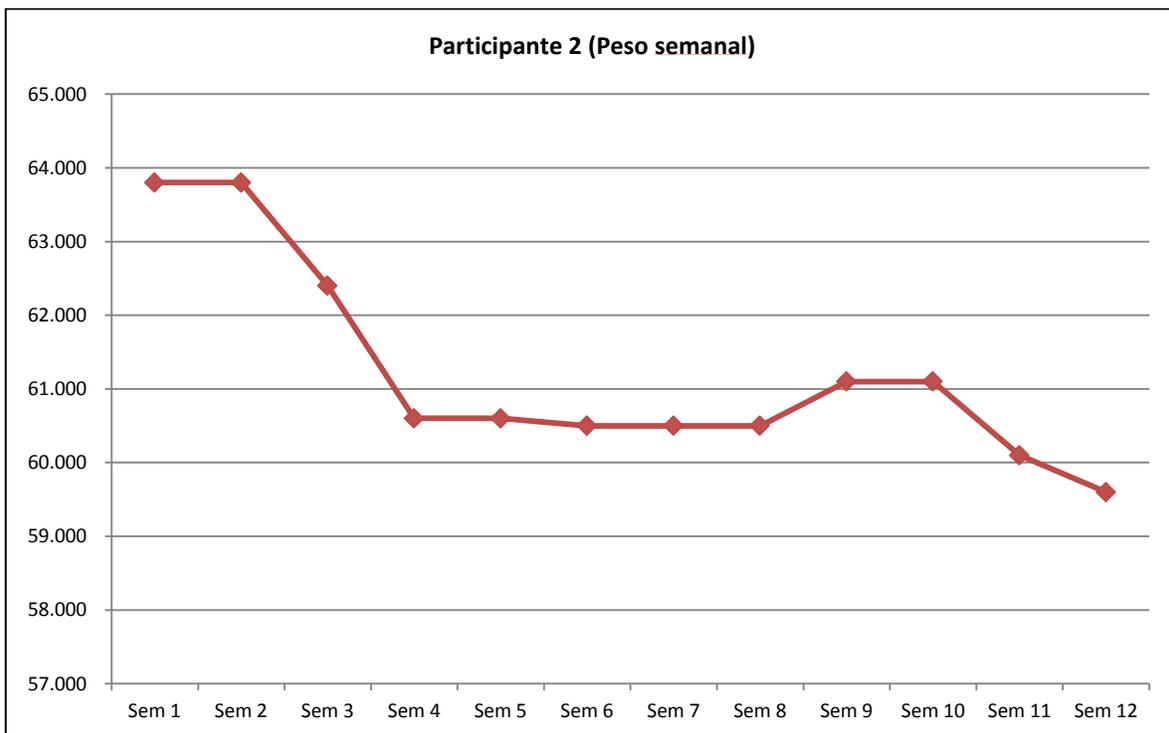
La concurrencia fue variada debido a los tiempos tan apretados que tienen los trabajadores, por lo que, al finalizar solo quedaron 10 personas que fueron consistentes en su participación y que terminaron el programa hasta el final.



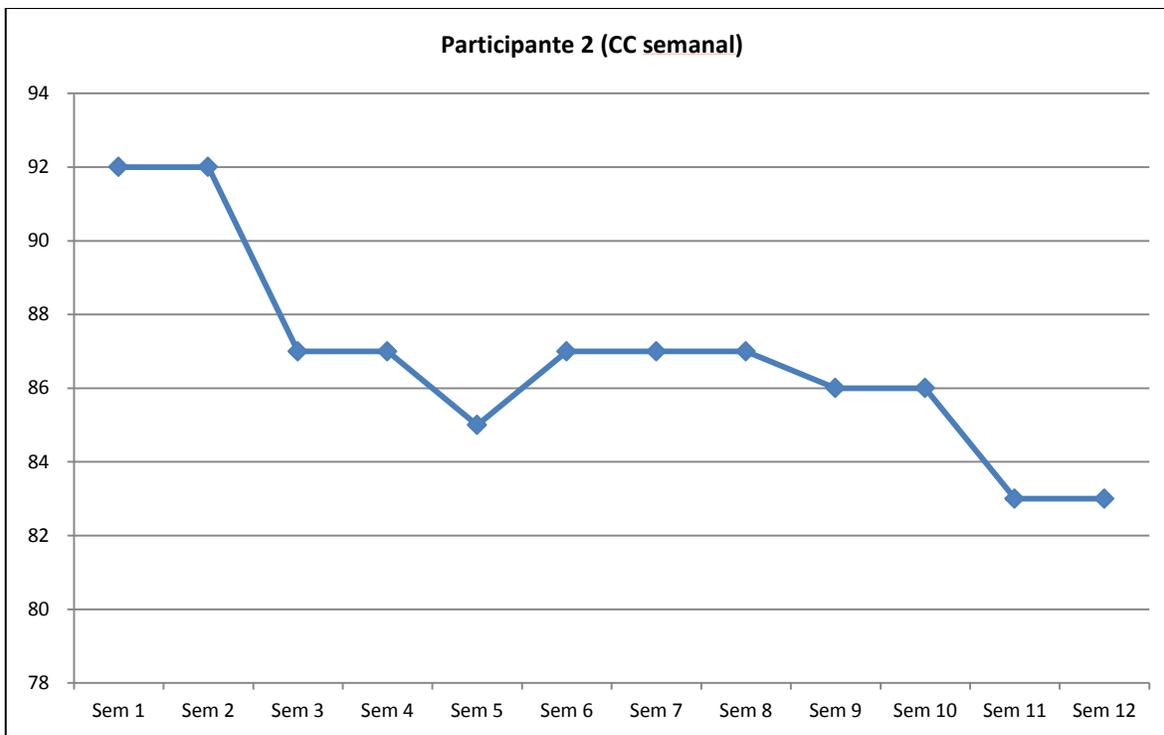
Grafica 1. Datos de peso semanal del participante 1 tomados en De la Riva



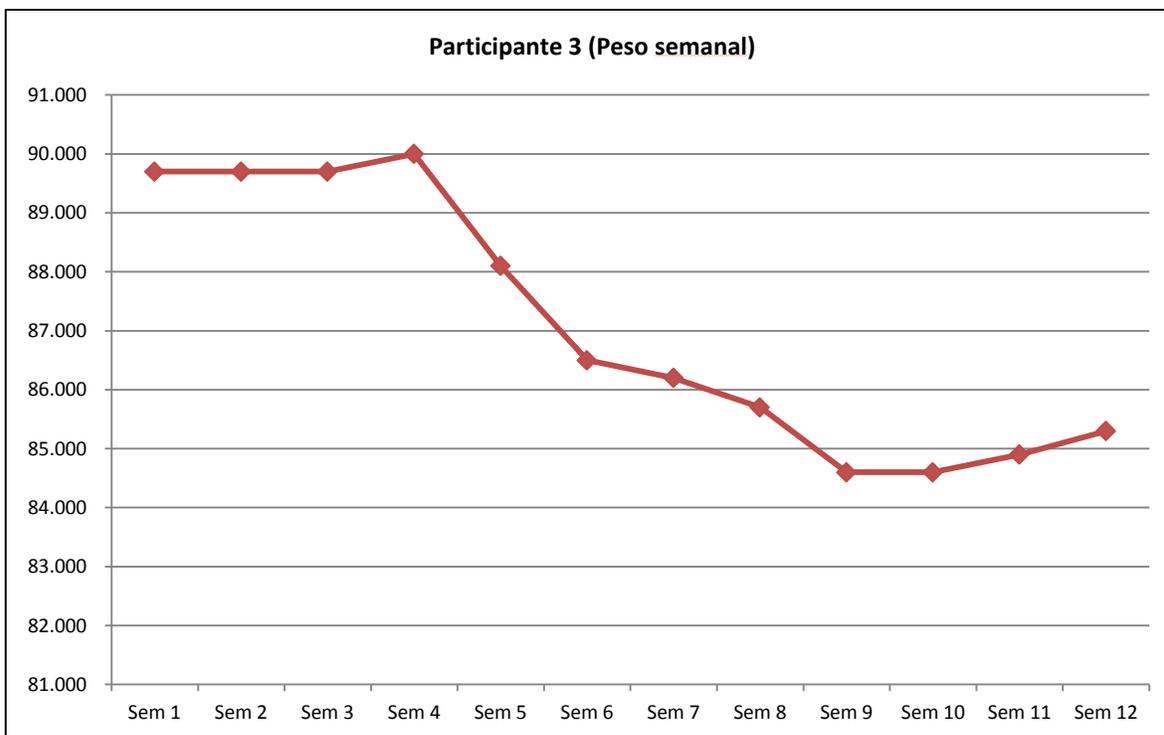
Grafica 2. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 1 tomados en De la Riva



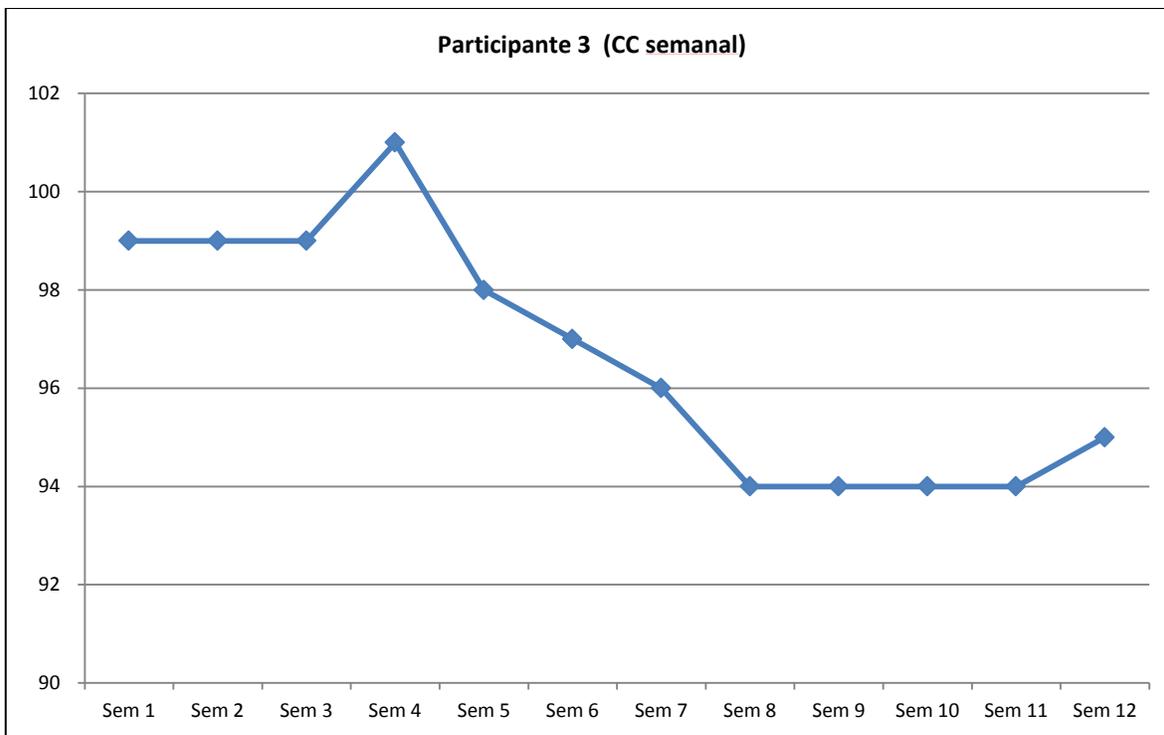
Grafica 3. Datos de peso semanal del participante 2 tomados en De la Riva



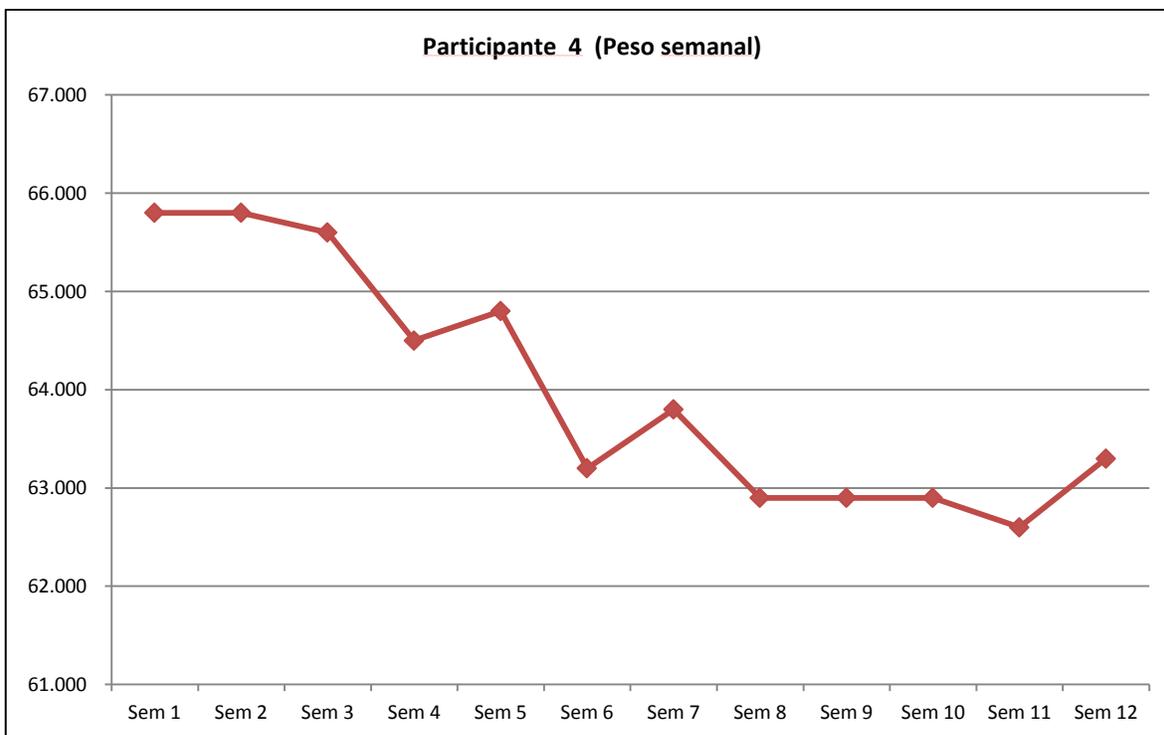
Grafica 4. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 2 tomados en De la Riva



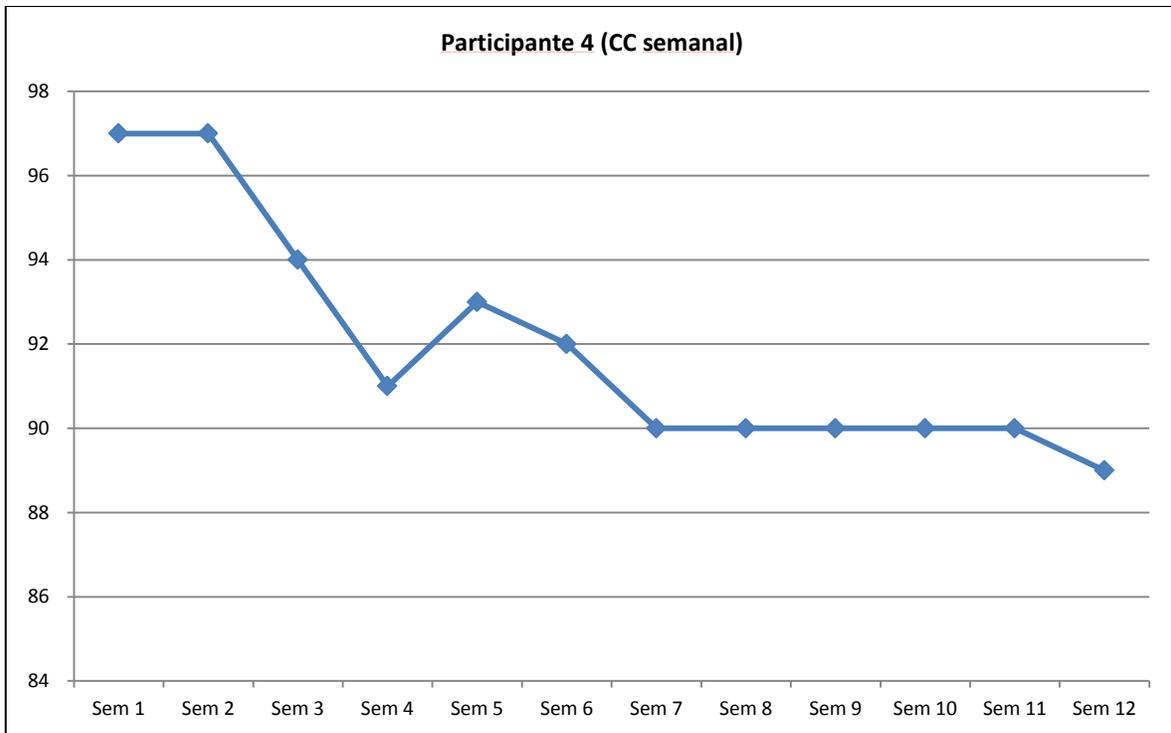
Grafica 5. Datos de peso semanal del participante 3 tomados en De la Riva



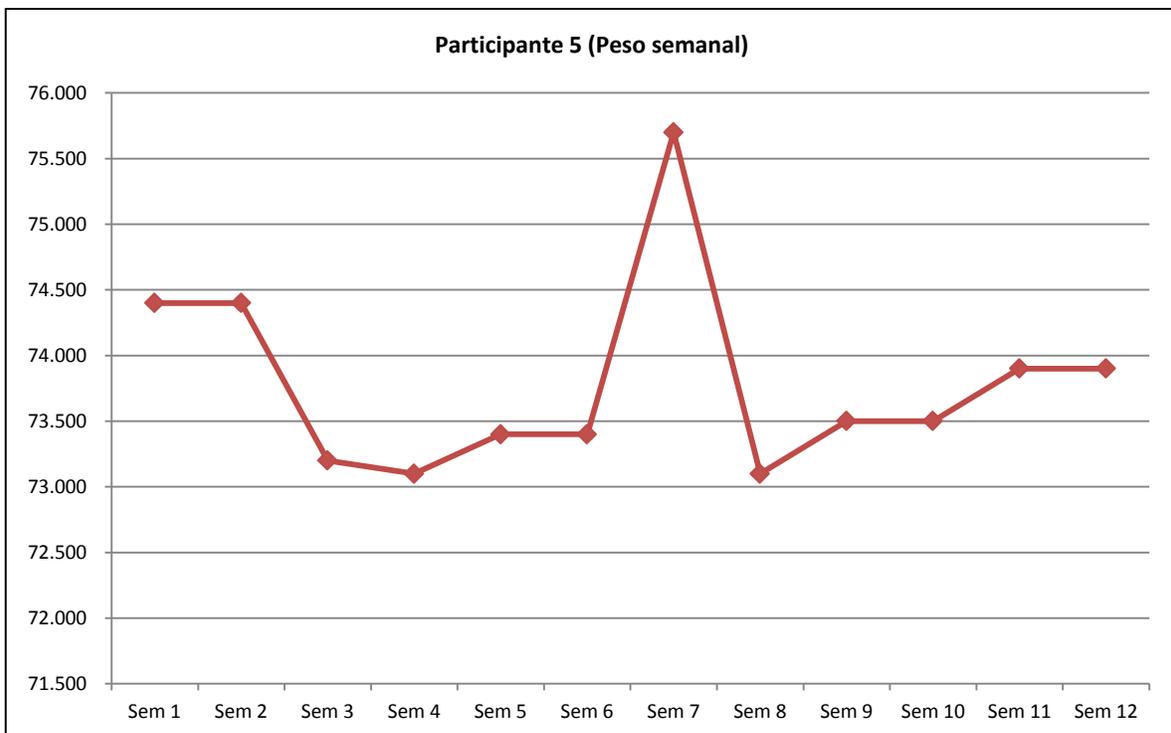
Grafica 6. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 3 tomados en De la Riva



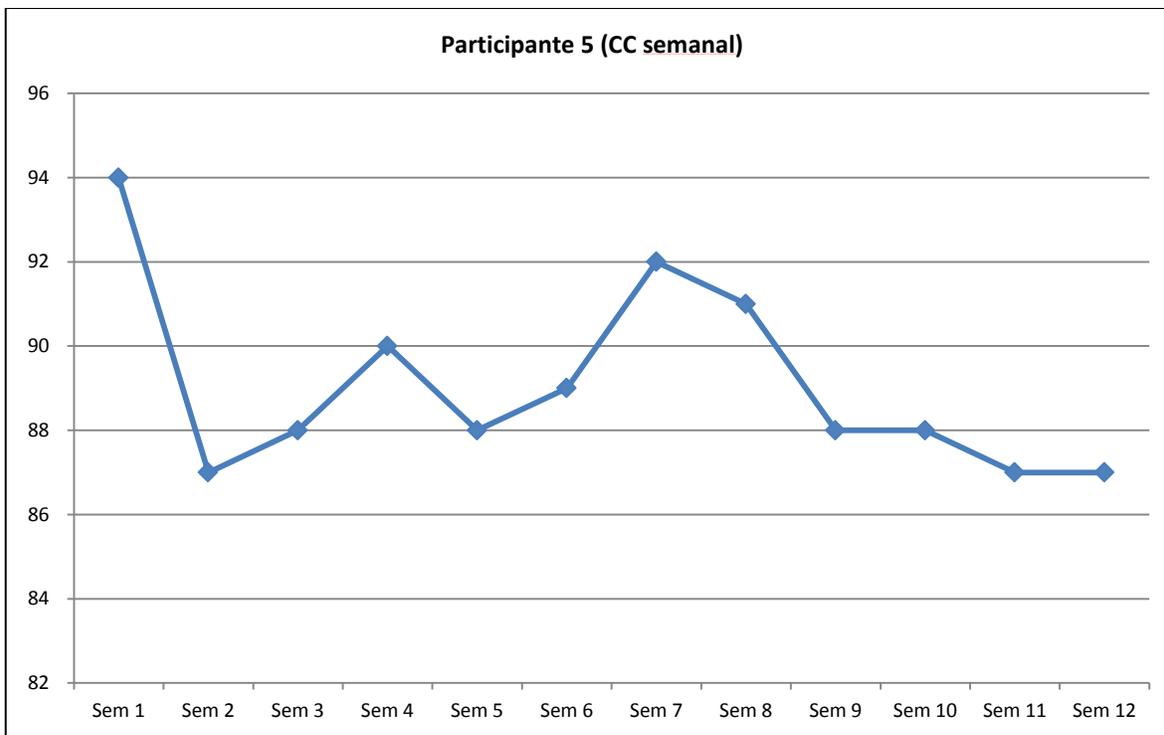
Grafica 7. Datos de peso semanal del participante 4 tomados en De la Riva



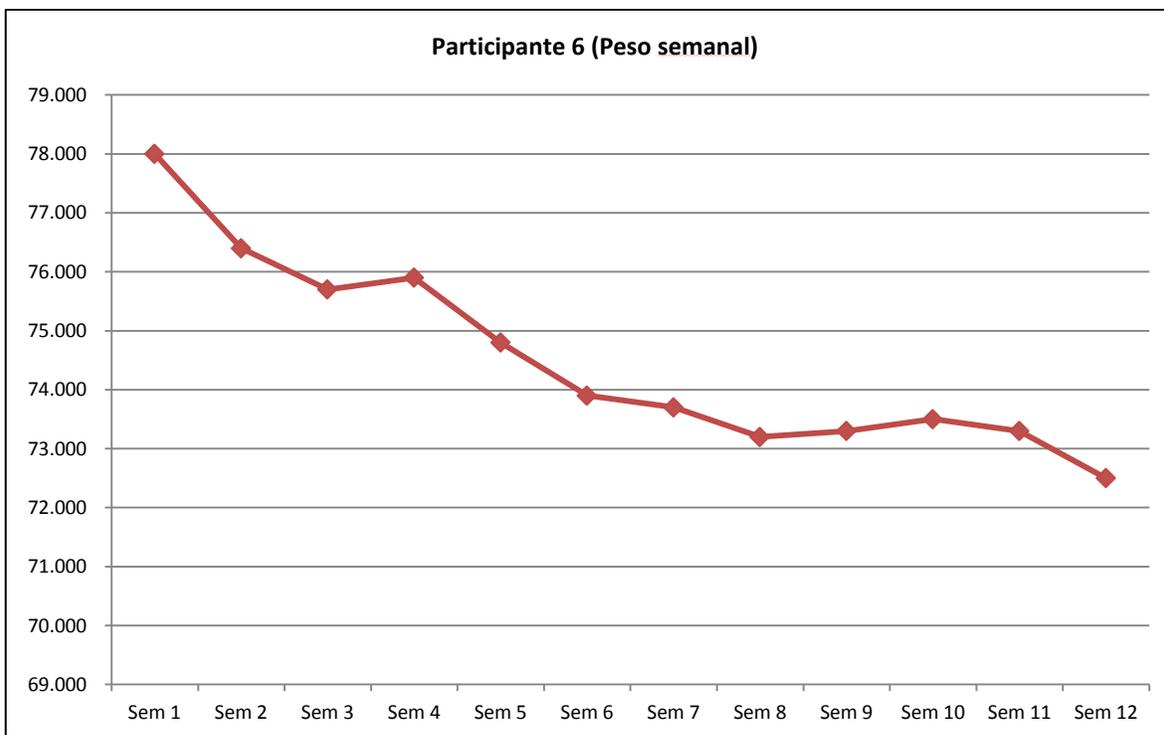
Grafica 8. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 4 tomados en De la Riva



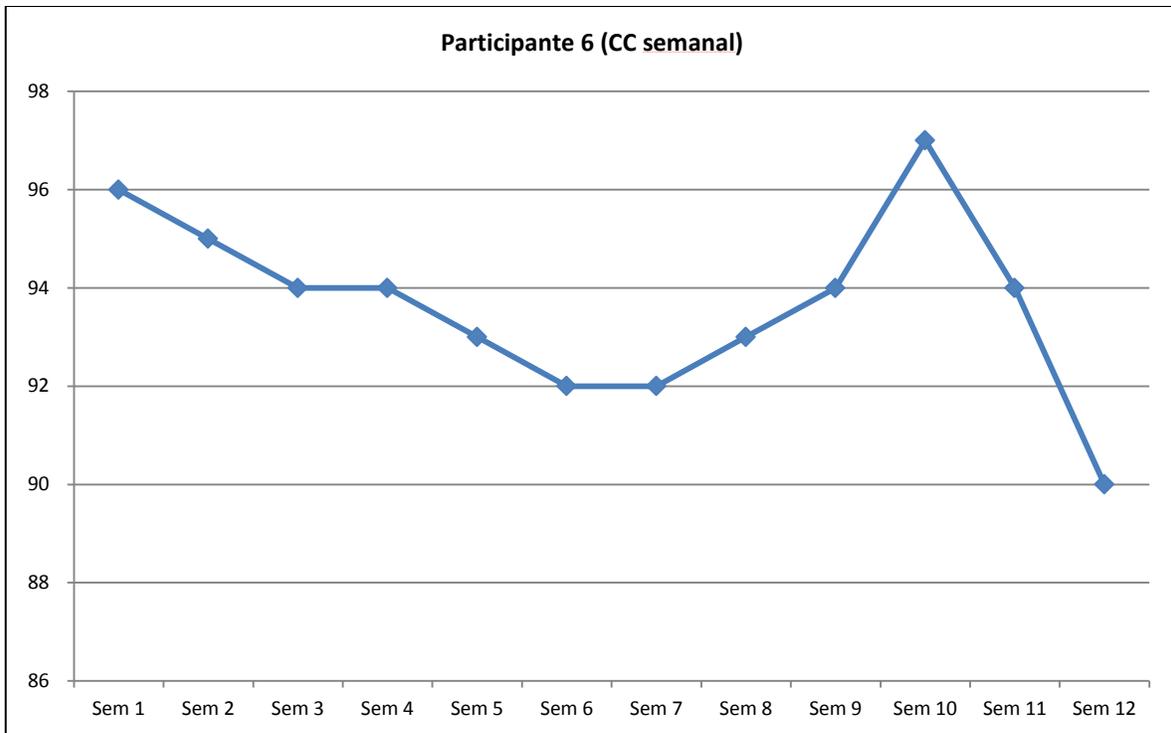
Grafica 9. Datos de peso semanal del participante 5 tomados en De la Riva



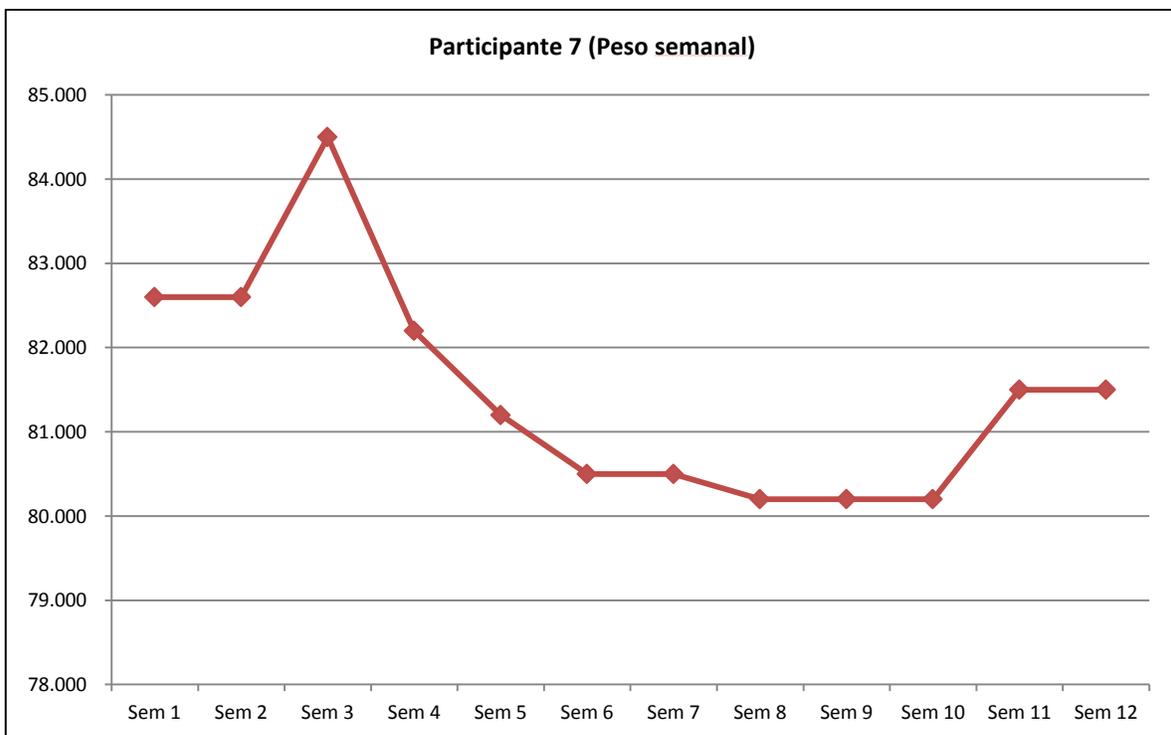
Grafica 10. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 5 tomados en De la Riva



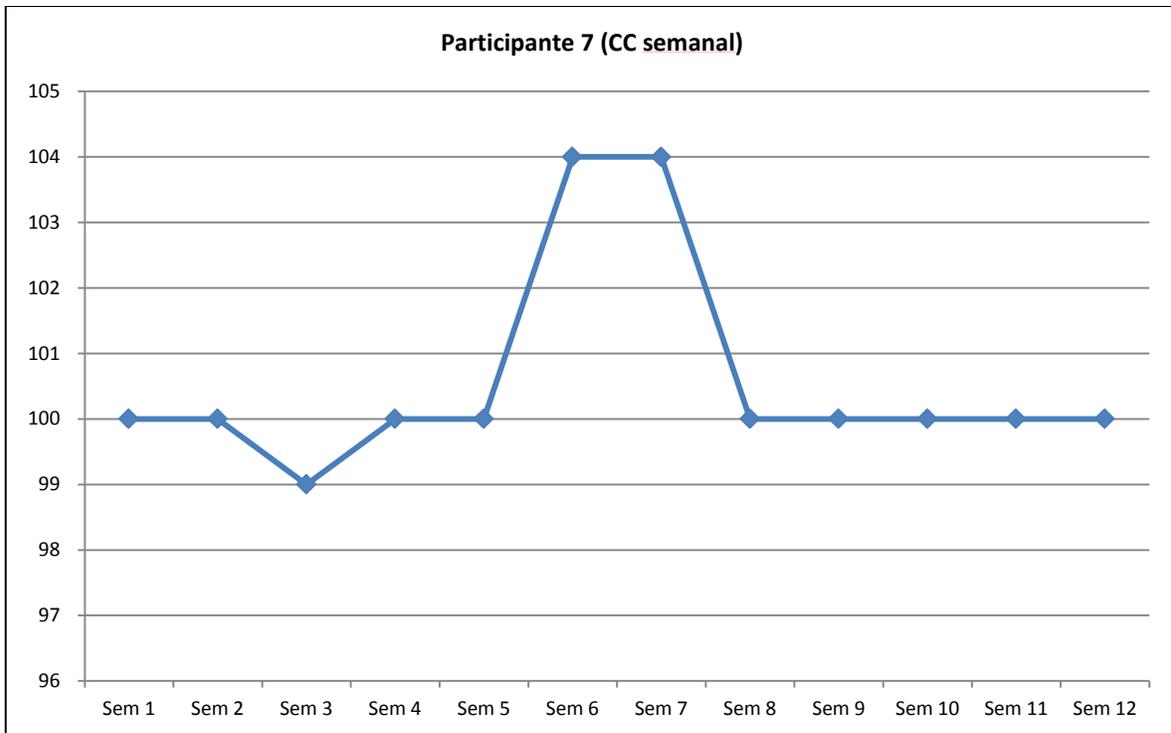
Grafica 11. Datos de peso semanal del participante 6 tomados en De la Riva



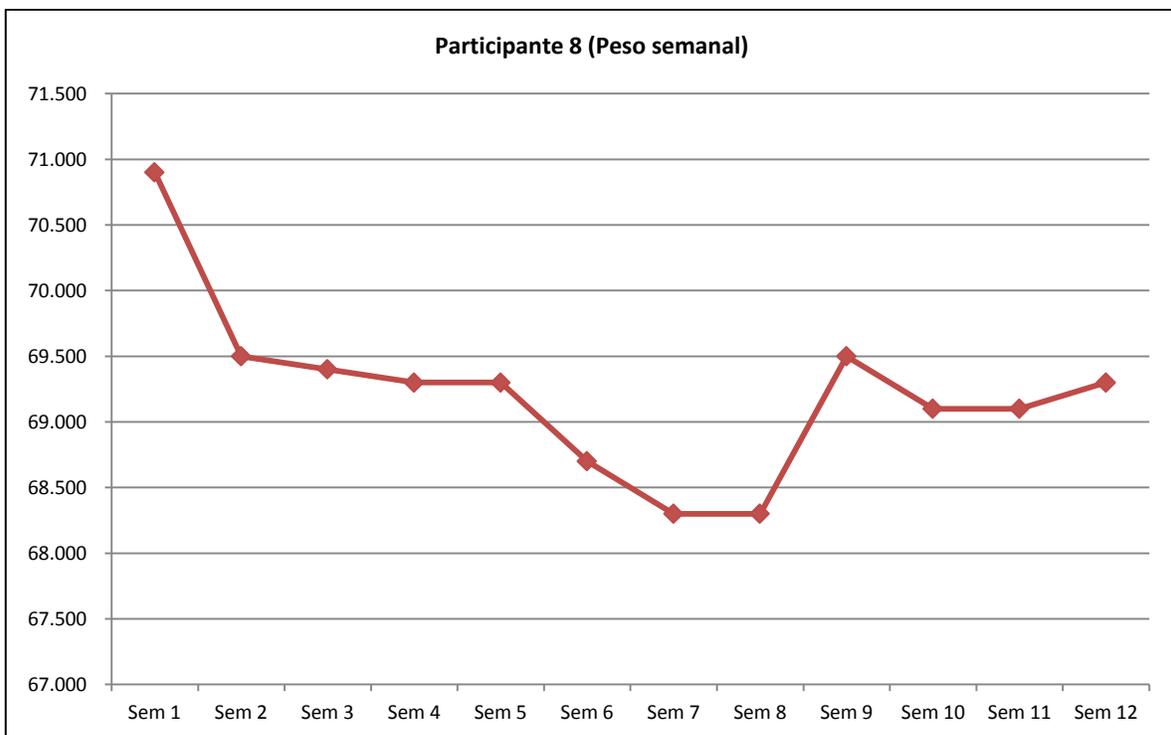
Grafica 12. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 6 tomados en De la Riva



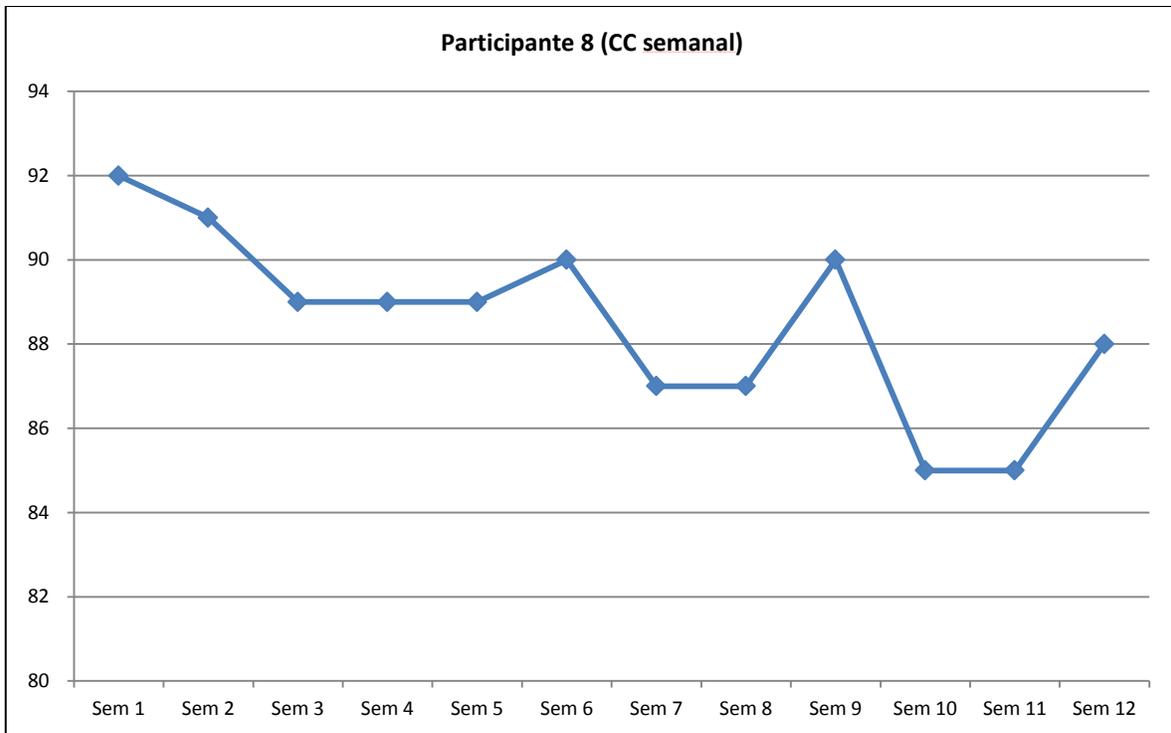
Grafica 13. Datos de peso semanal del participante 7 tomados en De la Riva



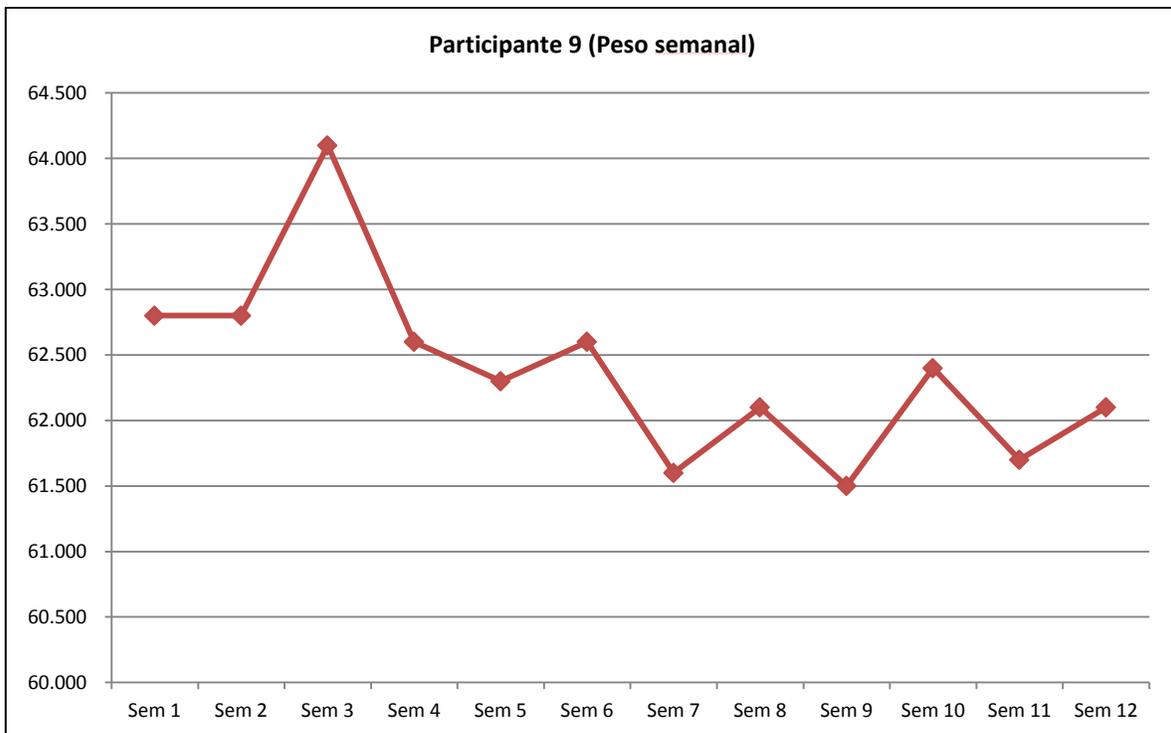
Grafica 14. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 7 tomados en De la Riva



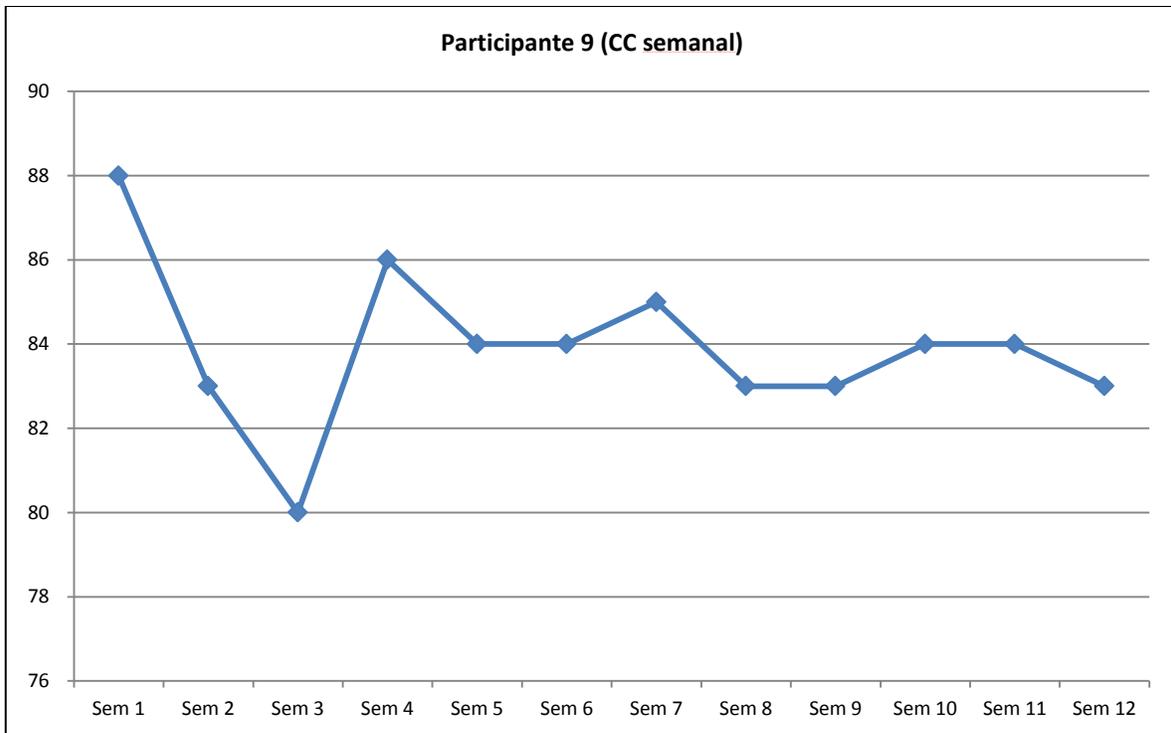
Grafica 15. Datos de peso semanal del participante 8 tomados en De la Riva



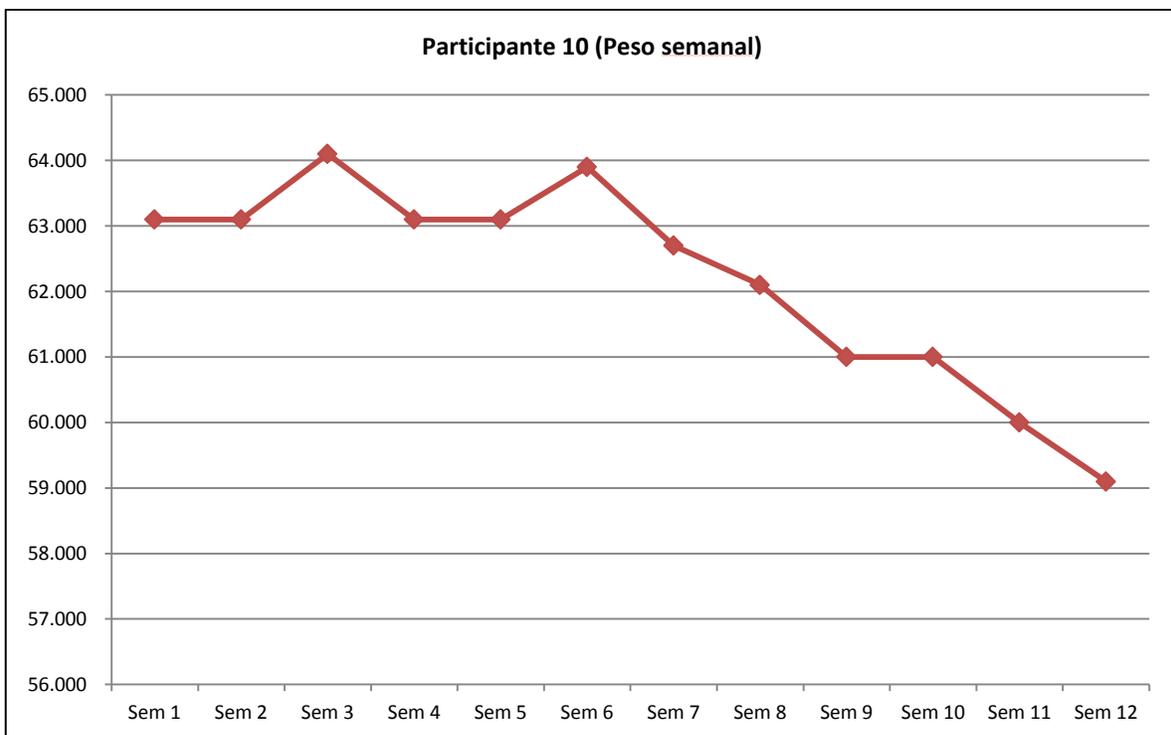
Grafica 16. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 8 tomados en De la Riva



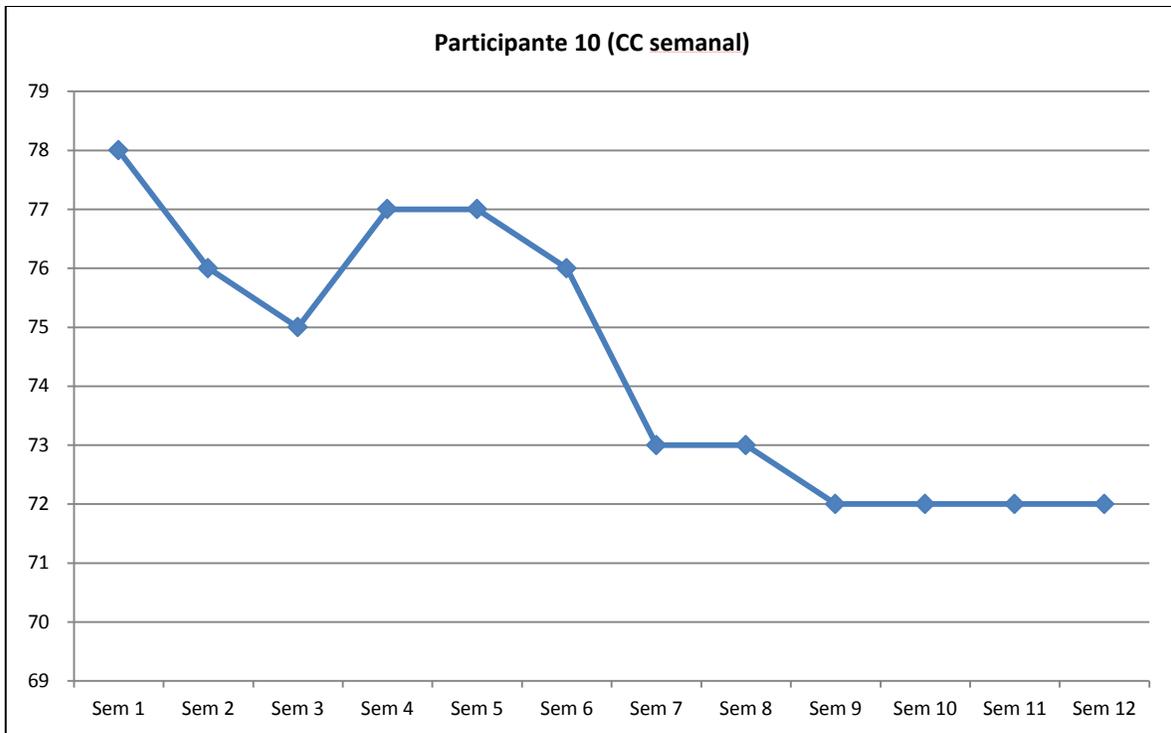
Grafica 17. Datos de peso semanal del participante 9 tomados en De la Riva



Grafica 18. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 9 tomados en De la Riva



Grafica 19. Datos de peso semanal del participante 10 tomados en De la Riva



Grafica 20. Datos de la Circunferencia de Cintura semanal del participante 10 tomados en De la Riva

Como se puede apreciar, la disminución del peso y la Circunferencia de Cintura fue de manera progresiva y menor a la inicial, esto muestra que el peso y la CC, se mantuvo por debajo del primer registró; la escala entre gráficas varía debido a las diferencias físicas de los participantes.

DISCUSIÓN

Este trabajo se basó en un programa conductual que proporcionó información sobre nutrición, hábitos alimentarios y de actividad física con apoyo de una nutrióloga, junto con la aplicación del Contrato Conductual, medición y registro de peso, talla, IMC y CC en los trabajadores de una empresa de marketing llamada De la Riva, todo esto contribuyó para que los participantes contaran con herramientas que facilitaron el control y el mantenimiento del peso.

La muestra fue obtenida de manera intencional, gracias al convenio que existe entre dicha empresa y la FES-Iztacala de la UNAM; por medio de difusión y apoyo interno de la empresa se hizo llegar la invitación a los trabajadores para la participación al programa. Debido al espacio y el tiempo, solamente se pudo realizar una vez por semana por un lapso de dos horas por 15 semanas.

El programa arrancó en la primera sesión con la asistencia de 30 personas, sin embargo, al cabo de las semanas, esto se redujo debido a la carga de trabajo que tienen en la empresa, cabe resaltar que éste es un factor importante en los hábitos alimentarios inadecuados y sedentarismo presentados por los trabajadores y por ende la presencia de sobrepeso y obesidad en los mismos.

Primeramente a través de dos cuestionarios, se indagaron los hábitos alimentarios y estilo de vida de los trabajadores, así como percepción física de ellos mismos y la disposición de participar en un programa para la reducción de peso, esto para tener un panorama de los factores que influyen en el sobrepeso y/u obesidad presentados por los interesados en participar.

Posteriormente, se dio lugar a platicas informativas sobre nutrición, proporcionando material de apoyo y realizando ejercicios, por ejemplo, una vez presentada la información sobre grupos de alimentos y las calorías necesarias al día, los participantes tuvieron que realizar un menú, incluyendo desayuno, comida, cena y colaciones de acuerdo a sus gustos y tomando en cuanto la información nutrimental proporcionada.

Semana a semana se comenzó a medir y registrar las variables antes mencionadas (peso, talla, IMC y CC), además de indicar el llenado de autorregistros sobre alimentos consumidos y la actividad física que los participantes realizaban al día; una vez concluidas las pláticas y con datos iniciales, se comenzó la aplicación del Contrato Conductual, donde de manera individual los participantes decidieron metas reales y sencillas, así el cómo llegarían a ellas, sus reforzadores de lograrlas y castigos de no hacerlo.

Cada semana los participantes ponían en práctica los conocimientos obtenidos y se comprometían a seguir el contrato con las condiciones impuestas por ellos mismos, eso junto con la medición y registro provocó que se diera de manera constante la reducción de peso, IMC y CC.

Al finalizar la muestra fue de diez personas únicamente, lo cual no permite hacer inferencias con la misma, sin embargo, se observó a lo largo de las sesiones y a los datos arrojados de éstas, la reducción del peso, del IMC y de la CC constante en los diez casos. Comparando los datos grupales iniciales y finales del peso, donde el inicial fue igual a 69.22kg y el final igual a 66.35kg y a los resultados de la prueba t ($t_{1-10} = 4.148$ $p = .002$), arrojaron que existieron diferencias significativas, además de los resultados individuales mediante las gráficas de peso y CC por participante, donde también se muestra la reducción de estas variables conforme pasaron las sesiones. Una gran limitante es que los resultados obtenidos no son generalizables debido al tamaño de la muestra tan pequeña; lo que se demuestra de manera importante es la reducción que tuvo como grupo, que es estadísticamente significativa, al igual que la reducción de peso y cintura de los participantes que se observa fue de forma progresiva y finalmente menor a la inicial.

Cabe resaltar que los participantes no bajaron de peso en la misma intensidad, esto debido a diversos factores, desde la composición biológica de cada persona, sus mismos hábitos y sobre todo, que cada uno de ellos, decidió sus metas, el cómo quería lograrlas, que pasaba si lo hacía o no para la reducción de peso.

Algunos de los puntos claves que se detectaron e influyeron en la eficacia de este programa fueron, los reforzadores sociales y la importancia de un elemento que el Contrato Conductual toma en cuenta (y que no siempre es indispensable para llevarlo a cabo) es el

rol de los paraprofesionales; lejos de que los participantes quisieran que fuese algo privado entre ellos y el asesor, les interesaba mucho compartirlo con compañeros que también estaban inscritos en el programa, esto provocó una reacción de competencia entre ellos y teniendo en común general una meta, el bajar de peso, además de que entre ellos se monitorearon para hacer cumplir sus condiciones, reforzadores y castigos. Otro factor que cabe señalar, es como ya se mencionó anteriormente, el que semanalmente se realizaban mediciones de peso y CC, y se tenía registro de los mismo, el cual podía consultar el participante correspondiente al mismo, por lo que, podía ir visualizando su avance, sirviendo como un retroalimentador importante.

Uno de los diferenciadores que tiene el programa con Contrato Conductual de otros programas de reducción de peso, es el sentido de poder que le da a los participantes y la no prohibición, ya que, como ellos mismos elegían la ingesta o no y la reducción de algún alimento, formulaban sus menús y elegían sus actividades físicas, generaba en el individuo la confianza y seguridad de elección entre sus gustos y no gustos; no hubo quien les impusiera hacer, consumir o no alimentos y actividades, dando así el otorgamiento del control sobre sí mismo y su alimentación.

Se puede decir que este programa es operable como preventivo y de intervención en programas asistenciales de salud, aplicando a diversos escenarios, esto debido a que la Educación Para la Salud (EPS), es un recurso que no solo influye en cuestiones pedagógicas, sino también sociales, económicas y políticas, contemplando una perspectiva participativa, ya no pasiva, es decir, lograr que los individuos hagan elecciones informadas y voluntarias relacionadas a la salud, con procesos y experiencias de aprendizaje, haciendo uso de diversas técnicas, incluyendo las psicológicas, sociales, medicas, pedagógicas, económicas, entre muchas otras (Torres, Beltrán, Barrientos, Lin y Martinez, 2008).

Por lo tanto, es necesario tomar en cuenta para un programa de reducción de peso, la percepción que se tiene sobre esto y el cambio en la alimentación, ya sea como beneficio para la salud, algo puramente estético o presión social, dando cuenta de esto por medio de palabras como el “ser”, “deber”, o “querer”, además, antes de iniciar con un programa de este tipo, se debe tomar en cuenta que hay consecuencias genéticas, normas sociales, el rol que el individuo desempeñe en la familia y las creencias que rodean al individuo para saber

qué es lo que piensa al momento de tomar el programa y sobre todo de formular su Contrato.

El Contrato Conductual aplicado de manera adecuada, logra integrar todas las partes por medio del otorgar el poder a la persona, de configurar y embonar, tanto, percepción, creencias, opiniones de terceros como son amigos, compañeros de trabajo, familia o/y simples conocidos, a partir de una adecuada orientación hacia el tema dirigido, en este caso, alimentación, resultando como determinante para la modificación y estímulo de logro hacia una meta, el cual era, bajar de peso y conservarlo en uno adecuado, por medio, de que el individuo tiene la información necesaria y adecuada, además de comprometerse con si mismo de manera escrita.

Es importante mencionar que para impulsar la modificación en una conducta es necesario encontrar algo que la comprometa, fijando metas bien establecidas en tiempo y en cómo se lograrán, además de un contingente que incremente la ausencia o presencia de una conducta. Allí es donde entra y juega su rol el Contrato Conductual, siendo este el principio en el que este trabajo se basó e impulsó a que los individuos se comprometieran a llevar a cabo la modificación de la conducta en la alimentación, utilizando tanto castigo como recompensa, así como reforzadores sociales, junto con autorregistros y ayudaron a que cada participante se diera cuenta lo que día a día se consumía y los efectos que tuvo el programa a lo largo de las semanas al cumplir con lo establecido en el Contrato Conductual, es decir, sin éste, los diez participantes que quedaron no hubiesen tenido algo que los motivara a regresar semana con semana.

REFERENCIAS

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (2010). México: *Secretaría de Salud*.
- Barcarcel, G. y Castañeda, F. (s.f.). *Sobrepeso y Obesidad*. Guatemala. Hospital General de enfermedades, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Manual Psicología*. España: Siglo XXI España editores,
- Calixto, R., López, C., Jimenez, L. y Serrano K. (2013). *Línea del tiempo de los productos en México*. México. Estudio interno para Peppermint en De la Riva Group.
- Camacho, L., Echeverría, S. y Reynoso, L. (2010). *Estilos de vida y riesgo en la salud de trabajadores universitarios*. México: UNAM, 3
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud, decima edición. CIE-10 (2010). *Enfermedades endocrinas, nutricionales metabólicas (E00-E90)*. Recuperado en <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/E65-E68>
- Confederación de Consumidores y Usuarios, (2008). Galarza, V. y Cabrera, G. *Hábitos alimentarios saludables*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Consumo
- Cooper, K. (2013). *Beyond BMI: A Better Tool to Measure Your Health. Waist-to-Height ratio is better and simpler*. Women's Health Institute. Recuperado en http://health.clevelandclinic.org/2013/04/beyond-bmi-a-better-tool-to-measure-your-health/?utm_campaign=bewell+enews&utm_medium=email&utm_source=bewell1305&utm_content=beyond+bmi

- Curriculum de Educación Inicial. (s.f.). *Formación de hábitos alimentarios y Estilos de vida saludables*. Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo e Instituto Nacional de Nutrición.
- DeRisi, W. & Butz, G. (1980). *Writing Behavioral Contracts. A Case Simulation Practice Manual*. USA: Research Press
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (2006). Olaiz-Fernández, G.; Rivera-Dommarco, J.; Shamah-Levy, T.; Rojas, R.; Villalpando-Hernández, S.; Hernández-Ávila, M. y Sepúlveda-Amor, J. México: *Instituto Nacional de Salud Pública*.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. (2012). Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Hernández-Ávila, M. México: *Instituto Nacional de Salud Pública*.
- García-Rodríguez, J., García-Fariñas, A., Rodríguez-León, G. y Gálvez-González, A. (2010). *Dimensión económica del sobrepeso y obesidad como problemas de salud pública*. México: Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.
- García Hernández C, Ramos Estrada DY, Serrano Encinas DM, Sotelo Castillo MA, Flores Ivich LG. y Reynoso-Erazo L. (2009). Estilos de vida y riesgos a la salud en profesores universitarios: un estudio descriptivo. *Psicología y Salud*, 19-1, 141-149.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2007). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana*. México: INEGI
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Instituto Nacional de Salud Pública. Obesidad infantil*. Boletín de Práctica Médica Efectiva. México
- Iñarritu, Ma. (s.f.). Obesidad. México: Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM. Recuperado en www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.ppt+&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=mx.
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno

- Lara, A., Rosas, M., Pastelín, G., Aguilar, C., Attie, F. y Velázquez, O. (2004). *Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo.*
- López C., J.M., Ariza A., C.R., Rodríguez M., J.R. y Murguía M., C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45(4), 259-268.
- Marrodán, M., Martínez, J., González-Montero, M., López-Ejeda, N., Cabañas, M., Pacheco, J., Mesa, M., Prado, C. y Carmenate, M. (2011). *Estimación de la adiposidad a partir del índice cintura talla: ecuaciones de predicción aplicables en población infantil española.* Madrid: Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria.
- Montiel, Z. (2007). *La relación entre maquiavelismo y variables sociodemográficos en una muestra de estudiantes de derecho.* Tesis para Licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morales, J. (2010). *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario.* México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA11998 (2003). Para el manejo integral de la obesidad Regidor, E., Gutiérrez, J., López, E., Benegas, J., Rodríguez, F. *Salud Pública* 19:101-110
- Ocampo, A., Magallan, A., Villa, T. y Cuevas, E. (2007). *Programa de cesación del tabaquismo en un Hospital de tercer nivel. Terapia brevecognitivo-conductual.* México: Secretaría de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* Organización Mundial de la Salud. Recuperado en http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Obesidad y sobrepeso. *Nota descriptiva N°311.* Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *10 datos sobre la obesidad.* Recuperado en <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). (2009). *La sociedad en un vistazo (Society at a Glance).* Nota de México. Recuperado en

<http://www.oecd.org/centrodemexico/66minutosaldiaquededicanelosmexicanosacomerybeberelmasbajodelaocde.htm>

- Programa CARMEN-Chile, (2002). *Proyecto de salud cardiovascular*. Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Programa emergente 2011-2012. (2011). *Prevención y control de sobrepeso*. México: *Secretaría de Salud*
- Ramírez, A. y Hernández, B. (2011) *Propuesta de un taller de modificación de conducta dirigido a adolescentes con obesidad y sobrepeso*.
- Reynoso, L., Seligno, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno, 64-66
- Reynoso E., L. (2006). *Cuestionario de Evaluación de Factores de Riesgo*. México: UNAM.
- Reynoso, L. y Cortés, A. (2011). *Diabetes tipo 2 en niños. Alternativas de prevención*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Salud. (2010). *Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Secretaría de Salud Federal, bases técnicas el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. México.
- Sánchez, A., Guzmán, E. y González M. (2005). *Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad*. Enseñanza e investigación en Psicología. Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Sánchez, C.; Pichardo, E. y López, P. (2004). *Epidemiología de la obesidad*. México: *Medigraphic, vol. 140, suplemento 2*.
- Seclèn, S., Leey, J., Villena, A., Herrera, B., Menacho, J., Carrasco, A. y Vragas, R. (1999) *Prevalencia de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la Costa, Sierra y Selva del Perú*. Perú: Acta medica peruana, vol. XVII: 1.

- Secretaría de Salud (2002). *Manual de Procedimientos. Toma de medidas clínicas y antropométricas. En el adulto y en el adulto mayor*. México. Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Salud del Adulto y el Anciano.
- Shamah-Levy, T., Rivera-Dommarco, J., Rojas, R. y Villalpando- Hernández, S. (2006). *Manual de Procedimientos para Proyectos de Nutrición*. México: Instituto Nacional de Salud.
- Tiposde.org Portal Educativo (2013). Tipos de Obesidad. Recuperado en <http://www.tiposde.org/salud/180-tipos-de-obesidad/>
- Torres, I., Beltrán, F., Barrientos, C., Lin, D. y Martínez, G. (2008). *La investigación en Educación para la Salud. Retos y perspectivas*. México: Rev Med UV, 8(1): 45-55
- U. S. Department of Health and Human Service of EE.UU. & National Heart, Lung and Blood Institute (2008). Do you need to lose weight? Healthy Hearts, Healthy Homes. NHLBI. Recuperado en www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/other/sp_package.htm
- Vargas, S. (s.f). *Los estilo de vida en la salud*. Costa Rica: Salud Pública en Costa Rica. Recuperado en <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06%20Los%20estilos.pdf>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTILOS DE VIDA EN TRABAJADORES DE LA EMPRESA “DE LA RIVA”

Propósito del estudio

Realizar un perfil sobre los estilos de vida de trabajadores de la empresa “De la Riva”

Procedimiento

Lo invitamos a participar de forma voluntaria en este estudio, contestando las preguntas del cuestionario respecto a cómo se comporta de manera cotidiana, permitiendo ser pesado, medido y registrando su circunferencia de cintura e índice de masa corporal. Su participación es muy importante y valiosa. Por supuesto si en algún momento de responder los instrumentos usted desea retirarse, lo podrá hacer.

Confidencialidad

Toda la información que proporcione será tratada de forma confidencial, nunca se hará mención de su nombre. Esta información se mantendrá bajo resguardo del equipo de investigación.

Yo _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en este estudio, cuyo propósito me fue especificado por el entrevistador. Me ha ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, surja durante el desarrollo del estudio. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento.

Distrito Federal, Méx., a _____ de _____ de 2013

Participante

Investigador

* Reynoso E., L. (2006). Cuestionario de Evaluación de Factores de Riesgo. México: UNAM.

CUESTIONARIO I

Contesta las siguientes preguntas marcando la respuesta que consideres correcta

| | | | | | |
|--|------------|------------|----------|----------|----------|
| 1. ¿Te consideras una persona con problemas de peso? | SI | NO | | | |
| 2. ¿Crees que el sobrepeso podría llegar a afectar tu salud o en tu trabajo? | SI | NO | | | |
| 3. ¿Alguna vez has sentido que la gente te ha tratado mal por considerarte “gordito(a)”? | SI | NO | | | |
| 4. ¿Te sientes bien con tu aspecto físico y con tu peso? | SI | NO | | | |
| 5. ¿Has intentado hacer alguna dieta? | SI | NO | | | |
| 6. ¿Tienes problemas para desarrollar alguna actividad física? | SI | NO | | | |
| 7. ¿Cuántas veces comes al día? | Menos de 3 | 3 | 4 | 5 | Más de 5 |
| 8. ¿Cuántas veces al día consumes alimentos entre comidas? | Ninguna | 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
| 9. ¿Qué tipo de alimentos consumes entre comidas? | No consumo | Frutas | Verduras | Chatarra | Otros: |
| 10. ¿En qué medida crees que el sobrepeso afecta tu vida? | | | | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | |
| Nada en absoluto | | Totalmente | | | |
| 11. ¿En qué medida consideras que comes en exceso o no te cuidas? | | | | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | |
| Nada en absoluto | | Totalmente | | | |
| 12. ¿En qué grado estarías dispuesto a colaborar con un programa de reducción de peso? | | | | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | |
| Nada en absoluto | | Totalmente | | | |

13. En la siguiente escala relativa a llevar una vida físicamente activa o sedentaria, ¿en dónde te colocarías?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totalmente

activa

Totalmente inactiva

* Ramírez, Hernández B. (2011) *Propuesta de un taller de modificación de conducta dirigido a adolescentes con obesidad y sobrepeso.*

CUESTIONARIO II

| | |
|-------|------------------|
| SEXO: | GRADO ACADÉMICO: |
| EDAD: | PUESTO: |

| | | |
|-----------|-----|------|
| PESO: | Kg. | C.C. |
| ESTATURA: | cm. | IMC |

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

En tu familia directa: ¿Alguien ha padecido o padece o falleció por alguno de los siguientes padecimientos? Especifique

| | | | |
|---|-----------|-----------|-------------|
| DIABETES | NO | SI | PARENTESCO: |
| OBESIDAD O SOBREPESO | NO | SI | PARENTESCO: |
| CANCER | NO | SI | PARENTESCO: |
| PROBLEMAS CARDIOVASCULARES (hipertensión, arteriosclerosis, insuficiencia venosa periférica, insuficiencia coronaria, etc.) | NO | SI | PARENTESCO: |
| HIPERCOLESTEROLEMIA | NO | SI | PARENTESCO: |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-------------|---|----------------------------|---|---|---|---|---|-----|
| ¿Ingiere bebidas alcohólicas? | NO | SI | FRECUENCIA: | | Menos de una vez al mes | | | | | | |
| | | | | | Una vez al mes | | | | | | |
| | | | | | 2 al mes | | | | | | |
| | | | | | Una vez a la semana | | | | | | |
| | | | | | 2 a la semana | | | | | | |
| | | | | | 3 veces a la semana | | | | | | |
| | | | | | Más de 3 veces a la semana | | | | | | |
| Cantidad de copas que ingiere habitualmente: | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Más |

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------------|-----------|-------------|--|--|--|--|--|--|
| ¿FUMA? | NO | SI | CANTIDAD | | | | | | | | |
| | | | De 1 a 5 | | | | | | | | |
| | | | De 6 a 10 | | | | | | | | |
| | | | De 11 a 15 | | | | | | | | |
| | | | De 16 a 20 | | | | | | | | |
| | | | De 21 a 30 | | | | | | | | |
| | | | Más de 30 | | | | | | | | |
| AÑOS DE FUMAR | | | De 1 a 3 años | | | | | | | | |
| | | | De 3 a 5 años | | | | | | | | |
| | | | De 6 a 10 años | | | | | | | | |
| | | | Más de 10 años | | | | | | | | |
| ¿Se ha realizado algún estudio para determinar si | | | NO | SI | ESPECIFICA: | | | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| tiene alguna alteración a causa del cigarro? | | |
|--|--|--|

| | | | |
|---|------------|------------------|--------|
| MUJERES: ¿Toma medicamentos anticonceptivos? | NO | SI | |
| Tiempo de uso: | | Menos de un años | |
| | | 1 a 2 años | |
| | | 2 a 3 años | |
| | | 3 a 4 años | |
| | | Más de 4 años | |
| ¿Se ha realizado Papanicolaou cervicouterino? | NO | SI | Fecha: |
| | Resultado: | | |

ASEO PERSONAL

| | | | |
|---------------------------------|--------|-----------|-------|
| Frecuencia de baño (por semana) | DIARIO | ALTERNADO | MENOS |
| Cambio de ropa | DIARIO | ALTERNADO | MENOS |

HÁBITOS ALIMENTICIOS

| | | | | | | | | | |
|--|------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|--------------------|-----------|
| DESAYUNO: | | | | | | | | | |
| ¿A qué hora desayuna habitualmente? | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | NO DESAYUNA | |
| ¿Qué desayuna habitualmente? | Jugo | | | | | | | SI | NO |
| | Fruta | | | | | | | SI | NO |
| | Cereal | | | | | | | SI | NO |
| | Leche | | | | | | | SI | NO |
| | Café | | | | | | | SI | NO |
| | Pan | | | | | | | SI | NO |
| | Mermelada | | | | | | | SI | NO |
| | Mantequilla | | | | | | | SI | NO |
| | Yoghurt | | | | | | | SI | NO |
| | Huevo | | | | | | | SI | NO |
| | Tocino | | | | | | | SI | NO |
| | Algún guisado | | | | | | | SI | NO |
| Otro : | | | | | | | SI | NO | |
| ¿Se lava las manos antes de desayunar? | SIEMPRE | | A VECES | | NUNCA | | | | |
| ¿Se lava los dientes después de desayunar? | SIEMPRE | | A VECES | | NUNCA | | | | |

| COMIDA: | | | | | | |
|--|--------------------------------|-----|---------|-----|-------|-----|
| ¿A qué hora come habitualmente? | 1pm | 2pm | 3pm | 4pm | 5pm | 6pm |
| ¿Qué come habitualmente? | Sopa | | | | SI | NO |
| | Verduras | | | | SI | NO |
| | Carnes (pollo, pescado o res) | | | | SI | NO |
| | Mariscos | | | | SI | NO |
| | Vísceras | | | | SI | NO |
| | Huevo | | | | SI | NO |
| | Pan | | | | SI | NO |
| | Mantequilla | | | | SI | NO |
| | Frutas | | | | SI | NO |
| | Café | | | | SI | NO |
| | Tortillas | | | | SI | NO |
| | Algún guisado (p. ej.): | | | | SI | NO |
| | Otro : | | | | SI | NO |
| ¿Se lava las manos antes de comer? | SIEMPRE | | A VECES | | NUNCA | |
| ¿Se lava los dientes después de comer? | SIEMPRE | | A VECES | | NUNCA | |

| CENA: | | | | | | | | |
|--|----------------------|---|---------|---|-------|----|----------------|----|
| ¿A qué hora cena habitualmente? | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | NO DESAYUNA | |
| ¿Qué cena habitualmente? | Cereal | | | | | | SI | NO |
| | Fruta | | | | | | SI | NO |
| | Leche | | | | | | SI | NO |
| | Café | | | | | | SI | NO |
| | Pan | | | | | | SI | NO |
| | Tortillas | | | | | | SI | NO |
| | Mermelada | | | | | | SI | NO |
| | Mantequilla | | | | | | SI | NO |
| | Yoghurt | | | | | | SI | NO |
| | Huevo | | | | | | SI | NO |
| | Tocino | | | | | | SI | NO |
| | Algún guisado | | | | | | SI | NO |
| | Otro : | | | | | | SI | NO |
| ¿Se lava las manos antes de cenar? | SIEMPRE | | A VECES | | NUNCA | | | |
| ¿Se lava los dientes después de cenar? | SIEMPRE | | A VECES | | NUNCA | | | |

ACTIVIDAD FÍSICA

| | | | | | | | |
|--|----------------|---|----------------|-----------|---|-----------|---|
| ¿Hace usted ejercicio? | SIEMPRE | | A VECES | | | NO | |
| Frecuencia de ejercicio (días a la semana) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Tipo de actividad | | | | | | | |
| Natación | SI | | | NO | | | |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Artes marciales (box, taekwon-do, karate, kick boxing, etc.) | SI | NO |
| Con balones, pelotas, etc. (futbol, voleyball, tenis, basketball) | SI | NO |
| Asiste al gimnasio | SI | NO |
| Ciclismo o spinning | SI | NO |
| Danza, aeróbics, etc. | SI | NO |
| Correr y/o caminar | SI | NO |
| Otro (especifique): | | |

DIVERSIONES

| EN SUS TIEMPOS LIBRES: | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------|-----------|------------------------|---|---|---|---|-------|---|
| ¿Asiste al cine? | SI | NO | Frecuencia (al mes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Asiste al teatro? | SI | NO | Frecuencia (al mes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Asiste a exposiciones? | SI | NO | Frecuencia (al mes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Se queda en casa a leer? | SI | NO | Frecuencia (al mes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Ve la televisión? | SI | NO | | | | | | | |
| ¿Cuánto tiempo ve la televisión? | | | Menos de una hora | | | | | | |
| | | | Entre una y dos horas | | | | | | |
| | | | Entre dos y tres horas | | | | | | |
| | | | Más de tres horas | | | | | | |
| ¿Escucha música? | SI | NO | | | | | | | |
| ¿Cuánto tiempo escucha música? | | | Menos de una hora | | | | | | |
| | | | Entre una y dos horas | | | | | | |
| | | | Entre dos y tres horas | | | | | | |
| | | | Más de tres horas | | | | | | |
| ¿Usa la computadora? | SI | NO | | | | | | | |
| ¿Cuánto tiempo usa la computadora? | | | Menos de una hora | | | | | | |
| | | | Entre una y dos horas | | | | | | |
| | | | Entre dos y tres horas | | | | | | |
| | | | Más de tres horas | | | | | | |
| ¿Sale a cenar? | SI | NO | Frecuencia (al mes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Con quién sale a cenar? | Familiares | | Amigos | | | | | Otro: | |

TRANSPORTE

| | | |
|---|-----------|-----------|
| ¿En qué medio de transporte acude al trabajo? (Marque los que corresponden) | | |
| Auto propio | SI | NO |

| Si maneja: ¿Usa siempre el cinturón de seguridad? | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|---|-----------------------|-----------|-------|
| Autobús | SI | NO | |
| Microbús | SI | NO | |
| Metro | SI | NO | |
| Metrobús | SI | NO | |
| Tren suburbano | SI | NO | |
| Tren ligero | SI | NO | |
| Taxi | SI | NO | |
| Trolebús | SI | NO | |
| Bicicleta | SI | NO | |
| Motocicleta | SI | NO | |
| Caminando | SI | NO | |
| ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al trabajo? | Menos de 15 minutos | | |
| | Entre 15 y 30 minutos | | |
| | Entre 30 y 60 minutos | | |
| | Entre 1 y 2 horas | | |
| | Más de 2 horas | | |
| ¿Qué hace en el camino al trabajo? | Leer | | |
| | Dormir | | |
| | Escuchar música | | |
| | Nada en especial | | |
| | Comer | | |

SALUD

| | | | | |
|--|--------------|-----------|-----------|--|
| ¿Acude al médico? | SI | NO | | |
| Frecuencia con la que acude | Cada 6 meses | Anual | Irregular | |
| ¿Acude al médico solamente cuando tiene signos y síntomas de enfermedad? | SI | NO | | |
| ¿Toma algún medicamento? ¿Cuál? | SI | NO | | |
| ¿Padece alguna enfermedad diagnosticada? ¿Cuál? | SI | NO | | |
| ¿Sigue las indicaciones médicas? | SI | NO | | |
| ¿Se automedica? ¿Qué medicamentos se automedica? | SI | NO | | |
| ¿Acude al dentista? | SI | NO | | |
| Frecuencia con la que acude | Cada 6 meses | Anual | Irregular | |

AUTORREGISTRO ALIMENTACIÓN Y BEBIDASNombre _____ Registro: 1 _____Día LUNES Fecha _____

| | HORARIO | LUGAR | TIPO DE COMIDA | CANTIDAD | BEBIDA | CANTIDAD |
|-----------------|----------------|--------------|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| DESAYUNO | | | | | | |
| COLACIÓN | | | | | | |
| COMIDA | | | | | | |
| COLACIÓN | | | | | | |
| CENA | | | | | | |
| COLACIÓN | | | | | | |

* Ramírez, Hernández B. (2011) *Propuesta de un taller de modificación de conducta dirigido a adolescentes con obesidad y sobrepeso.*

AUTORREGISTRO ACTIVIDAD FÍSICANombre _____ Registro 1 _____Día LUNES Fecha _____

| HORARIO | LUGAR | TIPO DE ACTIVIDAD | TIEMPO DEDICADO |
|---------|-------|-------------------|-----------------|
| | | | |

* Ramírez, Hernández B. (2011) *Propuesta de un taller de modificación de conducta dirigido a adolescentes con obesidad y sobrepeso.*

CONTRATO

Fecha de vigencia: Inicio _____ Término _____

Este contrato es entre:

Nombre del participante. _____ Asesor: _____

Yo me comprometo a realizar las siguientes conductas:

META:

Me comprometo a:

Por medio de las siguientes condiciones:

A cambio de cumplir con lo anterior yo disfrutaré de:

Por lo que el incumplimiento de las condiciones supondrá que:

ASESOR

Me comprometo a:

- Acudir a todas las sesiones programadas.
- Tener un trato respetuoso con los participantes.
- Desarrollar las actividades del programa.
- Ofrecer información sobre alimentación saludable y actividad.
- Dar herramientas y guiarlo para llevar una vida saludable.
- Dar seguimiento de las actividades del programa.
- Revisar semanalmente el autorregistro de alimentación y bebida, así como el de actividad física
- Realizar mediciones de peso, talla, circunferencia de cintura e IMC semanalmente
- Revisión de cumplimiento de submetas (condiciones)
- Aclaración de dudas
- Proporcionar el material que sea requerido
 - a) Guía de alimentación saludable.
 - b) Guía de actividad física.
 - c) Guía de menús saludables.

Firma del interesado

Firma del asesor

Ejemplo de material que se utilizó para mostrar la etiqueta nutricional:

TIPS BÁSICOS PARA COMPRENDER LA ETIQUETA NUTRIMENTAL

2. Procura NO EXCEDERTE, de 2000 kcal al día.

3. RECUERDA, consumir más proteínas de origen vegetal pero no olvides las de origen animal.

6. Si vas añadir azúcares a tus alimentos hazlo en **FORMA MODERADA**.

7. Comer cereales integrales te ayuda a alcanzar la **RECOMENDACIÓN** de 25 g de fibra al día.

9. Asegúrate de VARIAR tus alimentos para que cumplas con tus requerimientos de vitaminas y minerales.

| INFORMACIÓN NUTRIMENTAL <small>Composición Medio</small> | Por 30 g de Cereal NESTLÉ® FITNESS |
|---|--|
| Contenido energético: kilojulios | 444 |
| → Kilocalorías | 105 |
| → Proteínas, g | 2,7 |
| → Lípidos, g | 0,66 |
| De los cuales: | |
| Grasa saturada, g | 0,30 |
| Hidratos de carbono, g | 22,0 |
| De los cuales: | |
| → Azúcares, g | 4,0 |
| → Fibra dietética, g | 2,8 |
| → Sodio, mg | 146 |
| Vitaminas y Minerales <small>en % del valor recomendado diario</small> | Por 30 g de Cereal NESTLÉ® FITNESS |
| Vitamina B1 | 48% |
| Vitamina B2 | 50% |
| Vitamina B6 | 54% |
| Niacina | 46% |
| Ácido Fólico | 13% |
| Vitamina B12 | 12% |
| Vitamina C | 25% |
| Ácido Pantoténico | 38% |
| Calcio | 9% |
| Hierro | 22% |
| Zinc | 22% |

Para producir 100 g de este producto se utilizan 41,6 g de Cereal Integral

1. FÚATE BIEN, pues pueden venir más de 1 porción en el empaque.

4. ELIGE productos bajos en grasa y que no contengan grasas trans.

5. LIMITA tu consumo de grasas saturadas, como la mantequilla y la crema.

8. ELIGE productos con un bajo contenido de sodio, no te excedas de 2400 mg al día.

10. ELIGE cereales integrales en lugar de los refinados.





PORCIÓN:

Cantidad de producto que se recomienda comer.

CONTENIDO ENERGÉTICO:

Cantidad de energía que aporta el alimento y se expresa en Kcal o kJ.

PROTEÍNAS:

Principal componente estructural del cuerpo y nos ayudan para crecer y desarrollarnos adecuadamente.

LÍPIDOS:

Aportan energía y constituyen la reserva de energía más grande para el organismo.

GRASA SATURADA:

Generalmente provienen de alimentos de origen animal, como el tocino y la manteca y algunos aceites vegetales, como aceite de coco y palma.

AZÚCARES:

Son carbohidratos simples (e). Azúcar, lactosa, fructosa, etc.)

FIBRA DIETÉTICA:

Son carbohidratos que no se digieren, solamente pasan a lo largo del intestino y pueden ayudar a facilitar la digestión.

SODIO:

Principal componente de la sal, su consumo debe ser moderado.

VITAMINAS:

Son compuestos orgánicos, necesarios para mantener las funciones normales del cuerpo.

MINERALES:

Son compuestos inorgánicos, necesarios para asegurar el óptimo funcionamiento metabólico del cuerpo.

CARBOHIDRATOS:

Constituyen la fuente principal de energía de la dieta.

IEA

Ingesta diaria promedio que cumple con los requerimientos nutricionales de casi todas las personas saludables por grupo de edad.

Además de saber elegir nuestros alimentos hay que saber en qué cantidades consumirlos. Una forma práctica de calcular los tamaños de las porciones "correctas" es compararlos con objetos que conozcamos sus proporciones.
(Ver GUÍA VISUAL DE PORCIONES)

GUÍA VISUAL DE PORCIONES**1 TAZA**

ESQUIVALE APROXIMADAMENTE AL TAMAÑO DE UNA PELLETA DE BÉISBOL

- 1 taza de cereales al desayuno
- 1 taza de yogur líquido en grano
- 1 taza de leche mediana
- 1 taza de leche descremada
- 1 taza de leche evaporada
- 1 taza de leche azucarada

**1/2 TAZA**

TIENE MÁS O MENOS EL TAMAÑO DE UN BUZBO DE 90 W

- 1/2 taza de arroz cocido
- 1/2 taza de pasta cocida
- 1/2 taza de frijoles bajos en grasa
- 1 papa mediana cocida

**85 GRAMOS**

DE POLVO APLANADO TIENE MÁS O MENOS EL TAMAÑO DE UNA BARAJA

- 85 g de arroz en la parte aplanada de la harina
- 85 g de carne magra
- 85 g de pescado

**UNA CUCHARADA**

UNA CUCHARADA TIENE MÁS O MENOS LA FORMA DE UNA FICHA DE CASINO

- 2 cucharadas de Crema de Cacahuate
- 1 cucharada de mantequilla
- 1 cucharada de sésame
- 1 cucharada de miel

**45 GRAMOS**

DE QUESO PANESA SON MÁS O MENOS DEL TAMAÑO DE 2 PÍAS DE 9 V

- 45 g de queso de tabla
- 45 g de queso manchego

**85 GRAMOS**

DE PESCADO TIENE MÁS O MENOS EL TAMAÑO DE UNA CHEQUERA

- 85 g de filete
- 4 cucharadas de surimi
- 1 rebanada de pechuga
- 1/2 taza de atún

