



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD ACADEMICA.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 24 CD. MANTE, TAM.

CORRELACION DE LA INSEGURIDAD CON EL AUMENTO DE PESO EN
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 68 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE
SANTANDER, JIMENEZ, TAMAULIPAS.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

GUILLERMINA SOLIS FLORES.

CD.MANTE TAMAULIPAS

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.

INDICE.

I.- MARCO TEORICO	1
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
III.- PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	40
IV.- JUSTIFICACION.....	41
IV.- OBJETIVOS ESPECIFICOS Y GENERALES.....	48
V.- METODOLOGIA.....	48
A) POBLACION.	
B) LUGAR Y TIEMPO.	
C) TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA.	
D) CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.	
E) INFORMACION A RECOLECTAR.	
F) PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.	
G) ANALISIS ESTADISTICO.	
H) CONSIDERACIONES ETICAS.	
VI.- RECURSOS	

VII.- RESULTADOS.....	58
VIII.- DISCUSION.....	116
IX.- CONCLUSIÓN.....	120
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	134
XI.- ANEXOS.	148

MARCO TEORICO.

OBESIDAD.

ANTECEDENTES.

La obesidad entendiéndose por obesidad un exceso de masa grasa corporal que se traduce en un aumento de peso y se califica con un Índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kilogramos/ metro cuadrado según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. La cual ha sido entendida de manera diferente en distintas épocas y contextos, pudiéndose hablar de historia no de patología. Hoy en día es considerada como un síndrome de etiología múltiple con la participación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y patológicos y como un desafío sanitario por el aumento de las comorbilidades asociadas en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo los cuales han empezado su industrialización y además están adoptando los hábitos típicos de los países desarrollados (1).

La Organización de las Naciones Unidas informa que los países con más problemas de sobrepeso de acuerdo con el porcentaje de obesidad en su población son por orden: México, Estados Unidos de Norteamérica, Siria, Venezuela, Libia, Trinidad y Tobago, Vanuatu, Irak, Argentina, Turquía, Chile, República Checa, Líbano, Nueva Zelanda, Eslovenia, El Salvador, Malta, Panamá, Antigua, Israel, Australia, San Vicente, República Dominicana, Reino Unido, Rusia y Hungría (2).

La palabra obeso viene del latín “obedere” formado de las raíces ob (sobre o que abarca todo) y edere (comer) o sea “alguien que se lo come todo”; otra versión proviene del latín obesus que significa “corpulento o relleno” la raíz sus es el participio del pasado edere (comer).

El primer uso conocido de esta palabra fue en 1651 en la lengua inglesa, en un libro de medicina noha bigs (3).

La obesidad ha existido a través de la historia de la humanidad. Entendiéndose como pre-historia como un período de la humanidad que abarca desde los orígenes (2.5 millones de años) hasta el inicio de la escritura (3,500 a 3000 A.C.).

El ser humano durante el noventa y cinco por ciento a noventa y nueve por ciento de su existencia en la tierra ha vivido como cazador- recolector y ha debido resistir los diferentes períodos de carencia de alimentos. Este hecho produjo a través de un proceso de selección el conocido predominio en el genoma humano de aquellos “genes ahorradores” que favorecían el depósito de energía y permitían que estos individuos tuvieran una mayor supervivencia y alcanzaran la edad de la reproducción.

En gran parte de este período, se da la lucha por la supervivencia del ser humano con el medio natural y sus competidores de otras especies. Como su estilo de vida era muy difícil, sólo una minoría de los seres humanos cumpliría los cuarenta años de edad, y los que lograran llegar a esta edad seguramente tendrían una vejez difícil aquejados por dolores de artritis, escorbuto y amenazados de muerte con cada hueso roto o caries dental.

En esta etapa la mujer se quedaba en “casa” y en ocasiones debían esperar a sus cazadores durante largo tiempo agotándose el alimento. Entonces, sólo las que habían acumulado más grasa lograban sobrevivir a los períodos de hambruna.

Durante esta etapa, la alimentación del hombre prehistórico dependía básicamente de la recolección de plantas, tubérculos y de otros vegetales, así como de la ingestión de insectos, huevecillos de insectos y animales pequeños.

Los primeros seres humanos cazaban presas pequeñas pero con el desarrollo de la vida comunitaria y la tecnología de caza, pudo convertirse en un depredador de manadas de animales salvajes o grandes como el mamut y el bisonte además de peces una vez que inventó las redes.

El hombre prehistórico no mantenía una dieta equilibrada, ni tenía horarios organizados de comidas y en la mayor parte de los casos su dieta consistía en carne en estado de putrefacción.

La única constatación que tenemos de la existencia de obesidad en tiempos prehistóricos proviene de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas, la más conocida es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua de la edad de piedra que tiene una edad aproximada de 25,000 años y que se encuentra en exposición en el Museo de Historia Natural de Viena.

La estatua, con un gran abdomen y voluminosas mamas péndulas, representa probablemente un símbolo de maternidad y fecundidad.

No solamente la de Willendorf, sino, también la de lespugue (la estatuilla de marfil de mamut) y la de laussel (es una estatuilla tallada en un bloque de piedra caliza dura).

Estas son figuras maternas obesas, con adiposidad mórbida, esta obesidad se observa como una representación clara más que simbólica de una necesidad: Que no se extinga la especie.

Es posible, que en las grutas donde los cavernícolas del paleolítico se juntaban para protegerse del frío invernal, a la luz de las antorchas, se adorasen estas estatuillas como un culto a la vida y a lo cotidiano: Al fin y al cabo la mujer representa la madre tierra, ella guardaba el sobrante de la cosecha y la caza, disponía de todos los bienes y encendía o apagaba el hogar según creyera necesario.

Por consecuencia, en estos tiempos, el excesivo tejido adiposo se veía de cierta forma como una señal divina de salud y longevidad, como una necesidad de supervivencia (4).

En la edad antigua cuya etapa abarca desde la aparición de la escritura (3,500 A.C. a 3000 A.C.) hasta la caída del imperio romano (476 D.C.). Etapa en que se puede mencionar la cultura egipcia.

Tenemos restos cadavéricos que nos indican que la obesidad estuvo presente en la cultura egipcia, por ejemplo la aterosclerosis fue descrita hace más de cuatro mil años en la cultura egipcia. Las autopsias de las momias egipcias revelaron que la aterosclerosis coronaria y e infarto del miocardio se presentaban en personas ricas

En el Antiguo Testamento el faraón agradecido promete a José “toda la grasa de la tierra” o se señala que “el virtuoso florecerá como el árbol de la palma. Ellos traerán abundantes fruto en la edad avanzada: Ellos serán gordos y florecientes” (salmo 92, versículo 13).

No obstante, en el Imperio Medio Egipcio (siglo XXI a XVII A.C.) en las enseñanzas de Kagemni puede leerse por primera vez en la historia una asociación de la glotonería con la obesidad y una condena y estigmatización del comer en exceso. Por lo que en este texto se señala: “La glotonería es grosera y censurable. Un vaso de agua calma la sed. Un puñado de vegetales fortalece el corazón. Toma una sola cosa en lugar de manjares. Un pedazo pequeño en lugar de uno grande. Es despreciable aquel cuyo vientre sigue codiciando después de que ya pasó la hora de comer. Se olvida de aquellos que viven en la casa cuando devora. Cuando te sientes como un obeso glotón come una vez que se te haya pasado el apetito.

La dieta de esta época era abundante en calidad y variedad, dándose la obesidad en personas de rango social elevado, como ya se ha descrito anteriormente.

En esta época ya existía el conocimiento de dietas bien equilibradas, obviamente en los nobles y funcionarios principalmente: De tales virtudes dejan firme constancia finas figuras y siluetas pertenecientes a la época (5).

En la Antigua Grecia, Hipócrates reconoció que las personas que tienen tendencia natural a la gordura, suelen morir antes que las delgadas.

Fue Hipócrates el primero que asoció la obesidad y la muerte súbita hace más de dos mil años y que demostró interés por la nutrición.

El gran filósofo Platón (siglo V a IV A.C.) proclama una certera observación sobre la alimentación y la obesidad al señalar que la dieta equilibrada es la que contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad se asocia con la disminución de la esperanza de vida.

En Roma, Galeno en su libro De Sanitate Tuenda expresa: “Que el arte higiénico promete mantener en buena salud a aquellos que lo obedecen pero no así a aquellos que no lo hacen”.

Galeno estableció la relación de la obesidad con un estilo de vida inadecuado.

Los griegos y los romanos se consideran los iniciadores de la dieta terapia (6).

En la cultura cristiana, San Pablo (S.I D.C.) en su Epístola a los Filipenses, afirmó: “Los enemigos de la Cruz de Cristo cuyo final es la destrucción, cuyo dios es su barriga”.

Tanto San Agustín en el siglo V, como Gregorio I en el siglo VII incorporaron la gula como uno de los siete pecados capitales. La obesidad era infrecuente en esta época y por tanto, no se podía relacionar con la glotonería en este período, pero esta conexión se estableció posteriormente a medida que la disponibilidad de alimentos aumentó.

En la edad media, la cual comprende la caída del Imperio Romano (476 D.C.) hasta la caída del Imperio Bizantino (1453 D.C.). En esta época la glotonería era más bien común entre los nobles, que la consideraban un signo evidente de bienestar. La Iglesia, en cambio, desaprobaba la glotonería.

La Iglesia Católica clasificó a la glotonería como pecado venial, sin embargo, los artistas hicieron caso omiso y pintaban como algo hermoso un cuerpo obeso, omisión continuó por muchos años, incluso por muchos monjes. La obesidad entre ellos era frecuente encontrarla.

Sin embargo fue en el siglo XIII, cuando el Papa Inocencio III insistió en el pecado de la gula y recriminó a todos los sacerdotes y monjes obesos.

Se descubrió en un monasterio del siglo XII en el sur de Edinburgo en Escocia que monjes benedictinos habían creado una poción natural para reducir el apetito y poder ayunar sin sentir hambre. Según los antropólogos e historiadores los monjes benedictinos del monasterio y del hospital Soutra Aisle lograron crear esa poción natural hace ochocientos cuarenta y cinco años de plantas amargas que masticaban para evitar tener apetito.

Tras el hundimiento del Imperio Romano, la influencia de la docencia médica pasó de Roma al mundo árabe y a Bizancio de tal modo que durante la edad media la medicina árabe alcanzó gran prestigio y difusión.

La medicina árabe tuvo como exponente destacado a Avicena (siglo X a XI). Su enciclopedia médica se tituló Canon se convirtió en el texto que se utilizó durante cinco siglos aproximadamente.

Avicenna dedica unos de sus libros del Canon a la obesidad: “La obesidad severa restringe los movimientos y maniobras del cuerpo... los conductos de la respiración se obstruyen y no pasa bien el aire, estos pacientes tienen riesgo de una muerte súbita, son vulnerables a sufrir un accidente cerebral, hemiplejía, diarreas, mareos, los hombres son infértiles y producen poco semen y las mujeres no quedan embarazadas y si lo hacen abortan y su libido es pobre.

Así mismo, Avicenna en el Canon describe las recomendaciones para tratar la obesidad : Procurar un rápido descenso de los alimentos por el estómago y el intestino con el objeto de evitar su completa absorción por el mesenterio, tomar alimentos voluminosos pero poco nutritivos, tomar un baño, a menudo, antes de comer y ejercicio intenso.

En la época bizantina las ideas de la causa y tratamiento de la obesidad son relativamente correctas. El médico bizantino Aetius atribuía la obesidad a la dieta abundante, al poco ejercicio y a la crisis del cuerpo (“temperamento” según la idea pero no mantequilla, carnes y su despojos, mariscos, queso o vino, además aconsejaban los baños termales para permitir la sudación.

Adolphe Quételet aportó a la medicina la aplicación de métodos cuantitativos en el estudio de la enfermedad, representando un importante avance de la medicina de este siglo, Quételet fue un destacado estadístico, matemático y sociólogo belga (1796-1874) publicó en 1835 la obra en donde propone que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura (kg/m^2), actualmente esta relación es conocida como índice de masa corporal y fue generalizado como medición de la obesidad en estudios epidemiológicos y clínicos, sin embargo, fue olvidado tras su descripción por el autor hasta muy avanzado el siglo XX.

Finalizada la segunda guerra mundial Estados Unidos de Norteamérica afianza su liderazgo en la investigación médica y en el campo de la obesidad. Se inicia el estudio de la obesidad experimental y la profundización de los estudios de la ingesta alimentaria y su control y se inician los cambios de los métodos de la conducta alimentaria para el tratamiento de la obesidad (7).

A partir del siglo XX han sucedido una serie de transiciones en México, antes la población rural era del 75 al 80% del total y la urbana era de 20 al 25%. Para la mitad del siglo XX esta situación se había invertido y cuando mucho el 20% de los habitantes del país aún vivían en zonas rurales (transición demográfica), la urbanización va de la mano con cambios en el estilo de vida con aumento de la mecanización en el traslado de las personas y el protagonismo en la vida de los mexicanos de los aparatos como el radio, la televisión, computadoras, consolas de videojuegos, internet, además escuelas sin instalaciones para llevar a cabo las actividades deportivas, poblaciones en las que no hay áreas para llevar a cabo actividades recreativas, deportivas y culturales y no está demás mencionar el creciente aumento de la inseguridad de múltiples orígenes que priva en el país lo cual se refleja en cambios en el estilo de vida del mexicano.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La prevalencia de la obesidad en México, al igual que en el resto del mundo se ha incrementado de manera importante en la última década y es considerada como un importante problema de salud pública e incluso como una epidemia.

Actualmente, México, ocupa el primer lugar mundial superando a los Estados Unidos de Norteamérica.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) la prevalencia de sobrepeso en 2006, en preescolares fue de 16.7%, en escolares fue de 26.2% y en adolescentes de 30.9%.

En adultos la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 39.7% y 29.9% respectivamente .

En la actualidad en nuestro país la obesidad se considera como un problema de salud pública debido a su magnitud y trascendencia , pues según la Organización Mundial de la Salud de los mil doscientos millones de personas con obesidad en el mundo, setenta millones son mexicanos, es un problema que puede costarle a México alrededor de ciento cincuenta millones de pesos en los próximos diez años por los gastos que implicará el tratamiento de las enfermedades crónicas que se generen.

El 60% aproximadamente de los mexicanos tienen sobrepeso y 30% tiene obesidad.

Aproximadamente el 10% del presupuesto destinado al renglón salud, equivale a veintitrés millones de pesos anuales y corresponde aproximadamente a doce dólares per cápita (12).

Desde el año de mil novecientos noventa y seis la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) ha definido que “existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias en cuanto a sus alimentos a fin de llevar una vida activa y sana”. (Cumbre Mundial sobre la alimentación, 1996).

Esta definición establece las siguientes características:

- Disponibilidad de alimentos.

La existencia de cantidad suficiente de alimentos de calidad adecuada suministrados a través de la producción del país, o de importaciones (comprendida la ayuda alimentaria).

Acceso a los alimentos.

Acceso de las personas a los recursos adecuados (recursos a los que se tiene derecho) para adquirir los alimentos apropiados y una nutrición nutritiva. Estos derechos se definen como el conjunto de todos los grupos de productos sobre los cuales una persona puede tener dominio en virtud de acuerdos jurídicos, políticos, económicos y sociales de la comunidad en que vive (comprendidos los derechos tradicionales como el acceso a los recursos colectivos).

Utilización.

Utilización biológica de los alimentos a través de una alimentación adecuada, agua potable, sanidad y atención médica para lograr un estado de bienestar nutricional en el que se satisfagan todas las necesidades fisiológicas.

Este concepto pone de relieve la importancia de los insumos no alimentarios en la seguridad alimentaria.

Estabilidad.

Para tener seguridad alimentaria, una población, un hogar o una persona deben tener acceso a alimentos adecuados en todo momento. No deben correr el riesgo de quedarse sin acceso a los alimentos a consecuencia de crisis repentinas por ejemplo: Una crisis económica o climática ni de acontecimientos cíclicos como la inseguridad alimentaria estacional.

De esta manera el concepto de estabilidad se refiere tanto a la dimensión de la disponibilidad como a la del acceso de la seguridad alimentaria.

En contraste inseguridad alimentaria (IA) se ha definido como: “La disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos o, la capacidad limitada e incierta de adquirir alimentos adecuados en forma socialmente aceptable.

Para el año 2010, el informe sobre el Estado de la inseguridad alimentaria en el mundo refiere que esta empeora en contexto de crisis prolongadas y que en países en desarrollo los indicadores clave que se relacionan con la inseguridad alimentaria son: La proporción de personas sub-nutridas, la proporción de niños con retraso en el crecimiento, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años y el índice global del hambre.

Después de analizar la información asociada con la distribución de la inseguridad alimentaria en México, desde la perspectiva del acceso a la alimentación, su consumo y su relación con diversos factores sociales, factores económicos, incluyendo escasez de fuentes de trabajo y liquidez para adquirir alimentos se llega a la conclusión que se reducen las opciones de una alimentación nutritiva y balanceada con cambios en los hábitos alimenticios debidos a restricciones económicas.

Estudios recientes realizados en México, han puesto de manifiesto que la población que se encuentra en nivel socioeconómico de pobreza satisface su consumo de calorías adquiriendo alimentos de bajo costo, altos en energía, pero con un contenido deficiente de micronutrientes.

Los hogares del país, entonces, cada vez con mayor frecuencia acceden a alimentos con alta densidad energética y de menor costo trayendo como consecuencias ganancias importantes en el peso corporal, pero con deficiencias en micronutrientes.(13).

En vista de lo anterior, es urgente ofrecer solución inmediata a los factores socioeconómicos condicionantes y a las causas estructurales que influyen en la inseguridad alimentaria en México , puesto que el desafío es su solución y esto implica en nuestro país para su desarrollo óptimo el impulso del desarrollo de acciones inmediatas y grandes esfuerzos de concertación intersectorial, es decir con el compromiso de todos los sectores de la sociedad del país, de la participación de las autoridades civiles y sector salud en un proyecto único: El establecimiento de políticas en función del bienestar de los hogares y de las familias mexicanas.

La proyección del problema: La Secretaría de Salud en Tamaulipas advirtió que si no se aplican las estrategias para combatir la obesidad para el 2030 Tamaulipas será un estado obeso.

En Tamaulipas, dicha dependencia estableció que los niños en edad preescolar en el 2012 fue del 12.7% con una distribución para las localidades urbanas de 13.8% y para las rurales de 10.3%, en edad escolar de cinco a once años la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 18.6% y 20.3% respectivamente.

La suma de ambas condiciones de estado de nutrición (sobrepeso y obesidad) fue mayor para los niños (42.8%) en comparación con las niñas (34.7%).

Los niños escolares en las mediciones de peso y talla mostraron que treinta y ocho punto nueve por ciento (38.9%) presentó exceso de peso, cifra inaceptablemente alta dadas las graves consecuencias para la salud que significa el exceso de peso.

Para los adolescentes en Tamaulipas que habitan en localidades urbanas la cifra de sobrepeso más obesidad aumentó de treinta y siete punto cinco por ciento (37.5%) en 2006 a cuarenta y dos punto dos por ciento (42.2%) en 2012.

Para los habitantes de las comunidades rurales esta cifra representa actualmente treinta y cinco punto cinco por ciento (35.5%).

En adolescentes se observa una prevalencia de sobrepeso y obesidad con un decremento de un diez por ciento (10%) en el caso de los hombres y un aumento de un trece punto siete por ciento (13.7%) en el caso de los hombres. En los adolescentes cuarenta y uno de cien presentaron aumento de peso cifra mayor a la encontrada en 2006.

El sobrepeso y la obesidad es un problema de salud pública que afecta a seis de cada diez hombres y siete de cada diez mujeres mayores de veinte años.

En Tamaulipas los municipios con más altos porcentajes de sobrepeso y obesidad son: Nuevo Laredo, Reynosa, Matamoros y Ciudad Victoria.

El Secretario de Salud de Tamaulipas, Norberto Treviño García Manzo informó en Enero de 2012 que Tamaulipas ocupa el primer lugar nacional en sobrepeso y obesidad en niños y el municipio de Nuevo Laredo es segundo lugar nacional en sobrepeso y obesidad en adulto.

Estadísticas del Sector Salud indican que los adolescentes de Tamaulipas ocupan el nivel más elevado de obesidad a nivel mundial y Nuevo Laredo está en primer lugar de los cuarenta y tres municipios de Tamaulipas según informó en entrevista la Doctora Alicia Castro Ramírez, directora de la Unidad de Medicina Familiar Número 78 de Nuevo, Laredo, Tamaulipas, es igual de preocupante los índices de obesidad y sobrepeso en la infancia (14).

La familia influye en las conductas de todos y cada uno de sus miembros, para beneficio o perjuicio de sus integrantes. Una de las problemáticas de salud asociadas, puede ser el aumento de peso, reflejándose en sobrepeso y obesidad en uno o más de sus miembros.

En una familia el o los padres con sobrepeso y obesidad, regularmente es el factor emergente de una situación patológica, pues se instala la conducta específica en cuanto a la alimentación y a la inadecuada actividad física aeróbica predisponiendo al estado mórbido de obesidad, ya sea por imitación, pertenencia o identificación.

Muchas veces, los malos hábitos de alimentación y disminución de la actividad física son consecuencia de cambios ambientales asociados al desarrollo y a la falta de políticas de apoyo en sectores como salud, agricultura, transporte, planeación urbana y del medio ambiente, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, así como pobre educación sobre hábitos alimenticios saludables.

Al menos, sesenta por ciento de la población mundial no realiza actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud, en México, la actividad física se reduce a nivel general en promedio a menos de una hora diaria por semana.

La obesidad con lleva problemas serios en todos los aspectos del ser humano: físicos, psicológicos, sociales y laborales.

Es común que la persona obesa presente síntomas como baja autoestima, depresión, ansiedad con trastornos en la alimentación, miedo, aislamiento, vergüenza, tristeza, inseguridad, fatiga rápida, somnolencia, pereza, dolores articulares, dolor en tórax , dolor precordial, lumbalgia y de rodillas con limitación funcional secundaria para la función, edemas, disminución de la libido, etc.

Estos factores pueden desencadenar reacciones y conductas que pueden ser intolerables para la familia o el medio social que lo rodea y, por ende, la dinámica familiar se ve muy afectada, sin embargo, la misma familia que influyó en un momento dado para el desarrollo de la obesidad puede influir para corregirla de forma exitosa, dependiendo de la unión familiar .

Esta batalla se traduce en presión social lo que aunado a un ambiente familiar desfavorable conlleva la creación de estereotipos que describen a la persona obesa, tanto para la población general como para la persona que padece sobrepeso u obesidad. A lo largo de la historia se han establecido diferentes estereotipos que describían a la persona con obesidad. En este sentido se puede hacer referencia a algunos de ellos como “el gordito feliz” o la descripción de la persona obesa como “floja, fea y perezosa.

Un ejemplo en la actualidad de estos estereotipos, los ideales de belleza y la preocupación por el cuerpo varían entre culturas, siendo diferentes, por tanto dichos estereotipos. Este aspecto se extiende a la percepción que las propias personas con obesidad tienen de sí mismas y de la percepción que tengan otras personas utilizando los términos de: Introversas, inhibidas y sensibles para describirlas.

Al analizar las posibles diferencias en la percepción que de sí mismas tienen las personas con obesidad en nuestro ámbito cultural y la de personas con obesidad en la sociedad cubana, se comprobó que, en general la visión de las personas obesas españolas resulta mucho más negativa que en la muestra cubana, siendo más frecuente la utilización de adjetivos como pasivo, discutiador, o inquieto en la muestra española y algunos como presumido, optimista, cariñoso, sociable o virtuoso en la cubana.

Por otra parte en un recopilatorio de adjetivos asociados a la obesidad se puede ver que los pacientes obesos son calificados como menos atractivos, carentes de autodisciplina, perezosos, sucios, impopulares, menos inteligentes o malos deportistas entre otros adjetivos y son objeto de rechazo, creando un ambiente desfavorable en su medio familiar y si se trata de mujeres el juicio es más negativo.

Por tanto, el entorno cultural y la presión social así como el ambiente de inseguridad de la localidad en la que habite la persona obesa crean esquemas cognitivos sobre la forma de ser de las personas obesas que influyen incluso en su autoimagen y en sus patrones de conducta.

Sumando a los aspectos psicológicos que influyen en la persona obesa los pacientes refieren en consulta que debido a la percepción de inseguridad que priva en el medio no acuden a realizarse los exámenes de laboratorio al Hospital de Zona más cercano ni tampoco acuden a sus citas con nutrición ni con especialidad por además, refieren que no hay mejoría con el tratamiento, generalmente los medicamentos que se les recomiendan ya sea por familiares o conocidos no son económicos o no se encuentran dentro del inventario en las escasas farmacias de la localidad de Santander ,Jiménez ,Tamaulipas por lo que deben trasladarse a la ciudad más cercana para intentar adquirirlos, aunado a esto la escasez de fuentes de trabajo que se traduce en falta de recursos económicos para adquirir los medicamentos para el paciente obeso y su familia así como los productos de la canasta básica. La escasez del número de comercios en donde se pueden comprar dichos productos y la falta de variedad de los mismos tiene como consecuencia la adquisición de productos alimenticios económicos y con alto nivel calórico, motivo por el cual no es posible llevar una dieta equilibrada y saludable lo que provoca sentimientos de impotencia, frustración, ira, e incapacidad para resolver este aspecto de salud de la persona obesa, dando lugar a una disminución en la motivación para lograr perder peso cual se refleja en trastornos alimentarios, aumento de peso y baja autoestima asociada.

Aunque no existe un prototipo que defina a las personas que padecen obesidad, si es cierto que pueden compartir algunos rasgos de personalidad. Existen numerosos artículos publicados sobre las técnicas quirúrgicas, las dietas o los fármacos para el tratamiento de la obesidad, sin embargo, son escasos aquellos que tratan sobre los aspectos psicológicos que influyen en dicha patología y su tratamiento (15) (16).

La finalidad de esta revisión es poner en evidencia y asociar aquellos aspectos psicológicos como rasgos y tipos de personalidad así como los signos, síntomas y trastornos psicopatológicos teniendo como factor detonante la percepción de inseguridad en el ambiente de Santander, Jiménez, Tamaulipas en las personas con obesidad y que generen trastornos alimentarios y cambios en el estilo de vida con aumento de peso en las personas con criterios de inclusión para este estudio teniendo como fecha de inicio Enero de 2013 y fecha de terminación Junio de 2014.

ASPECTOS PSICOLOGICOS.

RASGOS DE PERSONALIDAD

Dentro de los aspectos psicológicos se encuentran los rasgos de personalidad en donde se aprecia alexitimia en un 42.9% de las personas que padecen obesidad, que es la incapacidad para identificar, distinguir y expresar emociones (10).

Este rasgo, puede correlacionarse con otras características tales como anhedonia, locus de control externo, impulsividad y dependencia interpersonal.

Se observa un mayor nivel de anhedonia en personas con obesidad extrema (10) en parte provocado por las limitaciones vocacionales que causa la obesidad por motivos de salud y por la discriminación social (6) (11).

Contemplándose un aumento de la capacidad para disfrutar de determinados aspectos de la vida con la pérdida de peso (12).

Se menciona la presencia de locus de control externo, por lo que la persona con obesidad, en ocasiones, percibe que el origen de los eventos, conductas y de su propio comportamiento es externo a él.

Todo ocurre como resultado del azar, del destino, la suerte o el poder y las decisiones de otros. De este modo, no cree poder controlar nada mediante su propio esfuerzo y decisión (10).

Parece haber relación entre el grado de obesidad y el nivel de impulsividad, siendo mayor en personas con obesidad extrema (13), aunque existen estudios que indican lo contrario (10) y vinculándose al sexo femenino (14).

Se observa una disminución de la dependencia interpersonal tras la disminución ponderal además de asociarse la pérdida de peso con un aumento en la fuerza personal (12) (15).

Se contemplan rasgos comunes en la mayoría de las personas que presentan obesidad, observándose baja autoestima, insatisfacción corporal y pobre autoimagen global. Se aprecia relación de la autoestima con el peso, a mayor grado de obesidad menor nivel de autoestima (13) (16) (17) que mejora con la disminución de peso (15) (18).

Se observa un menor nivel en el sexo femenino, que disminuye al aumentar la edad (19) (20). Sin embargo, no hay diferencias en el nivel de autoestima de aquellas personas con obesidad que han sufrido abuso sexual o de otra índole en comparación con aquellas que no lo han sufrido (21) (22).

Junto a un bajo nivel de autoestima, las personas con obesidad tienen una percepción de su imagen corporal negativa y evitan situaciones sociales en las que exista comparación de la figura corporal (6) (16) (23).

Aunque el aumento de la insatisfacción corporal aparece fundamentalmente en adolescentes de sexo femenino, dicho aumento puede deberse a la existencia de algún trastorno del comportamiento alimentario asociado a estrés, síntomas depresivos, perfeccionismo, restricción dietética crónica, especialmente en mujeres (20) (24) (25).

Se puede comprobar que la satisfacción corporal aumenta con operaciones estéticas que mejoran la figura corporal o con algún cambio corporal que la sociedad califique como positivo, sin embargo este aumento es pasajero de modo que reaparece con el tiempo (25) (27).

Las personas con obesidad son menos felices consigo mismas, un 40% de ellas no se auto-aceptan y no se consideran autónomas ni integradas en la sociedad (16) (17) (26).

A esta percepción de sí mismos afecta negativamente el grado de obesidad, la existencia de síntomas depresivos y la asistencia a determinados eventos sociales (20) (28). Sin embargo, ayuda a mejorar la autoimagen global de las personas con obesidad, la disminución de peso y el apoyo familiar (12) (15) (21) (26) (29).

El abuso de sustancias constituye un comportamiento no muy usual, apareciendo el abuso del alcohol en un grupo minoritario de personas con obesidad extrema (19%) (6) (30) (31).

Sin embargo, sí es más común en aquellos que sufrieron abuso físico durante su infancia (teniendo en cuenta que hay un alto porcentaje de personas con obesidad que han sufrido abuso físico, sexual o emocional durante su niñez (16) (21).

Por otra parte se observan rasgos de personalidad paranoide en mujeres con exceso de peso más que en hombres (27) (32).

El rasgo de psicosis parece estar más relacionado al bajo peso que a la obesidad, sin embargo, existen distintos estudios en los que aparece con frecuencia alto nivel en la escala de psicosis del MMPI-II (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) en personas con obesidad extrema (32) (34).

Aproximadamente un tercio de niños con obesidad de 10 a 12 años presentan problemas sociales debido a su comportamiento y una frecuencia relativamente alta de delincuencia, siendo esta frecuencia mayor que en aquellos de la misma edad que no exceden de peso (35).

En cuanto a la promiscuidad sexual, existe una minoría de personas con obesidad extrema que la presentan (22.3%) y, generalmente, está relacionada con personas que mantienen relaciones de abuso emocional (30).

TIPO DE PERSONALIDAD.

A menudo en personas con obesidad, se reconoce personalidad narcisista, es decir, interés patológico por uno mismo, especialmente por sus características corporales y sexuales. Cuyos rasgos aumentan con la disminución de peso (36) (37).

En este sentido, cuando las personas con obesidad disminuyen de peso comienzan a estar descontentos con distintas zonas de su cuerpo (generalmente cintura/abdomen, trasero/nalgas, brazo superior, pecho/senos), por lo que se encuentra una relación lineal entre el aumento de personas con obesidad que se han sometido a cirugía bariátrica y aquellas que se someten a operaciones de carácter estético. (10)(25)(27)(32).

Parece que con esta mejora física de las zonas que producen mayor insatisfacción, la persona refuerza su autoimagen global, sin embargo debido a su personalidad narcisista pasado unos meses después de la operación estética aparece nueva insatisfacción corporal por otras zonas (10).

ASPECTOS PISCOPATOLOGICOS.

SIGNOS Y SINTOMAS.

Se estima que personas con obesidad que esperan ser sometidas a cirugía bariátrica, presentan síntomas depresivos, de ansiedad o algún trastorno relacionado en un 50% de los casos. (6) (21) (31) (34) (38) (40).

Padecen más síntomas depresivos las personas con obesidad que viven solas en relación a aquellas que viven con sus parejas, aquellas que presentan un nivel educativo más bajo (39) o personas con obesidad extrema que, además padecen síndrome del comedor nocturno o trastornos del comportamiento alimentario (especialmente trastorno por atracón). (16)(41)(42).

En muchos casos, los síntomas depresivos están motivados principalmente por la insatisfacción corporal existente especialmente en el sexo femenino (28). Contemplándose una mejora de la depresión al disminuir el peso. (43).

Además parece haber una mejora de las relaciones sexuales en personas con obesidad que disminuyen su peso (44).

Por otro lado, cuanto mayor sea el estado de estrés que puede ser de origen multifactorial en la persona con obesidad, mayor es su ingesta y presenta mayor susceptibilidad de padecer trastorno por atracón, picoteo o síndrome del comedor matinal. De esta forma, se crea un círculo vicioso: A mayor estrés mayor ingesta que hace aumentar el peso y mantiene o, incluso aumenta el estado de depresión de la persona por un aumento de insatisfacción personal (41) (42).

La mayoría de las personas con obesidad niegan los síntomas depresivos y atribuyen ese malestar emocional al exceso de peso en sí mismo (6).

Existen varios estudios que relacionan la obesidad extrema con abuso físico (17.4%), sexual (19%), y/o emocional (43%) en el pasado lejano y reciente, existiendo relación entre esa circunstancia y la presencia de sintomatología depresiva (estrés postraumático) (16) (21) (22).

Sin embargo, no parece haber una determinación por mantener el exceso de peso como defensa ante otro posible abuso de este tipo, como se había pensado (22).

Aproximadamente el 71.5% de las personas con obesidad manifiestan síntomas de ansiedad (38).

Sintomatología causada por sentimiento de culpabilidad que presentan, en especial, provocado por la discriminación social (6) (11) (17). Por otro lado los sentimientos de inseguridad e inferioridad de estas personas dan lugar a una menor capacidad de afrontamiento resolución de problemas, provocándoles un mayor estrés en cuanto a asuntos legales o fiscales (6) (16) (21).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, suelen coexistir con trastornos depresivos.

Una persona que se enfrenta a diversos estímulos nocivos que pueden ser experimentados como catastróficos pueden causar un nivel excesivo de estrés y se convierten en eventos traumáticos, los cuales no son fáciles de superar por lo que tienen efectos devastadores en el bienestar mental y físico.

En la literatura el estrés es definido como un proceso en el cual las demandas del medio ambiente exceden la capacidad de adaptación del individuo provocando cambios psicológicos y biológicos que aumentan el riesgo de desarrollar patologías. El individuo habitualmente tiene un estrés que le permite ser funcional si se intensifica puede tener un efecto positivo o negativo. Este resultado puede depender de factores individuales, de la situación y de las experiencias previas.

Cuando un evento supera la capacidad individual para hacerle frente se genera una crisis.

El trastorno por estrés agudo se presenta por la exposición a un evento o situación amenazante causando una serie de síntomas y el consecuente deterioro psicológico y social.

Profundizando un poco en el tema, el estrés genera un trastorno como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría por sí mismo malestar generalizado en cualquier parte del mundo (catástrofes naturales o producidos por el hombre, combates, accidentes, ser testigo de la muerte violenta de alguna persona, ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro tipo de acción criminal).

Ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica si están presentes pueden ser factores predisponentes y para que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios. Entonces, después de la exposición al trauma, sigue un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses, en una pequeña proporción el trastorno puede tener un curso y evolución crónicos hacia una transformación persistente de la personalidad (85).

Sin embargo, no parece haber una determinación por mantener el exceso de peso como defensa ante otro posible abuso de este tipo, como se había pensado (22).

Un 75% de las personas con obesidad manifiestan síntomas de ansiedad (38) sintomatología causada por el sentimiento de culpabilidad que presentan, en especial, provocado por la discriminación social. (6)(11)(17). Por otra parte, los sentimientos de inseguridad e inferioridad de estas personas dan lugar a una menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas provocándoles más estrés (6) (16) (21).

Se ha observado que presentan circunstancias económicas adversas en mayor medida que las personas que no padecen obesidad, ya que en general tienen más bajas laborales que el resto de los trabajadores. Además reflejan un menor rendimiento laboral que el resto de los trabajadores debido a que sufren más dolores que el resto de las personas, suelen tener peores relaciones sociales y menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas (6) (45). Estas condiciones adversas les producen estrés que es manifestado como ansiedad. (21).

En gran medida, esta ansiedad es causada por la preocupación por su propia salud (física por el exceso de peso y mental) (16) siendo mayor en personas con obesidad de sexo femenino y con mayor edad (aquellas de menor edad se preocupan menos por su salud y más por la integración social).

A causa de un mecanismo de autorregulación cognitiva, independiente a la posible comorbilidad médica existente en personas con obesidad especialmente en las personas con obesidad extrema parece haber una menor capacidad de atención y resolución de problemas, mayor dificultad de control y más emociones negativas (26) (44).

Además se observa falta de expresividad, la cual mejora con la pérdida de peso, y que el tras la disminución ponderal mejora el ambiente familiar y social (12) (29).

En un estudio realizado en personas con obesidad se encuentra que un 40% de ellas sienten dolor corporal con mayor frecuencia que aquellas personas que no tienen exceso de peso, además este dolor es más intenso e insoportable (45).

También se observa la presencia del pensamiento dicotómico o catastrófico, que consiste en clasificar experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose los hechos intermedios con una mayor tendencia a clasificarlos en la peor situación (17). Por otro lado, en la mayoría de los casos no aparecen pensamientos o intentos de suicidio, aunque se estima que en un 10% de personas con obesidad fundamentalmente con obesidad mórbida (6) (30).

TRASTORNOS NO ALIMENTARIOS.

Los trastornos afectivos son frecuentes en personas con obesidad, existiendo más síntomas de trastorno afectivo en aquellas personas con mayor Índice de masa corporal (obesidad extrema) (13) (16) (43) (45) (48) (49). Es importante analizar la presencia de dichos trastornos o síntomas relacionados, ya que las personas que los padecen obtienen menor éxito en el tratamiento para la disminución de peso (50).

Entre ellos podemos mencionar la depresión, la ansiedad, el trastorno de Cluster C en un 18% aproximadamente de las personas que padecen obesidad (31), diferenciándose entre trastorno evitativo de personalidad, trastorno de personalidad dependiente, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno antisocial de personalidad.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

En cuanto al comportamiento alimentario de personas con obesidad se encuentran en mayor riesgo de padecer trastornos de conducta alimentarios en aquellas personas con obesidad que han sufrido algún tipo de maltrato infantil y en aquellas que padecen obesidad mórbida. (6)(16)(21)(37)(41)(49).

La forma más común en la que aparece el trastorno del comportamiento alimentario en personas con obesidad es la del trastorno por atracón o sobre ingesta. Se diferencia entre sobre-ingesta objetiva que sería ingestión de gran cantidad de comida sin pérdida de control y atracón subjetivo definido como la ingestión de poca cantidad de comida junto a pérdida de control y se presenta en las personas con obesidad y trastorno por atracón; atracón objetivo, que es la ingesta de excesiva cantidad de comida (superior a la que cualquier persona ingeriría en el mismo intervalo) en un corto período de tiempo con pérdida de control. (38) (41) (42).

En determinadas ocasiones, tales como eventos sociales (51) y en caso de presencia de trastorno por atracón existe un aumento de la sintomatología depresiva o de ansiedad asociada (41) (42).

Al clasificar el trastorno por atracón en distintos tipos se observa que el síndrome del comedor nocturno el cual es el más frecuente en personas con obesidad. Las personas que padecen dicho síndrome concentran en la cena el mayor porcentaje de aporte energético de la ingesta de un día, o incluso durante las horas de sueño, llegando a despertarse en muchas ocasiones por las ganas de ingerir alimento y levantarse para ello (41) (42).

El síndrome del comedor matinal es menos frecuente en las personas con obesidad que tienen atracones o episodios de sobre ingesta. Se trata de concentrar la mayor parte del contenido calórico de la dieta en las comidas de la mañana (desde el desayuno hasta el almuerzo) (41) (42).

Por otra parte, muchas personas atribuyen su exceso de peso a la ingesta como respuesta a emociones negativas o positivas (ingesta emocional) (40). En este tipo de ingesta podemos distinguir entre sobre ingesta como respuesta al estrés emocional (42).

Por poner algunos ejemplos de percepción de inseguridad puede contribuir a la obesidad ser hijo único o sobre protegido, los conflictos familiares, separación de los padres, divorcio de los padres, enfermedades, accidentes, muerte de alguno de los padres, cambios de colegio o vivienda, desempleo del proveedor de la familia, cambio de residencia rechazo social, marginación que implican modificaciones en los hábitos sociales y en los hábitos de alimentación.

En estas personas pueden observarse: Ansiedad, culpa, estrés, desilusión, enfado, soledad aburrimiento, cansancio depresión y frustración que los conduce al aislamiento, con el consecuente aumento de la ingesta alimentaria como fenómeno de auto gratificación compensatoria.

También pueden presentar sobre ingesta como respuesta a emociones positivas o eventos sociales (41) (42) (51).

La mayoría de las personas con obesidad afirman estar casi todo el día realizando pequeñas ingestas generalmente muy calóricas (6) (41) (42).

Se ha observado un gran número de personas que tras someterse a cirugía bariátrica, no se adaptan adecuadamente al tratamiento nutricional desarrollando trastorno por atracón o sobre ingesta emocional (42) (51).

Entre las personas con obesidad se estima mayor vulnerabilidad para desarrollar bulimia nerviosa en aquellas que tienen trastorno por atracón (6).

En casi todos los estudios en los que se analiza la actividad física de las personas con obesidad muestran sedentarismo, lo cual disminuye con la pérdida de peso (29).

PATRON DE SUEÑO Y OBESIDAD.

Hay dos tipos de personas con obesidad de acuerdo al tiempo de sueño en las veinticuatro horas: Los que tienen un sueño nocturno acortado y fatiga durante el día y los que tienen un sueño nocturno prolongado y somnolencia durante el día.

Ambos tipos parecen diferenciarse desde el punto de vista de su perfil psicológico. Entonces usando un instrumento psicométrico llamado Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI) los que tienen un sueño acortado, comparados con el otro grupo tienen puntuación más alta en tres escalas clínicas como son la de: Hipocondriasis, Depresión e Histeria lo que indica más estrés psicológico. (52).

En el transcurso del siglo XIX aparecieron la bioquímica, fisiología y patología. Algunos de los avances más importantes de la ciencia a finales del siglo XIX y principios del siglo XX se han efectuado en el campo de los procesos nutritivos del organismo.

Durante este período se han determinado muchas de las necesidades del ser humano y el papel de dichos compuestos en el ser humano.

La obesidad se inicia en la infancia y alcanza cifras elevadas tempranamente en la vida adulta que siguen aumentando con la edad. La prevalencia es más elevada en las mujeres y en las personas con nivel socioeconómicamente bajo.

Desde el punto de vista antropométrico debe valorarse: Peso, talla, relación peso-talla, pliegues cutáneos, relación del perímetro de cintura, sexo y todo referenciarlo con gráficas. A partir de estos datos y como alternativa se pueden aplicar los índices que definen el grado de obesidad entre ellos se encuentran: Índice nutricional valora el exceso de peso teniendo en cuenta la edad, el sexo, el peso y la altura, para su cálculo se relaciona el peso actual (P.a.) con el peso ideal (Pi.) para la talla T: $P.a. / T^2$; $Pi \times T^2$. Un índice mayor de 120 define obesidad.

Según la Organización Mundial de la Salud el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

Puede aplicarse en los adultos de los dos sexos y de todas las edades. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kilogramo/ metro cuadrado).

La definición de la Organización Mundial de la Salud es la siguiente:

- Un índice de masa corporal igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un índice de masa corporal igual o superior a 30 determina obesidad. (53)

La Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la Obesidad nos ofrece el siguiente concepto: La obesidad y el sobrepeso el cual es considerado un estado pre- mórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos, su importancia radica en que es una patología con elevada morbilidad, mortalidad e invalidez asociada, con un alto costo económico y social.

Su etiología es multifactorial y su tratamiento debe ser apoyado con un equipo multidisciplinario.

Con la finalidad de normar el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con obesidad existen la NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico y NOM-178-SSA1. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento con el fin de proteger, promover y restaurar la salud. (54.55).

La obesidad es la caracterizada por el exceso del tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor a veintisiete en el adulto y en población de talla baja mayor a veinticinco.

- Talla baja a la determinación de talla baja en la mujer adulta cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre menor de 1.60 metros.
- Sobrepeso: Índice de masa corporal mayor de veintitrés y menor de veinticinco (talla normal).
- Sobrepeso: Índice de masa corporal mayor de veinticinco y menor de veintisiete (talla baja).

- Obesidad: Índice de masa corporal menor de veintisiete (talla normal).
- Obesidad: Índice de masa corporal mayor a veinticinco (talla baja.)

Una forma sencilla de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es, el peso de una persona en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado (92)

- Bajo peso está dentro del rango del peso menor a 18.5 kilogramos/metro cuadrado de superficie corporal.
- El peso normal está situado en un rango de índice de masa corporal de 18.5 a 24.9 kilogramos/ metro cuadrado de superficie corporal.
- Se determina la existencia de sobrepeso en adultos cuando existe un índice de masa corporal que va desde los 25 kilogramos a los 29.9 kilogramos/ metro cuadrado de superficie corporal.
- La obesidad implica un índice de masa corporal superior a 30 kilogramos por metro cuadrado de superficie corporal por lo que se traduce en :

Peso insuficiente	<18.5
Normo peso	18.5 a 24.9
Sobre peso grado 1	25 a 26.9
Sobre peso grado II o pre-obesidad	27 a 29.9
Obesidad tipo I	30 a 34.9
Obesidad tipo II	35 a 39.9
Obesidad tipo III (Mórbida).	40 a 49.9
Obesidad tipo IV (Extrema).	>50

El término de obesidad se suele usar como sinónimo de sobrepeso, porque la cuantía de éste último se puede relacionar fácilmente con los riesgos atribuidos a la obesidad los cuales son entre otros: Un alto riesgo de cardiopatías, embolias, enfermedad pulmonar con función anormal asociándose a apnea del sueño y síndrome de hipoventilación, pancreatitis, enfermedad del hígado graso no alcohólica, cirrosis hepática, riesgo de colecistopatía litiásica , cáncer de hígado, cáncer de mama, cáncer de útero, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, cáncer de riñón , cáncer de colon, cáncer de esófago y cáncer de páncreas.

Además: Hipertensión idiopática, hipertensión intracraneal, cataratas, enfermedad coronaria, diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensión arterial sistémica, síndrome metabólico, moderado riesgo de anomalías ginecológicas como por ejemplo: Anomalías menstruales, infertilidad, alteraciones fetales, anormalidades endocrinológicas, síndrome de ovarios poliquísticos así como afectación incapacitante del sistema músculo esquelético como en la lumbalgia, desgaste articular uni o bilateral, en piel se observa acantosis nigricans , en miembros inferiores gota y flebitis (estasis venosa).

Por las razones anteriormente expuestas la obesidad constituye un problema de salud, económico, social y psicosocial que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento en el uso de los servicios de salud, disminución de la calidad de vida, incapacidad y estigmatización social (56).

CONDICIONANTES.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y gastadas.

Esto se ha asociado a diferentes fenómenos a nivel mundial como el intercambio de comida y la llegada de alimentos de todas partes del mundo, globalización, promociones de compañías extranjeras así como emergencia de agro negocios y de empresas trasnacionales de alimentos asociándose con el aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, comida rápida, ricos en grasas, harinas, sal y azúcares refinados, pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes; así como la disminución en la actividad física como resultado de la naturaleza del estilo de vida de los seres humanos cada vez más sedentaria asociándose a la urbanización y los cambios culturales, observándose en las formas de trabajo, los nuevos transportes para desplazar a las personas con menos gastos calóricos, una creciente urbanización e inseguridad asociados, así como también un número creciente en las presentaciones de los medios electrónicos para la diversión familiar con aumento de horas frente a la televisión, tableta, celular, ipod, computadora, por entretenimiento o trabajo, incluyendo uso de internet, utilización de redes sociales, Facebook o videojuegos.(57).

En el año 1994, se produce un descubrimiento de gran importancia en la investigación básica sobre la obesidad. La revista Nature publica el artículo Positional Cloning of the mouse obese gene and its human homologue debido al grupo liderado por J. Friedman de la Rockefeller University (Estados Unidos).

En esta publicación se describe el gen ob en el ratón, la proteína que codifica, la leptina y el gen homólogo en el ser humano. El ratón ob/ob con el gen ob mutado y carente de leptina padece obesidad, hiperfagia, dislipidemia, hiperinsulinemia y diabetes. Esta situación es reversible mediante la administración de leptina a estos animales. Se descubrió que los pacientes obesos cursan con hiperleptinemia.

La leptina actúa en la función de señal de déficit nutricional y del nivel suficiente de reservas energéticas para poner en marcha el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal en la pubertad.

Este descubrimiento estimuló de forma ingente la investigación en biología molecular y en genética en relación a la obesidad lo cual ha permitido aumentar nuestros conocimientos acerca de la genética de la obesidad.

Se puede considerar al sobrepeso y la obesidad como consecuencia de la interacción de factores ambientales con el sustrato genético del individuo concretamente con genes de susceptibilidad llamados Leptina.

Los cuales codifican péptidos orientados a transmitir señales de hambre y saciedad, genes implicados en el crecimiento y diferenciación de los adipocitos y genes implicados en el gasto energético.

Estos genes exageran el depósito de grasa cuando se restringe el aporte de alimentos y cuando, se aumenta el aporte de alimento y disminuye el consumo de energía predisponen al aumento de peso.

En la actualidad se dispone de evidencias científicas suficientemente sólidas como para establecer más de cuatrocientos genes potencialmente inductores de obesidad.

De ellos quince genes se asocian de manera íntima con el volumen de grasa corporal (64) (65).

Tanto la obesidad como la distribución de la grasa o topografía de la grasa corporal pueden marcar riesgos para la salud, pues son índices de predicción de mortalidad y de morbilidad, entonces, el aumento de la grasa depositada en el abdomen se asocia con: Diabetes mellitus, cardiopatías, hipertensión, colecistopatías, cáncer de mama, endometrio, colon, próstata así como padecimientos cerebrovasculares.

Los factores modificables que pueden disminuir el riesgo asociado con obesidad son un estilo de vida saludable con dieta hipocalórica, baja en grasas de origen animal, equilibrada, variada, con alimentos que contengan fibra, con fomento de Fruta y verdura de temporada, aumento de ingesta de agua, ejercicio aeróbico efectivo con caminata diaria por treinta a sesenta minutos, bicicleta o natación.

Aunado a una evaluación médica está indicada una evaluación psicológica y social para identificar las barreras que impiden participar en un programa de dieta y de actividad física, debe establecerse oportunamente las condiciones sociales asociadas: Como la inseguridad, marginación, desempleo, falta de liquidez para adquirir los elementos indispensables para vivir servicios médicos, educación, lo que se traduce en necesidad e ignorancia y se proyecta en los pacientes en forma de: aspectos psicológicos, alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones, con trastornos de alimentación se considera que los problemas asociados con la inseguridad que predomina en el país puede estar agravando la falta de actividad física de las mujeres que viven en las regiones en donde predominan dichos eventos asociados con violencia, es posible que las mujeres tengan mayor temor a utilizar los espacios abiertos para la actividad física dificultando sistemáticamente la práctica de ejercicio físico y por consecuencia que la población pobre tenga un estilo de vida saludable.

Ya que estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de esta enfermedad ha aumentado en forma progresiva en los últimos seis decenios y de manera alarmante en los últimos veinte años hasta a alcanzar cifras de diez a veinte por ciento en la infancia, treinta a cuarenta por ciento en la adolescencia y sesenta a setenta por ciento en los adultos.

En América Latina la prevalencia de la obesidad ha aumentado considerablemente en todos los grupos sociales particularmente en aquellos de bajo nivel socioeconómico, las mujeres en edad reproductiva y niños menores de cinco años (66) (67).

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

Los criterios para el manejo no farmacológico de sobrepeso y la obesidad deben orientarse principalmente al diagnóstico e intervención en la prevención y detección temprana favoreciendo de esta manera la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, lo cual constituye el objetivo principal de los servicios de salud.

Estableciendo los parámetros dietéticos, clínicos, bioquímicos, antropométricos y de composición corporal que permitan integrar el diagnóstico y seguimiento del tratamiento de la obesidad.

Se deben identificar los factores de riesgo y de comorbilidad asociados con el sobrepeso y la obesidad y se deben clasificar el sobrepeso y la obesidad utilizando con este fin los indicadores antropométricos.

Determinando además la efectividad de los cambios en el estilo de vida para adquirir y mantener hábitos alimentarios saludables, aumentar la actividad física y mantener un peso adecuado en la población con normo peso y además de esto lograr la pérdida o mantenimiento de peso en la población con sobrepeso y obesidad.

Conocer los criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención en el paciente con sobrepeso y obesidad.

Debe realizarse una evaluación del estadio nutricional actual y previo, patrones de alimentación (tipo y horarios), empleo de medicina alternativa (suplementos, hierbas), vitaminas, consumo de hormonales, número y tipo de dietas empleados.

También debe evaluarse el nivel de actividad física actual, incluyendo frecuencia de ejercicio, tipo, duración e intensidad.

El paciente con sobrepeso y obesidad tiene derecho a ser informado mediante un consentimiento informado sobre las metas de pérdida de peso y sobre el plan para proporcionar un programa de dieta, actividad física y cambio de hábitos en la alimentación.

El manejo integral y la educación del paciente y su familia con estas patologías en cuanto a estilo de vida saludable debe ser oportuno, esto puede agruparse en cuatro aspectos:

- Educación para la salud.

El paciente debe conocer todo lo relacionado con la obesidad, por lo que la información lo ayudará a comprender el problema.

- Apoyo psicológico.

Aunado a la evaluación médica está indicada una evaluación psicológica y social.

Es de gran importancia para el tratamiento de estos pacientes, ya que una parte de los pacientes son muy ansiosos o bien cursan con depresión y esto, puede tener como consecuencia trastornos en la alimentación.

Además, es importante descubrir las motivaciones que puede llevar a cada paciente a interesarse por el tratamiento de reducción de peso corporal.

La depresión y ansiedad se ha asociado con pobres resultados en los pacientes con obesidad.

El profesional de la salud debe evaluar las barreras que impidan el cambio incluyendo los aspectos socioeconómicos del paciente, antes de implementar un plan de estilo de vida y ejercicio físico para el control del peso identificando condiciones asociadas como depresión, ansiedad, estrés post-traumático, trastorno bipolar, adicciones, trastornos de alimentación y alcoholismo.

Los pacientes con ansiedad, depresión y trastornos de la alimentación deben ser evaluados y referidos al especialista en salud mental.

Alimentación.

I. Debe ser completa, equilibrada, variada, debe contener alimentos de los tres

Grupos: Cereales, verduras, hortalizas y frutas, leguminosas y alimentos de origen animal en menor proporción.

II. Suficiente es decir, que las cantidades cubran las necesidades para tener una buena nutrición y un peso saludable.

III. La alimentación debe ser equilibrada, es decir, los nutrientes deben tener proporciones adecuadas entre sí.

IV. La alimentación debe ser inocua, lo cual se traduce en que debe estar exenta de microorganismos patógenos, toxinas o contaminantes.

V. La alimentación debe ser variada y debe incluir los diferentes elementos de cada grupo de alimentos.

VI. La alimentación debe ser adecuada, es decir, que sea acorde a los gustos y a la cultura de quien la consume y se ajuste a los recursos económicos sin sacrificar las características básicas de la alimentación correcta, calculada para cada individuo de acuerdo con su actividad física del mismo, teniendo como objetivos alcanzar y mantener el índice de masa corporal (IMC) normal, mantener niveles de tensión arterial y mejorar la calidad de vida en general.

Ejercicio físico.

El más recomendado para el paciente obeso es el ejercicio aeróbico, el cual es el más beneficioso al corazón y a la salud en general.

La prescripción del ejercicio debe incluir la evaluación clínica completa del paciente para disminuir los riesgos de lesiones o efectos adversos y garantizar la optimización máxima de los beneficios.

El ejercicio en general es de tipo continuo, incluye tiempos que pueden iniciar a partir de quince minutos a sesenta minutos máximo, durante al menos tres ocasiones a la semana, con una variante de cinco veces a la semana (68).

MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS EN EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.

La evaluación de un paciente con obesidad debe incluir una historia completa para identificar los fármacos que inducen ganancia de peso o interfieren con la pérdida de peso, anti-inflamatorios no esteroideos y calcio antagonistas pueden causar edemas periféricos.

Antirretrovirales inhibidores de la proteasa se asocian con lipodistrofia (obesidad central).

Existe evidencia de algunos medicamentos anti-diabéticos pueden producir aumento de peso como sulfonilureas e insulina.

Un incremento mayor de peso ocurre cuando se combinan insulina o sulfonilureas con tiazolidinedionas para control de diabetes.

Medicamentos como risperidona, olanzapina y clozapina pueden causar incremento de peso.

El riesgo de aumento de peso por el consumo de antidepresivos es mayor para los tricíclicos.

El tratamiento con anti-epilépticos a base de valproato causa aumento de peso.

El uso de gabapentina está relacionado con el aumento de peso.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Se deben considerar candidatos a tratamiento farmacológico, con dieta hipocalórica, incremento en la actividad física y terapia cognitiva conductual a los pacientes adultos con índice de masa corporal de 30 kilogramos/ metro cuadrado de superficie corporal o índice de masa corporal de 27 kilogramos/ metro cuadrado de superficie corporal.

Se debe indicar tratamiento en aquellos pacientes con sobrepeso y síndrome metabólico, enfermedad articular degenerativa, apnea del sueño, enfermedad coronaria.

Los fármacos con mayor eficacia y seguridad son orlistat indicados hasta por cuatro años y sibutramina indicado por dos años. Se obtienen mejores resultados con ambas drogas en pacientes diabéticos con regulación del nivel de colesterol.

Orlistat es efectivo para reducir la glucosa plasmática en ayuno, nivel de colesterol y presión arterial en comparación con dieta y placebo.

El orlistat es un fármaco que puede reducir el peso corporal y reducir los factores de riesgo cardiovascular asociados con obesidad, su mecanismo de acción es inhibir la lipasa intestinal con lo que bloquea la absorción de la grasa proveniente de la dieta.

Orlistat indicado ciento veinte miligramos al día en combinación con una dieta para reducción de peso es más efectiva para la pérdida de peso que dieta más placebo produciendo un cambio aproximado de 3.3 kilogramos a los doce meses.

La sibutramina reduce el peso corporal y mejora los parámetros glucémicos y lipídicos, inhibe el centro del apetito (efecto anorexígeno).

Además la sibutramina reduce significativamente la concentración de triglicéridos e incrementa la concentración de lipoproteínas de alta densidad.

La sibutramina, indicado quince miligramos al día en combinación con dieta es más efectivo para la pérdida de peso que la dieta sola para doce meses con un cambio aproximado de cuatro a siete kilogramos (64).

La obesidad y el sobrepeso son ya las enfermedades más trascendentes a nivel mundial pues la proyección actual indica un gran impacto en la economía de los países esto reflejado en su gasto sanitario.

Nuestro país está ubicado dentro de los primeros lugares en cuanto a obesidad y sobrepeso en general, siendo, ya, el primero en obesidad infantil.

Tamaulipas ocupa el primer lugar en obesidad y sobrepeso en la edad infantil a nivel nacional. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se reportan elevados gastos relacionados a comorbilidades asociadas a la obesidad y /o sobrepeso, por lo cual, es ya un gran reto sanitario del siglo XXI pues, se gasta aproximadamente 24.9% del gasto en salud pública , lo cual es lamentable pues el sobrepeso y la obesidad así, como las enfermedades no trasmisibles asociadas son en gran parte prevenibles con acciones relativamente sencillas como el mejorar los hábitos de vida en cuanto a una adecuada alimentación y ejercicio adecuado (70).

Sabemos que en nuestro país, por cultura y tradición la dieta habitual del mexicano promedio no es para nada adecuada, pues es de un alto contenido energético, además está demostrado que no hay una adecuada cultura del ejercicio.

A esto se añade el hecho de que a nivel nacional se vive un fenómeno social importante derivado de la actual situación de inseguridad, en el que las personas han modificado gran parte de la dinámica social , adaptando sus actividades cotidianas a un peligro constante de ser víctima de actos violentos.

Es decir, las personas tratan de evitar frecuentemente la exposición a situaciones de riesgo enclaustrando a muchos dentro de sus hogares, con lo que el salir a realizar ejercicio es muy poco factible.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál es la correlación de la inseguridad con aumento de peso en pacientes de 20 a 59 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Santander, Jiménez Tamaulipas?

JUSTIFICACION.

El tema de esta tesis es la correlación de hechos relacionados con la inseguridad con el aumento de peso en pacientes de veinte a cincuenta y nueve años adscritos a la Unidad Número sesenta y ocho de Medicina Familiar en Santander, Jiménez, por lo tanto, lo que quiero ofrecer en esta revisión es la asociación de informes obtenidos entrevistando a los pacientes durante la consulta sobre los antecedentes personales de percepción de inseguridad imperante en el medio social en dicho municipio y que constituyen en sí una amenaza para la integridad física y mental del ser humano y es un factor detonante de personalidad lo que se traduce en trastornos que pueden ser agudos o crónicos y que potencializa el desarrollo de ansiedad y/o depresión asociándose con desórdenes alimenticios y con la potencial generación de sobrepeso y si no se aplican medidas preventivas puede presentarse obesidad en el ser humano entre otras patologías. (85).

Según el diccionario de la Real Academia Española define el término inseguridad como a la falta de seguridad; deriva del latín securitas, hace referencia a aquello que está exento de peligro, daño o riesgo, o que es cierto, firme e indubitable.

Más exactamente podemos determinar que este vocablo, partiendo de su origen etimológico latino está conformado por la unión de varias partes el prefijo- in que es equivalente a negación el vocablo sé que puede traducirse como “separar” y finalmente el sufijo – “dad” que equivale a cualidad.

La inseguridad implica la existencia de un peligro o de un riesgo o refleja cierta duda en algún asunto determinado (91).

Así como existen ciertos tipos de seguridad (seguridad alimentaria, seguridad jurídica, etc.) el término de inseguridad puede tener diversos usos.

Uno de ellos es aplicado a la seguridad cotidiana o ciudadana que se refiere a la posibilidad de sufrir un delito en la vía pública.

O bien, un conjunto de factores de riesgo que ponen en peligro a un grupo de personas que integran una determinada nación. Cada país tiene factores de riesgo muy diferentes, por lo tanto, su percepción de inseguridad también es muy diferente: Las naciones desarrolladas consideran factores de inseguridad situaciones que puedan poner en peligro su estabilidad, mientras, que las naciones en vías de desarrollo tienen como factores de riesgo aquellas situaciones que puedan vulnerar su independencia, soberanía, sobrevivencia o amenazas a la seguridad; por lo tanto el término de inseguridad se acopla a cada país según las circunstancias, de la dinámica y condiciones del medio interno y externo.

De la misma forma, no hay que pasar por alto el hacer referencia a lo que se le conoce como inseguridad emocional.

El término se define como la sensación de temor y ansiedad que presentan la mayor parte de las personas como una respuesta a la agresión que representa la inseguridad imperante en el medio en donde se habita.

Si se afirma que se conoce como inseguridad a la sensación o la percepción de la ausencia de seguridad que percibe un individuo o un conjunto social, respecto de su imagen, de su integridad física y /o mental y en su relación con el mundo, entonces estamos aceptando que está fuertemente vinculada con las vivencias, experiencias, entorno relacional y detonadores de personalidad.

Un individuo puede sentirse más o menos seguro frente a otros individuos respecto a su imagen, sus características físicas, mentales y su identidad. Sin embargo, los especialistas en el área de salud mental indican que la falta de seguridad en este aspecto tiene su comienzo durante la infancia de la persona y como consecuencia, se irán desarrollando los mecanismos de defensa para defenderse de la misma, mientras tanto, esos mecanismos aflorarán cada vez que la persona se sienta amenazada de alguna manera, de hecho no existe la receta que solucione esta situación, pero se le ofrece al sujeto en cuestión la psicoterapia como alternativa para combatir la inseguridad emocional.

El delito es la principal fuente de inseguridad social.

En un grupo social, la inseguridad, es a menudo producto del incremento en la tasa de delitos y crímenes y /o del malestar, la desconfianza y violencia generados por la fragmentación de la sociedad.

El delito es lisa y llanamente la violación de la ley vigente en un estado de derecho establecido en cualquier nación del mundo, el cual puede manifestarse de diferentes maneras aunque en todas ellas se encuentra muy presente la violencia representando una amenaza para la integridad de cualquier individuo, lo cual se considera un importante detonante para desencadenar los mecanismos de defensa del mismo lo que se traduce en ansiedad y/o depresión con trastornos en su alimentación y en su vida cotidiana.

La contracara: La seguridad. Podría definirse a la seguridad como el estado de calma, defensa y protección de una sociedad o en un conjunto de ciudadanos que, en consecuencia conduce a una sensación de bienestar común.

A su vez, el concepto de seguridad ciudadana puede referirse a las prácticas de protección y defensa de la ciudadanía por parte del Estado o gobierno, en pos de transformar un escenario social inseguro o violento en uno armónico.

Gran parte de los habitantes del país, vive con temor las agresiones, extorsiones , asaltos, secuestros, robos domiciliarios, violaciones, etc...

El desempleo, la pobreza, la falta de cultura y de educación son factores que predisponen a la sociedad para que se realicen estas prácticas delictivas.

En México, los hechos crecientes de violencia son alarmantes y la manera en que la delincuencia organizada permea los espacios y las instituciones son materia de revisión por las autoridades de salud del país por las patologías asociadas y sus secuelas en los mexicanos.

El narcotráfico en nuestro país ya es tomado en cuenta como objeto de estudio social que debe ser analizado por la Sociología así como desde el punto de vista de las Ciencias Políticas.

Las condiciones de inseguridad relacionadas con conflictos de carácter violento, son consecuencia de problemas derivados de múltiples variables. Dinámicas económicas como: La falta de empleo, el alto costo de la vida, los bajos salarios, la crisis económica constante que se enfila hacia una devaluación golpeando severamente la economía del pueblo mexicano.

Así mismo, la ignorancia que prevalece por la falta de infraestructura educativa haciendo más difícil el acceso a las escuelas con fomento del bajo nivel cultural en la población en general. Proliferando como una enfermedad

La ignorancia y la necesidad de solucionar las necesidades básicas en el pueblo mexicano, son los dos factores más importantes que lo aleja del bienestar físico y psicológico moldeando un medio social agresivo.

En consecuencia, la práctica de la seguridad nacional debe buscar que la nación tenga un desarrollo equilibrado e integral procurando el desarrollo económico, social y político para lograr minimizar las inconsistencias que ponen en riesgo la seguridad de la nación.

Sin seguridad no se obtiene desarrollo.

La inseguridad es difícil de identificar, porque son condiciones que varían en cada nación pero se traducen como los factores que ponen en peligro o riesgo al conjunto de personas que forman un determinado país.

Mientras que para las naciones desarrolladas consideran como factores de inseguridad situaciones que puedan poner en peligro su estabilidad; las naciones en vías de desarrollo ven en situaciones que puedan vulnerar su independencia, soberanía o inclusive su propia supervivencia, factores de riesgo o amenaza a su seguridad.

Por lo tanto, hay que establecer medidas para contrarrestar o minimizar dichos factores utilizando los recursos naturales, humanos y materiales del país. Con proyectos que apoyen el progreso de la economía del país (92).

Durante el curso del año 2010 se inicia una ola de violencia en los municipios de Padilla, Santander Jiménez, Abasolo, San Carlos y comunidades aledañas.

En el curso de dichos eventos, se recrudecieron los enfrentamientos entre los grupos del crimen organizado dominantes en la región.

Los habitantes de estas poblaciones comentan en consulta que ya es muy común observar hombres fuertemente armados en el municipio de Santander Jiménez y regiones aledañas ya sea en transportes automotores o a pie, refieren además que se ubicaron en Santander Jiménez preferentemente en el único campo deportivo del municipio y en las rancherías circunvecinas, circulando en dichas comunidades.

Para adquirir los elementos necesarios para su subsistencia, sin predominio de horario ni preferencia para realizar sus actividades delictivas.

Comentan también que durante la noche, se observan hombres armados en algunas parcelas cercanas a la comunidad generando la incertidumbre en los habitantes de la comunidad.

Además los pacientes comentan en consulta que dichos hombres armados solicitan cuotas a los agricultores de la región para poder trabajar las tierras de cultivo y utilizar la maquinaria necesaria para realizar dicha actividad.

Aseguran también que en los municipios de la zona, principalmente en Santander, Jiménez, y comunidades rurales cercanas, muchos negocios optaron por cerrar sus puertas al público se observó además el fenómeno de migración de la población asociado a la inseguridad.

En general, en el municipio de Santander, Jiménez, en el estado de Tamaulipas, la dieta de la población está basada en alimentos poco saludables, los productos de fácil almacenamiento y producción son los más consumidos, con alto contenido

calórico y bajo costo, así como los alimentos que son elaborados con harina de trigo y maíz, sopas, galletas, pan y tortillas, productos de origen animal como el puerco, res, cabra, borrego, venado, víbora, armadillo, aves de corral y tlacuache.

Con alto consumo de comida guisada con aceite o manteca, café, irritantes, pobre consumo de fruta, verdura, de alimentos que contienen fibra e ingesta de agua generalmente insuficiente. .

Con información obtenida en consulta comentan los pacientes que, el ambiente de inseguridad que predomina en la localidad, producto de los enfrentamientos de grupos armados establecidos en la región que realizan acciones para infundir un clima de zozobra en la comunidad local como: Robos, amenazas, extorsiones. Secuestros en sus diferentes modalidades, asesinatos, violaciones y todo tipo de acciones delictivas, han obligado a los pobladores a realizar el cierre de comercios establecidos de artículos de primera necesidad, por lo que los alimentos considerados en la canasta básica escasean y los que se pueden adquirir por ejemplo la fruta y la verdura está generalmente en malas condiciones para el consumo humano y refieren los pacientes que además a esto se añade un aumento importante en los precios de dicho producto hasta de un doscientos

Por ciento de su precio comparado con los precios de dicho producto en comercios de Ciudad Victoria.

Por estas razones los moradores de la localidad de Santander, Jiménez, Tamaulipas comentan que con sus propios recursos económicos y por sus propios medios trasladarse a Ciudad Victoria, para realizar sus compras más elementales, lo que golpea aún más la salud y la economía de los habitantes de la región.

Los comercios que aún abren sus puertas al público consumidor de dicha localidad lo hacen con un horario límite hasta las dieciocho horas diariamente, ya que la población únicamente salen de sus casas hasta aproximadamente este horario porque temen por su seguridad al salir de sus casas en un horario posterior.

Aunada a esta problemática la población debe enfrentar la falta de fuentes de trabajo y los salarios bajos asociados con disminución en el poder adquisitivo para obtener alimentos de calidad y variedad.

En el municipio de Santander, Jiménez, existe un campo deportivo, en donde antes de los eventos violentos asociados con la inseguridad imperante en la localidad se realizaban eventos deportivos con regularidad y además las familias locales acostumbraban a realizar paseos e inclusive era un lugar para realizar caminata, jugar fútbol y otras actividades deportivas.

Pero, los hombres armados, se establecieron en dicho campo deportivo motivo por el cual la población de Santander, Jiménez dejó de asistir a este lugar para realizar ejercicio con regularidad.

Ya que en Santander, Jiménez, Tamaulipas no hay otro campo deportivo u otra área con la infraestructura ideal para realizar actividades de índole deportiva o bien recreativa para el fomento de las actividades al aire libre de las familias locales.

En este municipio, en vista de la falta de fuentes de trabajo, el pobre desarrollo económico fomenta el aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico y bajo precio, como por ejemplo los alimentos elaborados a base de harinas y azúcares refinados(83).

Además, de la escases de alimentos nutritivos y saludables, el alza de los precios a la canasta básica, falta de centros deportivos o de convivencia para fomentar la actividad física, aunado a la inseguridad que predomina en la localidad; el aumento de peso es un fenómeno que se ha estado observando en los derechohabientes que acuden a consultar en la Unidad de Medicina Familiar Número 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social situada en Santander, Jiménez mediante los datos arrojados en la somatometría de los pacientes durante la consulta médica.

La población del municipio reacciona ante el ambiente de inseguridad con temor, sensación de abandono, de desesperanza, de ansiedad y tristeza, lo cual se traduce

en alteración del patrón sueño vigilia, llanto fácil, fatiga rápida y trastornos en la alimentación lo cual se suma a un aumento creciente de población que no realiza ejercicio aeróbico efectivo, aumentando el riesgo potencial de sobrepeso y obesidad (95) (96).

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la correlación de la inseguridad con el aumento de peso en pacientes dentro del rango de edad de 20 a 59 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Santander, Jiménez, Tamaulipas.

Objetivos específicos.

- Establecer si presentaron aumento de peso los sujetos en estudio
- Determinar si existe una relación entre el aumento de peso y los factores sociodemográficos de los sujetos de estudio.

MATERIAL Y METODOS.

El diseño del estudio fue:

- Estudio observacional: Porque se presentaron los fenómenos a estudiar sin intervención del investigador.
- Prospectivo: Por la captación de la información.
- Transversal: Por la medición del fenómeno en el tiempo y Descriptivo: Se estudia sólo un grupo sin hacer comparaciones

Se obtuvo una muestra de pacientes, por conveniencia, basada en pacientes que acudieron a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar número sesenta y ocho, ubicada en el municipio de Santander, Jiménez, Tamaulipas, en los que se comprobó el aumento de peso en un lapso de un año previo a una consulta actual durante el mes de Enero de 2013 a Junio de 2014.

Durante el curso de la investigación se realizó la revisión del expediente clínico, donde se identificaron los datos de la medición de la talla, el peso y el cálculo del índice de masa corporal (el peso y la talla de los pacientes lo cual fue tomado por personal de enfermería capacitado en los lineamientos de toma de peso y talla adecuados como lo son el manejo de báscula electrónica calibrada con estadímetro, medición de la persona en postura adecuada, vejiga vacía, sin zapatos, con ropa ligera y sin objetos que puedan aumentar el peso basal por lo que los registros se presume son confiables.

Se registraron en un apartado de la hoja de recolección de datos, para establecer si en la consulta se observó un aumento de peso y cuantificar el mismo.

Realizando después un nuevo cálculo de índice de masa corporal (IMC) actualizado, posterior a esto, se envió al paciente con un integrante del personal de la Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.) la cual es la enfermera del área de Medicina Preventiva de dicha área capacitada por el investigador la que aplicó una encuesta, diseñada para la obtención de la información a analizar.

Esto se realizó para evitar sesgos por la influencia directa del investigador en la aplicación de la encuesta, la cual contó con siete secciones, la primera valora datos sociodemográficos, la segunda antecedentes heredofamiliares de obesidad, la tercera registra la talla y el peso e índice de masa corporal lo cual se basó en el registro del expediente electrónico, la cuarta indaga conocimientos sobre ejercicio físico, la quinta registra la práctica del ejercicio, la sexta indaga sobre conocimientos de alimentación adecuada y la séptima sección registra prácticas de alimentación adecuada.

Se inició la aplicación de las encuestas a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, para su posterior interpretación y reporte; esto, se realizó en el período comprendido desde marzo hasta junio de 2014. Para el estudio se requirió la autorización del paciente bajo consentimiento informado.

Al obtener las variables se integraron los valores en la hoja de cálculo de la computadora del investigador, utilizando el programa SPSS para Windows versión 19 estimando las Correlaciones de Pearson y Rho Spearman para determinar la relación entre variables sociodemográficas y aumento de peso.

Además de lo anterior, se realizaron pruebas de chi cuadrada para determinar discrepancias entre las variables de mayor interés que implican un cambio de peso por ser testigos presenciales de un acto de violencia asociado con inseguridad. De esta manera, se analizó el efecto del aumento de peso según el sexo de la persona.

En cuanto a la estimación del riesgo relativo se determinaron factores de riesgo para cada una de estas variables, este parámetro tiene la ventaja que estima la probabilidad de riesgo con un intervalo de confianza de noventa y cinco por ciento para la variable aumento de peso según la presencia de otra variable.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes que se encontraron vigentes durante el estudio.
- Pacientes con edad de 20 a 59 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que aceptaron ser testigos presenciales de hechos de violencia asociados con inseguridad.

- Pacientes en los que se demostró aumento de peso durante el período comprendido de enero de 2013 a junio de 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes fuera del rango de edad.

Pacientes en los cuales no se demostró el aumento de peso en un año.

Pacientes con hipotiroidismo y otras alteraciones metabólicas que condicionen aumento de peso.

- Pacientes con alguna condición mórbida que le impidió realizar ejercicio.
- Que no aceptaron participar en la investigación.
- Pacientes embarazadas.
- Uso de esteroides.
- Paciente no derechohabiente.
- Mujeres que en los últimos seis meses tuvieron un parto.
- Paciente que presentó discapacidad por amputación de algún o ambos miembros inferiores.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Cambio de la unidad de adscripción.
- Por pérdida de la vigencia de derechos.
- Encuestas incompletas.
- Pacientes que abandonaron el estudio.
- Cambio de residencia.

PROCEDIMIENTO.

Todo paciente que se encontró entre las edades de 20 a 59 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar número 68 de Santander Jiménez, Tamaulipas, en los que el registro de peso y talla con su respectivo cálculo de índice de masa corporal (IMC) demostró aumento de peso el tiempo comprendido entre Enero de 2013 a Junio de 2014 (medidas tomadas con técnica correcta por parte del personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar número 68 de Santander Jiménez, Tamaulipas).

Y además se les aplicó una encuesta por parte del personal capacitado por el investigador previo consentimiento informado, para posteriormente registrar variables obtenidas por medio del programa SPSS para Windows, versión 19 para el análisis de datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Se elaboró una encuesta para recolectar los datos, se hizo una relación de toda la población derechohabiente hombres y mujeres dentro de las edades comprendidas de 20 a 59 años obtenido del expediente electrónico durante la consulta los cuales presentaron un índice de masa corporal correspondiente a sobrepeso y obesidad, utilizando la fórmula de prevalencia para obtener resultados y que en entrevista en consulta contaran además con antecedentes de experiencias previas como testigo presencial o no de actos violentos relacionados con inseguridad y aumento de peso

así como la asociación entre las variables factores sociodemográficos con aumento de peso por lo cual se aplicó el Coeficiente de Correlación de desarrollado por Karl Pearson y Rho Sperman y para determinar relaciones entre todas las variables en estudio.

VARIABLES

Variables	Tipo	Descripción conceptual	Descripción operacional	Escalas de medición	Unidad de medición	Categorías
Talla	Independiente	Interrelación entre la altura de la persona y el sistema métrico decimal estimada en metros	Altura de la persona	Númerica (Continua)	Metros	
Índice de Masa Corporal	Dependiente	Estimación abstracta que establece la proporción de peso en cada metro cuadrado	Indicador del estado nutricional para ubicar al paciente en estado de peso normal (22-24.9), sobrepeso (25-29.9) u obesidad (mayor a 30)	Intervalos	Kilogramos por metro cuadrado de superficie corporal	-Peso Normal -Sobrepeso -Obesidad
Género	Independiente	Diferencia física y constitutiva entre hombre y mujer	Género al que pertenece una persona	Nominal		-Hombre -Mujer
Edad	Independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Número de años cumplidos desde el nacimiento	Intervalos	Años	-De 20-29 años -De 30-39 años -De 50-59 años
Estado civil	Independiente	Lazos de vinculación legal o social de una pareja	Estado social de vinculación con una pareja por parte del paciente	Nominal		-Soltero -casado /u. libre -divorciado/separado -viudo
Escolaridad	Independiente	Grado máximo de estudios de una persona	Grado máximo de estudios del paciente	Nominal		-Analfabeta -Sabe leer y escribir -Primaria (P) -P Incompleta -Secundaria (S) -S Incompleta -Bachillerato/ Preparatoria/ Técnica (BPT) -BPT Incompleta -Superior (Sup) -Su Incompleta -Posgrado/ Máster/ Doctorado (PMD) -PMD Incompleto

Alimentación correcta	Independiente	Alimentación completa (debe contener alimentos de los tres grupos:1) cereales, 2) verduras y frutas, 3) leguminosas y alimentos de origen animal), equilibrada (los nutrientes deben tener proporciones adecuadas entres sí), inocua (que esté exenta de microorganismos patógenos, toxinas o contaminantes), suficiente (que las cantidades cubran las necesidades para tener una buena nutrición y un peso saludable), variada (que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas) y adecuada (que sea acorde a los gustos y a la cultura de quien la consume y se ajuste a los recursos económicos sin sacrificar las características básicas de la alimentación correcta), calculada para cada individuo de acuerdo a la actividad física del mismo	Dieta que incluya 1) cereales, 2) verduras y frutas, 3) leguminosas y alimentos de origen animal) con proporciones de nutrientes adecuadas, suficiente en cantidad para cubrir las necesidades para tener una buena nutrición y un peso saludable, que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas y que sea acorde a los gustos y a la cultura de quien la consume y se ajuste a los recursos económicos sin sacrificar las características básicas de la alimentación correcta, además calculada de acuerdo a la actividad física de cada persona	Categórica		-Lleva una alimentación correcta -No lleva una alimentación correcta
Inseguridad	Independiente	Falta de seguridad	Posibilidad de sufrir un delito en la vía pública, o bien un conjunto de factores de riesgo que ponen en peligro a un grupo de personas que integran una determinada nación	Categórica		-Relaciona la falta de ejercicio /mala alimentación al ambiente de Inseguridad que vive -No lo relaciona

Ocupación	Independiente	Actividad laboral a la que se dedica una persona	Actividad laboral con demanda de ejercicio aeróbico (Jornalero del campo o construcción, cargador) ó sin demanda de ejercicio aeróbico	Nominal		-Si su trabajo demanda ejercicio aeróbico -Si su trabajo no demanda ejercicio aeróbico
Ingreso mensual aproximado	Independiente	Cantidad de dinero que una persona gana en un mes producto de su actividad laboral	Ubicación del nivel económico del individuo y su familia de acuerdo al ingreso <i>per cápita</i> por mes, en relación a si cubre o no las necesidades básicas de su familia, clasificándolos en Pobreza familiar nivel 1 cuando el ingreso es suficiente para cubrir el valor de la canasta básica, cubre gastos de vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros, pero con carencia para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo; Pobreza familiar nivel 2 cuando el ingreso solo cubre la canasta básica, y Pobreza familiar nivel 3 cuando el ingreso es inferior al valor de la canasta básica. Sin pobreza es cuando su ingreso mensual le permite la cobertura de los aspectos antes mencionados	Categoría		-Sin pobreza -Pobreza familiar tipo 1 -Pobreza familiar tipo 2 -Pobreza familiar tipo 3
Ejercicio aeróbico	Independiente	Ejercicio de tipo continuo, que va desde 15 minutos como mínimo y 60 min como óptimo, durante al menos 3 veces x semana y como óptimo 5 veces x semana y que asegura gasto calórico corporal	Cualquier actividad física de tipo continua, que vaya desde 15 min como mínimo y 60 min como óptimo, durante al menos 3 veces x semana y como óptimo 5 veces x semana y que demande gasto calórico	Categoría		-Realiza ejercicio aeróbico -No realiza ejercicio aeróbico
Religión	Independiente	Institución formada por un conjunto de personas que comparten creencias divinas en común	Creencias religiosas del paciente	Nominal		-Ateo -Agnóstico -Católica -Evangélica -Testigo de Jehová -Otra
Lugar de crianza	Independiente	Lugar o medio geográfico donde una persona fue educada durante las primeras etapas de su ciclo vital, donde es moldeada la personalidad en base a costumbres y creencias	Entorno social donde fue educado el paciente en su infancia y adolescencia	Nominal		-Medio Rural -Medio Urbano -Medio Semi-Urbano

CONSIDERACIONES ETICAS.

El proyecto de este estudio, por ser de tipo observacional, se consideró que es de riesgo mínimo, ya que no contó con implicaciones éticas perjudiciales que considerar, cumpliendo en esta materia con todas las normas establecidas en el reglamento de La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y con lo establecido en la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y con los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación.

Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg ,el cual aclara los principios básicos que regulan la realización ética de la investigación como son: Capacidad de dar consentimiento, ausencia de coacción, comprensión de los riesgos y beneficios implícitos en relación a los Principios éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos entre los cuales mencionamos los siguientes: En la investigación médica es deber del médico proteger la vida, la salud y la intimidad del ser humano. Se aplicó la declaración de Helsinki y sus enmiendas.

En 1978 se presentó el Informe Belmont el cual contiene principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación estableciendo los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación con seres humanos los cuales son: Respeto a las personas, beneficencia y justicia. El Código de Reglamentos Federales de Los Estados Unidos de Norteamérica, sin embargo, por tratarse de una investigación en humanos, se requirió llenado de consentimiento informado por parte del paciente. (Ver anexos).

La información que se obtuvo del estudio, fue estrictamente confidencial y no se identificó a ninguna persona en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio.

Los pacientes tuvieron la opción de retirar su autorización para participar en el estudio en cualquier momento, sin que por ello se afecte la atención que recibe en el instituto.

El investigador principal llevó a cabo la obligación de dar alguna información adicional si era necesario, a las personas participantes o aquellas que se encontraron interesados en el proyecto.

RESULTADOS.

Se realizó un estudio poblacional que incluyó a un universo de setecientos veintidós pacientes de los cuales cien pacientes cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio, en los que el registro de peso y talla con su respectivo cálculo del índice de masa corporal (IMC) demostraron aumento de peso desde Enero de 2013 a Junio de 2014 con medidas tomadas con la técnica correcta por parte del personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar número sesenta y ocho del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Santander, Jiménez, Tamaulipas.

Los datos se obtuvieron del expediente electrónico.

A los pacientes se les aplicó una encuesta, la cual incluyó nombre, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, antecedentes heredofamiliares de obesidad, antecedentes de ser testigos presenciales o no de actos de violencia, previo consentimiento informado, por parte del personal de enfermería encargado del área de preventiva de dicha unidad médica el cual fue capacitado previamente por el investigador, para posteriormente registrar las variables con la fórmula de prevalencia en el programa SPSS para Windows, versión 19.

De un universo de setecientos veintidós pacientes, cien pacientes cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales 43 (43%) corresponden al sexo femenino y 57 (57%) son del sexo masculino.

En relación al estado civil se registraron seiscientos setenta y ocho casados siendo el estado civil más frecuente, seguido por soltero(a) con veinticinco personas, unión libre dieciséis, divorciado dos y viudo una persona.

En cuanto a ocupación se registraron trescientos veinticinco amas de casa, empleados fueron doscientos sesenta y cinco, ejidatarios ciento dos, estudiantes dieciocho y comerciantes doce. En cuanto al antecedente de experiencia(s) relacionadas con hechos asociados con inseguridad de un universo de setecientos veintidós pacientes cien pacientes de la población en estudio asentó en la cédula de datos que aceptó ser testigo presencial de hechos que considera asociados a eventos relacionados con la inseguridad.

En relación a escolaridad, saben leer y escribir doscientos veintiséis, analfabeta ciento sesenta y dos, primaria incompleta ciento veintisiete, primaria completa ciento treinta y ocho, secundaria incompleta veintiocho, secundaria completa dieciocho, bachillerato no terminado doce, bachillerato completo ocho, licenciatura no terminada tres, licenciatura completa cero personas (Tabla 1).

De un universo de setecientos veintidós pacientes, cien pacientes aumentaron de peso, siendo registrado en el expediente electrónico. El grupo de edad con más casos identificados fue de los cincuenta y uno a los cincuenta y nueve años con un aumento de peso de nueve kilogramos, seguido por el grupo de edad de treinta y uno a cuarenta años que aumentaron siete kilogramos y en tercer lugar por el grupo de edad de cuarenta y uno a cincuenta años que aumentaron ocho kilogramos.

En el sexo masculino se identificaron más casos durante el rango de edad de los cuarenta y uno a los cincuenta años con un aumento de nueve kilogramos, seguido en segundo lugar por el grupo de edad de treinta y uno a cuarenta años con un aumento de peso de doce kilogramos y en tercer lugar los pacientes de cincuenta y uno a cincuenta y nueve años los cuales aumentaron ocho kilogramos (Tabla 2).

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON
CRITERIOS DE INCLUSION.

N: 722

Género. Femenino 357.

Masculino 365.

Estado civil. Viudo 1

Divorciado 2

Soltero 25

Unión libre 16

Casado 678

Ocupación. Ama de casa 325.

Empleado 265

Ejidatario 102

Estudiante 18

Comerciante 12

Escolaridad.

Analfabeta	162
Sabe leer y escribir	226
Primaria incompleta	127
Primaria	138
Secundaria incompleta	28
Secundaria	18
Bachillerato no terminado	12
Bachillerato terminado	8
Licenciatura no terminada	3
Licenciatura	0

Religión que profesa.

Católico	684
Cristiano	38

Tabla 1.Fuente: Base de datos.

Presentó aumento de peso. 100 personas.

No presentaron aumento de peso 622 personas.

El sujeto fue testigo presencial de un acto violento. 388 personas.

El sujeto no fue testigo presencial de un acto violento. 334 personas.

Tabla 2. Fuente: Base de datos.

POBLACION CON CRITERIOS DE INCLUSION SEGÚN GENERO

■ HOMBRE ■ MUJERES

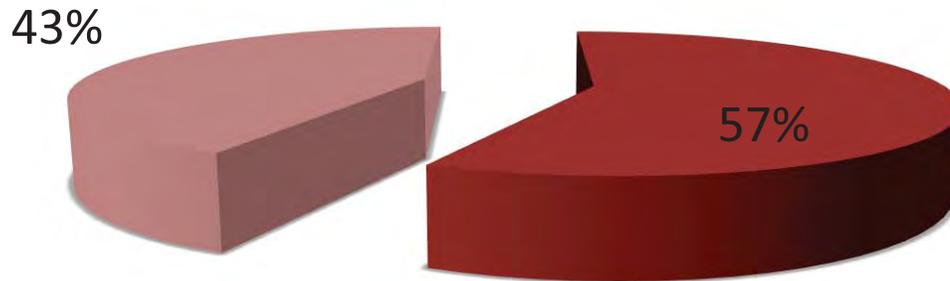


Tabla 1. Fuente base de datos.

1.1 Frecuencias

Se presentan los cuadros de frecuencia para cada una de las variables en estudio.

Tabla de frecuencia

.

Género del sujeto

	Frecuencia	Porcentaje Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Masculino	365	50,6	50,6	50,6
Femenino	357	49,4	49,4	100,0
Total	722	100,0	100,0	

Tabla1.Fuente Base de datos.

Estado civil del sujeto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Soltero	25	3,5	3,5	3,5
Casado	678	93,9	93,9	97,4
Unión Libre	16	2,2	2,2	99,6
Divorciado	2	,3	,3	99,9
Viudo	1	,1	,1	100,0
Total	722	100,0	100,0	

Tabla 1. Fuente: Base de datos.

Religión que profesa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Católico	684	94,7	94,7	94,7
Cristiano	38	5,3	5,3	100,0
Total	722	100,0	100,0	

Tabla 1. Fuente: Base de datos.

Presento aumento de peso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	100	13,9	13,9	13,9
No	622	86,1	86,1	100,0
Total	722	100,0	100,0	

Tabla 2. Fuente: Base de datos.

Ocupación del sujeto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Ama de Casa	325	45,0	45,0	45,0
Empleado	265	36,7	36,7	81,7
Ejidatario	102	14,1	14,1	95,8
Estudiante	18	2,5	2,5	98,3
Comerciante	12	1,7	1,7	100,0
Total	722	100,0	100,0	

Tabla.1. Fuente: Base de datos.

Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos testigo presencial	388	53,7	53,7	53,7
no testigo presencial	334	46,3	46,3	100,0
Total	722	100,0	100,0	

Tabla 2. Fuente: Base de datos.

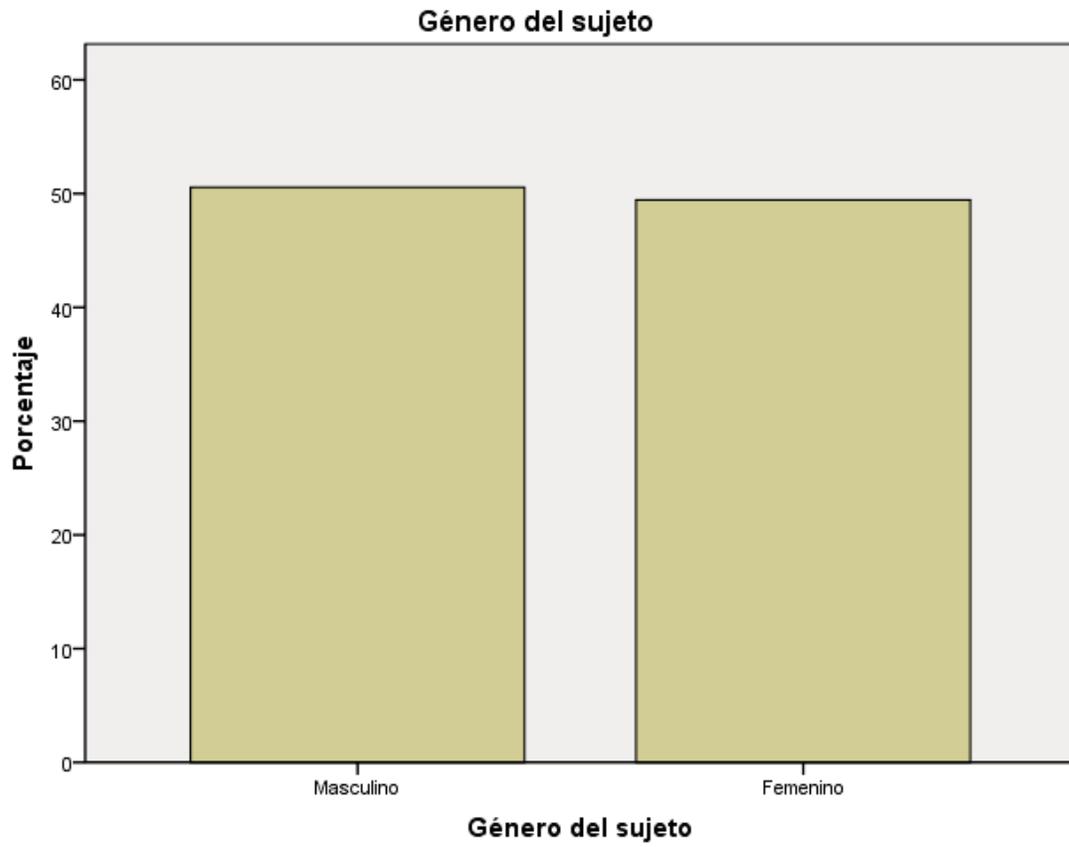


Tabla 1. Fuente: Base de datos.

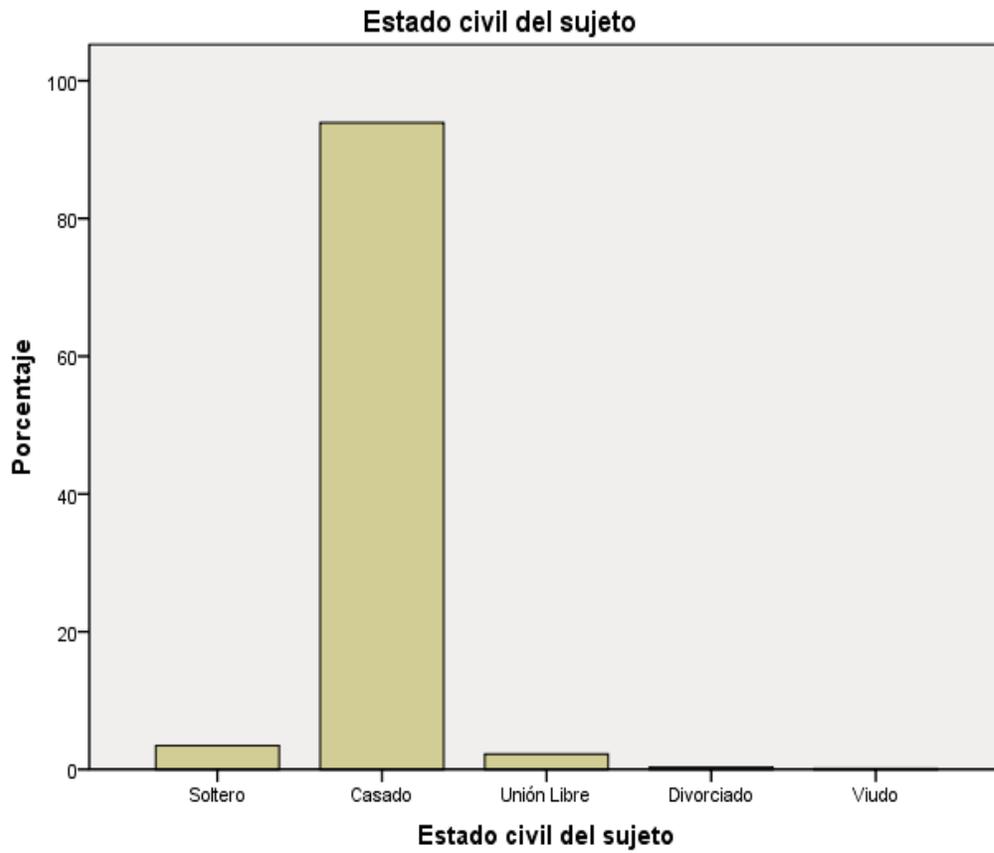


Tabla 1. Fuente: Base de datos.

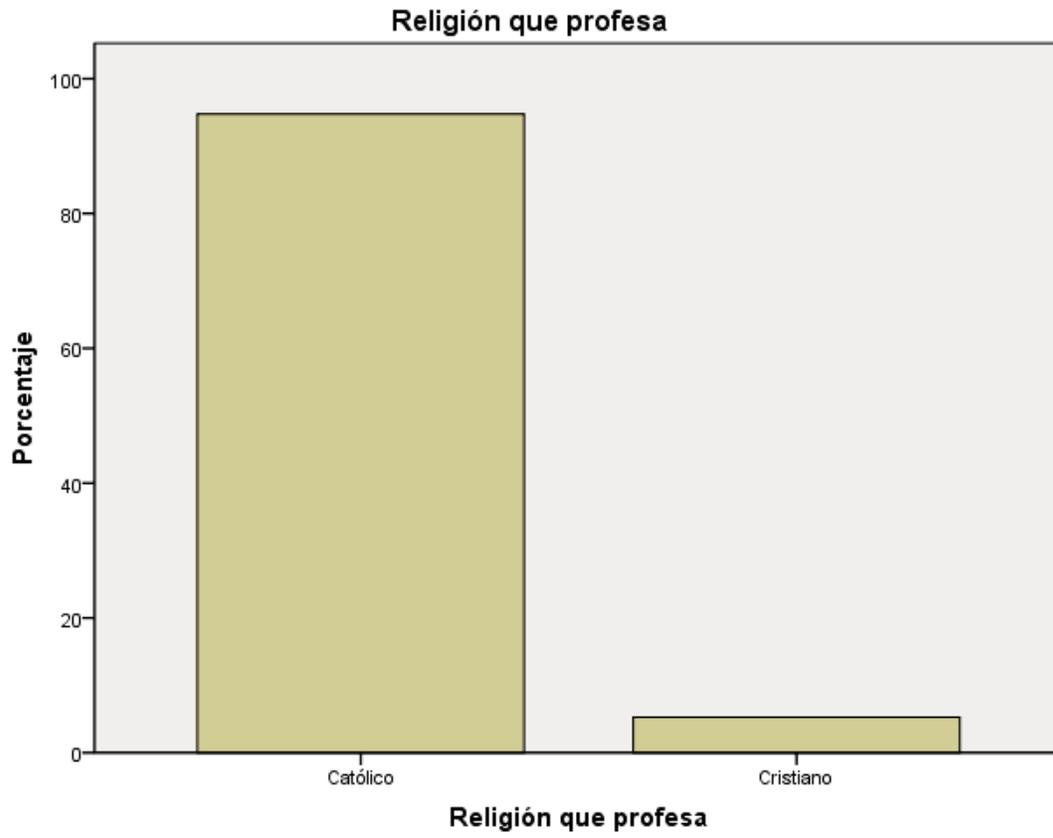


Tabla 1. Fuente: Base de datos.

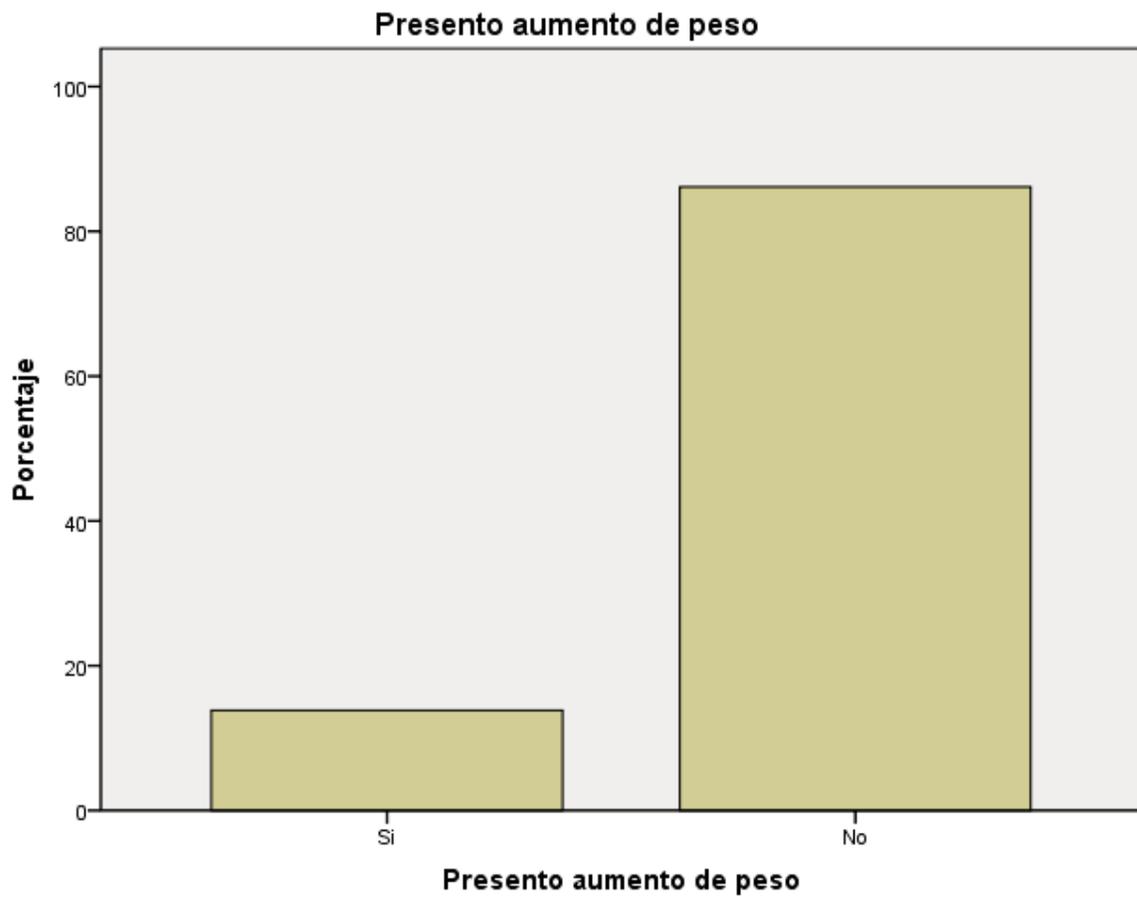


Tabla 2. Fuente: Base de datos.

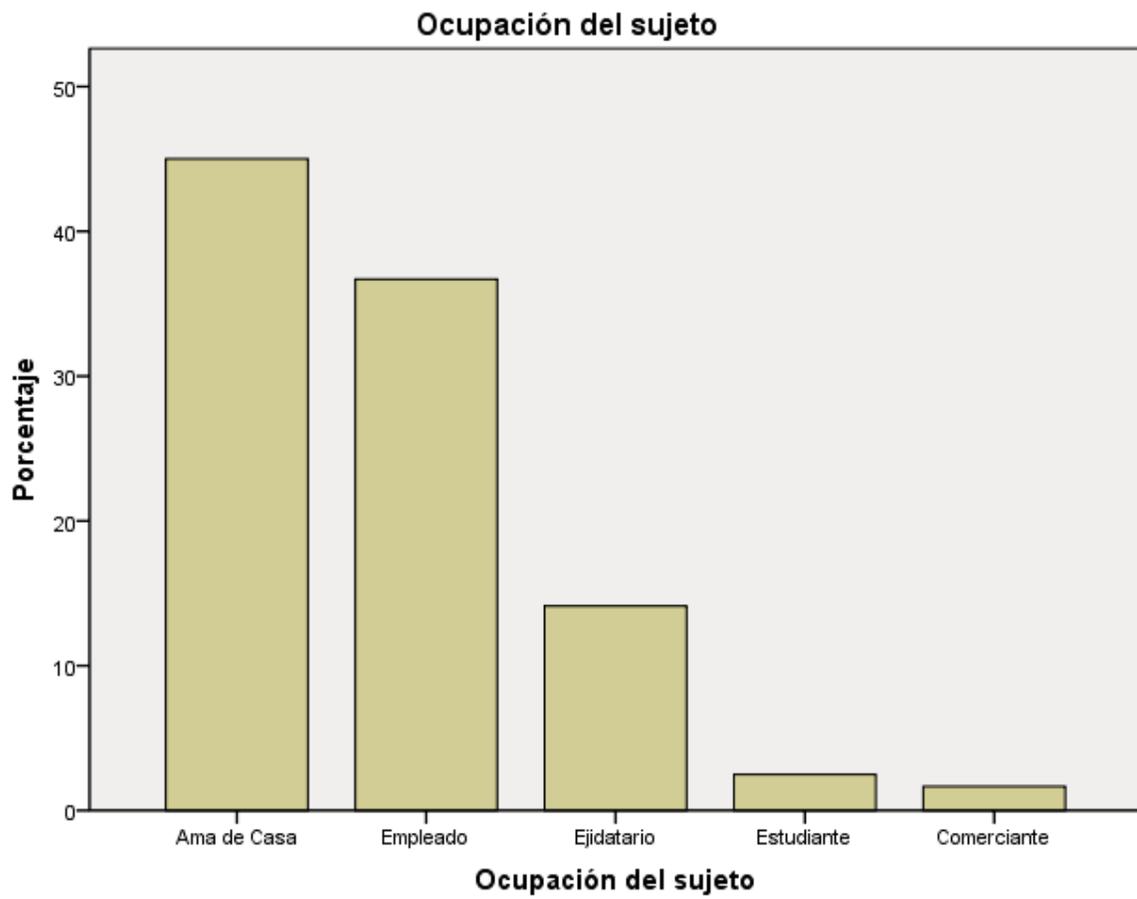


Tabla 1. Fuente: Base de datos.



Tabla 2. Fuente: Base de datos.

1.2 Correlaciones

Se estimaron las correlaciones de Pearson y Rho de Serman para determinar relaciones entre las variables. Los valores que aparecen marcadas con asteriscos presentan significancia y son importantes.

Correlaciones de Pearson

		Género del sujeto	Estado civil del sujeto	Religión que profesa
Género del sujeto	Correlación de Pearson	1	-,069	-,059
	Sig. (bilateral)		,066	,111
	N	722	722	722
Estado civil del sujeto	Correlación de Pearson	-,069	1	-,020
	Sig. (bilateral)	,066		,599
	N	722	722	722
Religión que profesa	Correlación de Pearson	-,059	-,020	1
	Sig. (bilateral)	,111	,599	
	N	722	722	722
Presento aumento de peso	Correlación de Pearson	,044	-,103**	-,103**
	Sig. (bilateral)	,241	,006	,006
	N	722	722	722
Ocupación del sujeto	Correlación de Pearson	-,646**	-,183**	,118**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,002
	N	722	722	722
		Correlación de Pearson	-,017	-,020

Si el sujeto fue testigo Sig. (bilateral)	,639	,585	,598
presencial o no de un			
acto violento N	722	722	722

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

Tabla 1.3. Fuente: Base de datos.

Continuación de Correlaciones

		Presento aumento de peso	Ocupación del sujeto	Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento
Género del sujeto	Correlación de Pearson	,044	-,646**	-,017
	Sig. (bilateral)	,241	,000	,639
	N	722	722	722
Estado civil del sujeto	Correlación de Pearson	-,103**	-,183**	-,020
	Sig. (bilateral)	,006	,000	,585
	N	722	722	722
Religión que profesa	Correlación de Pearson	-,103**	,118**	-,020
	Sig. (bilateral)	,006	,002	,598
	N	722	722	722
Presento aumento de peso	Correlación de Pearson	1	-,215**	,356**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	722	722	722
Ocupación del sujeto	Correlación de Pearson	-,215**	1	-,053
	Sig. (bilateral)	,000		,152
	N	722	722	722
	Correlación de Pearson	,356**	-,053	1

Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento	Sig. (bilateral)	,000	,152	
	N	722	722	722

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

Tabla 1.4. Fuente: Base de datos.

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones Rho de Spearman

			Género del sujeto
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
Estado civil del sujeto		Coeficiente de correlación	-,056
		Sig. (bilateral)	,130
		N	722
Religión que profesa		Coeficiente de correlación	-,059
		Sig. (bilateral)	,111
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	,044
		Sig. (bilateral)	,241
		N	722
Ocupación del sujeto		Coeficiente de correlación	-,804**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento		Coeficiente de correlación	-,017
		Sig. (bilateral)	,639
		N	722

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

Tabla 1.5. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

		Estado civil del sujeto	
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	-,056
		Sig. (bilateral)	,130
		N	722
Estado civil del sujeto		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
Religión que profesa		Coeficiente de correlación	-,018
		Sig. (bilateral)	,635
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	-,079*
		Sig. (bilateral)	,035
		N	722
Ocupación del sujeto		Coeficiente de correlación	-,154**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento		Coeficiente de correlación	-,014
		Sig. (bilateral)	,710

N	722
---	-----

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

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 1.6. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Religión que profesa
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	-,059
		Sig. (bilateral)	,111
		N	722
Estado civil del sujeto		Coeficiente de correlación	-,018
		Sig. (bilateral)	,635
		N	722
Religión que profesa		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	-,103**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	722
Ocupación del sujeto		Coeficiente de correlación	,101**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	722
Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento		Coeficiente de correlación	-,020
		Sig. (bilateral)	,598

N	722
---	-----

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

Tabla 1.7. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Presento aumento de peso
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	,044
		Sig. (bilateral)	,241
		N	722
	Estado civil del sujeto	Coeficiente de correlación	-,079*
		Sig. (bilateral)	,035
		N	722
	Religión que profesa	Coeficiente de correlación	-,103**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
	Ocupación del sujeto	Coeficiente de correlación	-,183**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
		Coeficiente de correlación	,356**

Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento	Sig. (bilateral)	,000
N		722

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

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 1.8. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Ocupación del sujeto
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	-,804**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Estado civil del sujeto	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	-,154**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Religión que profesa	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	,101**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	722
Presento aumento de peso	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	-,183**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Ocupación del sujeto	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	-,043
		Sig. (bilateral)	,244

N	722
---	-----

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

Tabla 1.9. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	-,017
		Sig. (bilateral)	,639
		N	722
Estado civil del sujeto	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	-,014
		Sig. (bilateral)	,710
		N	722
Religión que profesa	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	-,020
		Sig. (bilateral)	,598
		N	722
Presento aumento de peso	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	,356**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Ocupación del sujeto	Coeficiente de correlación	Coeficiente de correlación	-,043
		Sig. (bilateral)	,244
		N	722

Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento	Coeficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	.
	N	722

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

Tabla 1.10.Fuente: Base de datos.

Tablas de contingencia y análisis de Chi²

Se realizaron pruebas de chi cuadrado para determinar discrepancias entre las variables de mayor interés que implican un cambio de peso por haber presenciado un acto de violencia. Así se analiza el efecto del aumento de peso según el sexo de la persona que estuvo o no expuesta a un acto de violencia.

Estimación del riesgo relativo

También se determinaron factores de riesgo para cada una de estas variables, este parámetro tiene la ventaja que estima la probabilidad de riesgo con un intervalo de confianza de 95% para la variable aumento de peso según la presencia la otra variable. Por ejemplo, para el caso del sexo de la persona de sexo femenino tiene 1,245 veces más riesgo de aumento de peso si presencio un acto de violencia que aquellas del mismo sexo que no lo presenciaron.

Género del sujeto * Presento aumento de peso

Tabla de contingencia

Recuento

		Presento aumento de peso		Total
		Si	No	
Género del sujeto	Masculino	56	309	365
	Femenino	44	313	357
Total		100	622	722

Tabla 1.11. Fuente: Base de datos.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,377 ^a	1	,241	,281
Corrección por continuidad ^b	1,136	1	,287	
Razón de verosimilitudes	1,381	1	,240	,281
Estadístico exacto de Fisher				,281
Asociación lineal por lineal	1,375 ^c	1	,241	,281
N de casos válidos	722			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 49,45.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 1,173.

Tabla 1.12. Fuente: Base de datos.

Estimación de riesgo Relativo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Género del sujeto (Masculino / Femenino)	1,289	,843	1,972
Para la cohorte Presento aumento de peso = Si	1,245	,863	1,797
Para la cohorte Presento aumento de peso = No	,966	,911	1,024
N de casos válidos	722		

Tabla 1.13. Fuente: Base de datos.

Religión que profesa * Presento aumento de peso

Tabla de contingencia

Recuento

		Presento aumento de peso		Total
		Si	No	
Religión que profesa	Católico	89	595	684
	Cristiano	11	27	38
Total		100	622	722

Tabla 1.14. Fuente: Base de datos.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,662 ^a	1	,006	,010
Corrección por continuidad ^b	6,384	1	,012	
Razón de verosimilitudes	6,224	1	,013	,013
Estadístico exacto de Fisher				,013
Asociación lineal por lineal	7,651 ^c	1	,006	,010
N de casos válidos	722			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,26.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -2,766.

Tabla 1.15. Fuente: Base de datos.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,010	
Corrección por continuidad ^b		
Razón de verosimilitudes	,010	
Estadístico exacto de Fisher	,010	
Asociación lineal por lineal	,010	,007
N de casos válidos		

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 1.16 Fuente: Base de datos.

Estimación de riesgo Relativo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Religión que profesa (Católico / Cristiano)	,367	,176	,766
Para la cohorte Presento aumento de peso = Si	,449	,263	,767
Para la cohorte Presento aumento de peso = No	1,224	,997	1,503
N de casos válidos	722		

Tabla 1.17. Fuente: Base de datos.

Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento * Presento aumento de peso

Tabla de contingencia

Recuento

	Presento aumento de peso		Total
	Si	No	
Si el sujeto fue testigo presencial	98	290	388
presencial o no de un acto violento	2	332	334
no testigo presencial			
Total	100	622	722

Tabla 1.18. Fuente: Base de datos.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	91,469 ^a	1	,000	,000
Corrección por continuidad ^b	89,414	1	,000	
Razón de verosimilitudes	117,817	1	,000	,000
Estadístico exacto de Fisher				,000
Asociación lineal por lineal	91,342 ^c	1	,000	,000
N de casos válidos	722			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 46,26.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 9,557.

Tabla 1.19. Fuente: Base de datos.

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,000	
Corrección por continuidad ^b		
Razón de verosimilitudes	,000	
Estadístico exacto de Fisher	,000	
Asociación lineal por lineal	,000	,000
N de casos válidos		

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 1.20. Fuente: Base de datos.

Estimación de riesgo Relativo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento (testigo presencial / no testigo presencial)	56,097	13,712	229,496
Para la cohorte Presento aumento de peso = Si	42,180	10,482	169,740
Para la cohorte Presento aumento de peso = No	,752	,709	,797
N de casos válidos	722		

Tabla 1.21. Fuente: Base de datos.

Continuación de Correlaciones

		Presento aumento de peso	Ocupación del sujeto	Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento
Género del sujeto	Correlación de Pearson	,044	-,646**	-,017
	Sig. (bilateral)	,241	,000	,639
	N	722	722	722
Estado civil del sujeto	Correlación de Pearson	-,103**	-,183**	-,020
	Sig. (bilateral)	,006	,000	,585
	N	722	722	722
Religión que profesa	Correlación de Pearson	-,103**	,118**	-,020
	Sig. (bilateral)	,006	,002	,598
	N	722	722	722
Presento aumento de peso	Correlación de Pearson	1	-,215**	,356**
	Sig. (bilateral)		,000	,000
	N	722	722	722
Ocupación del sujeto	Correlación de Pearson	-,215**	1	-,053
	Sig. (bilateral)	,000		,152
	N	722	722	722
	Correlación de Pearson	,356**	-,053	1

Si el sujeto fue testigo Sig. (bilateral)	,000	,152	
presencial o no de un			
acto violento N	722	722	722

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

Tabla 1.22. Fuente: Base de datos.

CORRELACIONES NO PARAMETRICAS.

Correlaciones Rho de Spearman

			Género del sujeto
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
Estado civil del sujeto		Coeficiente de correlación	-,056
		Sig. (bilateral)	,130
		N	722
Religión que profesa		Coeficiente de correlación	-,059
		Sig. (bilateral)	,111
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	,044
		Sig. (bilateral)	,241
		N	722
Ocupación del sujeto		Coeficiente de correlación	-,804**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento		Coeficiente de correlación	-,017
		Sig. (bilateral)	,639

N	722
---	-----

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

Tabla 1.23. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Estado civil del sujeto
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	-,056
		Sig. (bilateral)	,130
		N	722
Estado civil del sujeto		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
Religión que profesa		Coeficiente de correlación	-,018
		Sig. (bilateral)	,635
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	-,079*
		Sig. (bilateral)	,035
		N	722
Ocupación del sujeto		Coeficiente de correlación	-,154**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento		Coeficiente de correlación	-,014
		Sig. (bilateral)	,710

N	722
---	-----

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

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 1.24.Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Religión que profesa
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	-,059
		Sig. (bilateral)	,111
		N	722
Estado civil del sujeto		Coeficiente de correlación	-,018
		Sig. (bilateral)	,635
		N	722
Religión que profesa		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	-,103**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	722
Ocupación del sujeto		Coeficiente de correlación	,101**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	722
Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento		Coeficiente de correlación	-,020
		Sig. (bilateral)	,598

N	722
---	-----

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

Tabla 1.25. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Presento aumento de peso
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	,044
		Sig. (bilateral)	,241
		N	722
	Estado civil del sujeto	Coeficiente de correlación	-,079*
		Sig. (bilateral)	,035
		N	722
	Religión que profesa	Coeficiente de correlación	-,103**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
	Ocupación del sujeto	Coeficiente de correlación	-,183**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
		Coeficiente de correlación	,356**

Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento	Sig. (bilateral) N	,000 722
--	-----------------------	-------------

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

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 1.26. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Ocupación del sujeto
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	-,804**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Estado civil del sujeto		Coeficiente de correlación	-,154**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Religión que profesa		Coeficiente de correlación	,101**
		Sig. (bilateral)	,006
		N	722
Presento aumento de peso		Coeficiente de correlación	-,183**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Ocupación del sujeto		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	722
Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento		Coeficiente de correlación	-,043
		Sig. (bilateral)	,244

N	722
---	-----

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

Tabla 1.27. Fuente: Base de datos.

Correlaciones

			Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento
Rho de Spearman	Género del sujeto	Coeficiente de correlación	-,017
		Sig. (bilateral)	,639
		N	722
Estado civil del sujeto	Estado civil del sujeto	Coeficiente de correlación	-,014
		Sig. (bilateral)	,710
		N	722
Religión que profesa	Religión que profesa	Coeficiente de correlación	-,020
		Sig. (bilateral)	,598
		N	722
Presento aumento de peso	Presento aumento de peso	Coeficiente de correlación	,356**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	722
Ocupación del sujeto	Ocupación del sujeto	Coeficiente de correlación	-,043
		Sig. (bilateral)	,244
		N	722

Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento	Coeficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	.
	N	722

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

Tabla 1.28. Fuente: Base de datos.

DISCUSION.

Está establecido plenamente que el medio ambiente inmediato puede influir en patrones de conducta relacionado con la salud.

Existe la posibilidad de que en México como en otros países esté experimentando una estabilización de prevalencia por saturación de la población susceptible de tener sobrepeso.

En dicha teoría del “equilibrio de la saturación” expone que las personas con predisposición al sobrepeso adquieren esta condición rápidamente al estar expuestos a un entorno poco favorable para la salud como el que se ha observado en los últimos años en México.

Finalmente es posible que existan otros fenómenos complejos como una polarización de la transición epidemiológica y contra transición, lo cual ocasiona efectos de la malnutrición en el ser humano y sumándose a lo anterior el ambiente de inseguridad cualquiera que sea su causa que priva en nuestro país y que está jugando un papel importante en el aumento de la prevalencia en cualquiera de sus aspectos. (93)94).

¿Esto en que se traduce? En que está establecido que el hogar es el medio en donde se van a obtener los patrones de alimentación de sus miembros Y por consecuencia la población que vive en una región con un nivel socioeconómico inferior lo cual se asocia con un medio poco favorable para su desarrollo adquiere productos alimenticios los cuales están limitados a las personas que tengan los recursos monetarios para adquirirlos a bajo costo y con alto contenido calórico y bajo contenido nutricional como los elaborados con azúcar refinada y grasas trans como por ejemplo los chocolates, dulces, refrescos, alimentos elaborados con harina como las pastas, pan, galletas, manteca, frituras, productos enlatados y otros productos perecederos, desplazando gradualmente el consumo de productos naturales como las frutas, verduras, hortalizas, alimentos con fibra e ingesta de agua, lácteos en general y carne que por lo general es

insuficiente, con las limitaciones propias que genera la falta de recursos económicos para adquirirlos y asociándose con deficiencias de macro y micronutrientes esenciales para el balance nutricional del ser humano. Sumándose a lo anteriormente expuesto se observa aumento del sedentarismo y disminución de la práctica de ejercicio ya que se asocia con aumento de horas al día con actividades relacionadas con uso de dispositivos electrónicos llámese televisor, iPod, computadora, celular entre otros y además por los cambios en el entorno asociados con la inseguridad que predomina en el ambiente por lo que aumenta en la población en general el temor de salir de sus casas a realizar ejercicio con regularidad en las áreas ideales para su práctica contribuyendo a cambiar su estilo de vida iniciando la potencialización del sobrepeso y la obesidad. (95)(96).

Según la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en el país hay siete millones de hogares en la pobreza extrema lo cual se traduce en que aproximadamente veintisiete millones de mexicanos carecen de recursos para tener una vida digna, ubicando a un setenta y cinco por ciento de menores de cinco años que padecen desnutrición grave y moderada.

Asociado con la pobreza viene de la mano el desempleo, el cual es una variable económica que es detonante para cualquier sociedad.

Ya que, generalmente detrás de las frías cifras de las personas desocupadas, hay sensación de desesperación, impotencia, desesperanza por no tener acceso a la adquisición de la canasta básica y no poder sufragar otras necesidades elementales de su grupo familiar y cuyos estados de ánimo son detonantes de personalidad e indiscutiblemente son la plataforma para que los desempleados y sus familias entren al mundo del delito.

La ignorancia se acompaña de la necesidad; es impensable construir una sociedad sobre la base de la ignorancia.

Un grave problema en México que constituye una huella distintiva de la pobreza es la desnutrición. La inseguridad alimentaria dentro de los hogares ha sido incorporada desde hace algunos años como un indicador de la pobreza en México.

Lo cual permite identificar a los grupos de población que presentan carencia en el cumplimiento de sus derechos sociales entre ellos, la alimentación. Por lo cual se observa en una fracción importante de los menores de cinco años anemia y talla baja asociadas a la desnutrición.

En las zonas indígenas se incrementan estos cuadros asociados a desnutrición; la situación de la población infantil es grave en el área rural de nuestro país asociado a la pobreza que impera en dicho medio.

Por lo que se requiere realizar acciones coordinadas con todas las instituciones del sector salud extensiva a los grupos sociales más afectados económicamente.

Para poder llegar a cualquier conclusión que nos aproxime a soluciones integrales se debe estudiar cualquier manifestación o factor material o humano que altere el medio social.

El nivel educativo, los ingresos familiares y el estrato social, aunque miden aspectos diferentes de la calidad de vida, están relacionados.

Según la Organización Mundial de la Salud, son los determinantes intermedios, es decir, son la manera en que se expresan los determinantes estructurales de la salud y la enfermedad.

La iniciativa del presente proyecto es para reconsiderar y proponer una fórmula nacional para integrar recursos, instituciones de salud públicas y privadas, comités locales, organizaciones y asociaciones civiles, empresariales y educativas que conformen la pluralidad de canales para la participación ciudadana en la construcción de una gran política nacional de prevención que busquen inhibir los factores de riesgo e incrementen los factores de prevención y en consecuencia representen salud y bienestar para los ciudadanos mexicanos.

Así mismo, es necesario señalar los criterios indicadores relativos a desarrollo social, salud, migración, educación, violencia, entre otras cosas para identificar tendencias en el desarrollo de patologías en regiones, zonas, ciudades y las comunidades más remotas del país.

Es importante identificar los factores de riesgo y áreas de oportunidad para mejorar los procesos y programas de acuerdo al análisis de su población, estilo de vida y principales padecimientos para priorizar en relación a su impacto económico y social.

Los objetivos específicos serán: Evaluar los factores que afecten la salud de las personas de acuerdo a su determinante social, ambiental y su estilo de vida.

Aunado a lo anterior, identificar de acuerdo a grupo de edad y características de estrés patologías con más impacto en la calidad de vida de las personas, de acuerdo con las principales causas de mortalidad, morbilidad y sus tendencias.

Y priorizar las patologías con más impacto social y económico para jerarquización oportuna e implementación de planes de ataque para disminuir su incidencia en la población.

CONCLUSIONES.

Investigadores en Ecología Social consideran que la conducta de los individuos frecuentemente está en función del ambiente que lo rodea, por lo que los interesados en el tema del aumento del sobrepeso y obesidad como problema de salud pública deben tomar en cuenta los diferentes niveles de influencia en el ambiente en el diseño de medidas efectivas para prevención y tratamiento. La percepción de inseguridad que domina en gran parte del territorio nacional como un aspecto del impacto del medio ambiente, la cultura y la educación en los mexicanos ha contribuido para la modificación de los hábitos de vida de las personas en algunas regiones de país, siendo un factor de riesgo de suma importancia para desencadenar diferentes tipos de patologías.

En cuanto los resultados de los cuadros de frecuencia para cada una de las variables en estudio se observó:

- Género del sujeto masculino se registró una frecuencia de 365 personas, porcentaje de 50.6, porcentaje válido de 50.6 y porcentaje acumulado de 50.6.
- En cuanto al género femenino se registró una frecuencia de 357 personas, con un porcentaje de 49.4 y un porcentaje acumulado de 49.4 personas (Tabla 2).
- Estado civil del sujeto : Soltero frecuencia 25 personas, porcentaje 3.5, porcentaje válido 3.5 y porcentaje acumulado 3.5, casado frecuencia de 678 personas, porcentaje de 93.9 con porcentaje acumulado de 97.4, unión libre con frecuencia de 16 personas, porcentaje de 2.2, porcentaje válido de 2.2 y porcentaje acumulado de 99.6, divorciados con frecuencia de dos personas, porcentaje de 0.3, porcentaje válido de 0.3, porcentaje acumulado de 99.9, viudo con frecuencia de 1, porcentaje de 0.1, porcentaje válido 0.1, con porcentaje acumulado de 100 (Tabla 3).

- Religión que profesa válidos católicos con frecuencia de 684 personas, con porcentaje de 94.7, porcentaje acumulado de 94.7, cristianos con frecuencia de 38, porcentaje de 5.3, porcentaje válido de 5.3 y porcentaje acumulado de 100 (Tabla 5).
- Ocupación del sujeto se observó ama de casa con una frecuencia de 325, un porcentaje de 45, un porcentaje válido de 45 y un porcentaje acumulado de 45, empleado con una frecuencia de 265 personas, porcentaje de 36.7, porcentaje válido de 36.7 y porcentaje acumulado de 81.17, ejidatario con frecuencia de 102 personas, porcentaje de 14.1, porcentaje válido de 14.1 y porcentaje acumulado de 95.8, estudiante con frecuencia de 18, porcentaje de 2.5, porcentaje válido de 2.5 y porcentaje acumulado de 98.3, comerciante con frecuencia de 12 personas, porcentaje de 1.7, porcentaje válido de 1.7 y porcentaje acumulado de 100 (Tabla 6).
- Si el la persona fue testigo presencial o no de un acto violento testigo presencial de un acto violento válidos se registró una frecuencia de 388, con porcentaje de 53.7, porcentaje válido de 53.7 y con porcentaje acumulado de 53.7 y testigo no presencial de un acto violento con una frecuencia de 334, porcentaje válido 46.3, porcentaje de 46.3 y porcentaje acumulado de 100 (Tabla 7).
- Correlaciones.
- Se estimaron las correlaciones de Pearson y Rho Spearman para determinar las relaciones entre las variables.
- Correlación entre Género del sujeto y género del sujeto de 1, género del sujeto y estado civil del sujeto es de -0.69, género del sujeto y religión que profesa -0.59, estableciendo correlación significativa bilateral entre género del sujeto y estado civil del sujeto la cual es de .066 y género del sujeto y religión que profesa de 0 .111. La correlación entre el estado civil del sujeto y el género del sujeto fué de -0.69, estado civil del sujeto y estado civil del sujeto fué de 1, estado civil del sujeto y religión que profesa es de -.020 y se estableció una correlación

significativa bilateral entre el estado civil del sujeto y el género del sujeto de .066 y estado civil del sujeto la religión que profesa siendo de 0 .599.

- La correlación entre la Religión que profesa con el género del sujeto fué de -.059, entre la religión que profesa y el estado civil del sujeto -.020, religión que profesa y religión que profesa es de 1, se estableció una correlación significativa bilateral de 0.111 entre la religión que profesa y el género del sujeto y la religión que profesa y la ocupación del sujeto de 0.599.
- Se estableció un correlación entre el aumento de peso con género del sujeto de .044, entre el aumento de peso con estado civil del sujeto de -.103, aumento de peso con religión que profesa de -.103, presentando correlación significativa bilateral entre el aumento de peso y el género del sujeto de 0.241, el aumento de peso y el estado civil del sujeto de 0.006 y aumento de peso con religión que profesa de 0.006 de un universo de 722 personas. Se obtuvo una correlación significativa al nivel 0.01 bilateral (Tabla 10).
- En la correlación entre las variables de si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento con el género del sujeto fue de -0.017, si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y la ocupación del sujeto fue de -0.20 y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y la religión que profesa fue de -.020 se estableció una correlación significativa bilateral entre la si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y el aumento de peso la cual fue de .356, si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento con ocupación del sujeto de -0.053 y si fue testigo presencial o no de un acto violento y con la variable si fue testigo presencial o no de un acto violento de 1. Con correlación significativa bilateral entre la variable si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y presentó aumento de peso de 0.00, y la variable si fue testigo presencial o no de un acto violento y ocupación del sujeto cuyo resultado fué de 0.152.

- La correlación entre el género del sujeto y presentó aumento de peso fue de 0.044, entre el género del sujeto y ocupación del sujeto fue de -0.646, entre el género del sujeto y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento -0.017. Se estableció una correlación significativa bilateral entre género del sujeto y presentó aumento de peso de 0.241, género del sujeto y ocupación del sujeto de 0.00, entre género del sujeto y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento lo cual fue de 0.639.

En cuanto a la correlación con el estado civil del sujeto y el aumento de peso fue de -0.103, el estado civil del sujeto y la ocupación del sujeto 0.183 y estado civil del sujeto y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto de violencia fue de -0.020 con una correlación significativa bilateral con el estado civil del sujeto y si presentó aumento de peso fue de 0.006, estado civil del sujeto y ocupación del sujeto de 0.000, estado civil del sujeto y es testigo presencial o no de un acto de violencia de 585.

- En la religión que profesa presentó una correlación con aumento de peso de -0.103, religión que profesa con la ocupación del sujeto 118, religión que profesa y si el sujeto fue testigo presencial o no de una acto violento de -0.020 con correlación significativa bilateral entre la religión que profesa y presentó aumento de peso de 0.006 y la religión que profesa y si el sujeto fue testigo o no de un acto de violencia con 598.
- Se estableció una correlación entre el título presentó aumento de peso y presentó aumento de peso con resultado de 1, presentó aumento de peso y ocupación del sujeto de -0.215, presentó aumento de peso y fue testigo presencial o no de un acto violento fue de 356.
- Con correlación significativa bilateral entre presentó aumento de peso y ocupación del sujeto lo cual fue de 000, aumento de peso y testigo presencial de un acto violento fué de 000.
- En la correlación entre la ocupación del sujeto y presentó aumento de peso es de -0.215, ocupación del sujeto y ocupación del sujeto fue de 1, ocupación

del sujeto y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento de - 0.053 con una correlación significativa bilateral entre ocupación del sujeto y presentó aumento del peso de 0.00 y ocupación del sujeto y fue testigo presencial o no de un acto violento de 152.

- En el renglón titulado si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto de violencia en correlación con presentó aumento de peso el resultado fue de 356, si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto de violencia y la ocupación del sujeto fue de 152, si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto de violencia con el título el sujeto fue testigo presencial o no de un acto de violencia el resultado fue de 1. Una correlación significativa entre si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y presentó aumento de peso es de 000, si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y ocupación del sujeto es de 152. (Tabla 11).
- En cuanto a las correlaciones no paramétricas Rho de Spearman en la correlación entre género del sujeto con género del sujeto con un coeficiente de correlación significativa bilateral de 1.000 en un universo de 722 personas.
- En la correlación entre estado civil del sujeto con género del sujeto presentó un coeficiente de correlación de -0.056 con una correlación significativa bilateral de 0.130

En la correlación de la religión que profesa con género del sujeto se encontró un coeficiente de correlación de -0.059 con una correlación significativa bilateral de 0.111.

En cuanto a la correlación entre presentó aumento de peso y género del sujeto se encontró un coeficiente de correlación de -0.804 con una correlación significativa bilateral de 000.

En la correlación de si el sujeto fue testigo o no de un acto violento y género del sujeto se encontró un coeficiente de -0.017 con una correlación significativa bilateral de 0.639 (Tabla 12).

En la correlación género del sujeto y estado civil del sujeto se encontró un coeficiente de correlación de -0.056 con una correlación significativa bilateral de 0.130.

En la correlación estado civil y estado civil se encontró un coeficiente de correlación de 1.000 con una correlación significativa bilateral de 1.

En la correlación de religión que profesa y estado civil se encontró un coeficiente de correlación de -0.018 con una correlación significativa de 0.635.

En la correlación presentó aumento de peso y estado civil se encontró un coeficiente de correlación de -0.079 con una correlación significativa bilateral de 0.035 en donde la correlación fue significativa en el nivel 0.05 bilateral.

En la correlación entre ocupación del sujeto y estado civil del sujeto se encontró un coeficiente de correlación de -0.154 con un coeficiente de correlación significativa bilateral de 0.000 en donde la correlación fue significativa en el nivel 0.01 bilateral.

En la correlación entre si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y estado civil del sujeto se encontró un coeficiente de correlación de -0.014 con un coeficiente de correlación significativa bilateral de 0.710 (Tabla 13).

En la correlación de género del sujeto y religión que profesa se encontró un coeficiente de correlación de -0.059 con una correlación significativa bilateral de 0.111.

En la correlación entre estado civil del sujeto y religión que profesa se encontró un coeficiente de correlación significativa bilateral de 0.635.

En la correlación de religión que profesa y religión que profesa se encontró un coeficiente de correlación de 1.000 con coeficiente de correlación significativo bilateral de 1.

En la correlación presentó aumento de peso y religión que profesa se encontró un coeficiente de correlación de -0.103 con una correlación significativa bilateral de 0.006 en donde la correlación es significativa a nivel 0.01 bilateral.

La correlación entre ocupación del paciente y religión que profesa es de 0.101 en donde se encontró una correlación significativa bilateral de 0.006 en donde la correlación es significativa a nivel 0.01 bilateral.

En la correlación entre si el sujeto fué testigo presencial o no de un acto de violento con religión que profesa es de -0.020 en la cual presentó una correlación significativa bilateral de 0.598 (Tabla 14).

En la correlación entre género del sujeto y presentó aumento de peso se encontró un coeficiente de correlación de 0.044 con una coeficiente de correlación significativo bilateral de 0.241

En la correlación entre estado civil del sujeto y presentó aumento de peso se encontró un coeficiente de correlación de -0.079 con un coeficiente de correlación significativo bilateral de 0.035.

En la correlación entre religión que profesa y presentó aumento de peso el coeficiente de correlación es de -0.103 con un coeficiente de correlación significativo bilateral de 0.006. En donde se encontró una correlación significativa al nivel 0.01 bilateral.

En cuanto a la correlación entre presentó aumento de peso y presentó aumento de peso se registró un coeficiente de correlación de 1.000 con una correlación significativa bilateral de 1.

En la correlación de ocupación del sujeto con presentó aumento de peso se estableció un coeficiente de correlación de -0.183 con un coeficiente de correlación significativo bilateral de 0.00. En donde la correlación fué significativa a nivel 0.01 bilateral.

En la correlación si el sujeto fue testigo o no de un acto violento y presentó aumento de peso se encontró un coeficiente de correlación de 0.356 con una correlación significativa bilateral de 0.00. En donde la correlación es significativa a nivel 0.01 bilateral (Tabla 15).

En la correlación entre el género del sujeto y si el sujeto fue testigo presencial o no se encontró un coeficiente de correlación de -0.017, con una correlación significativa bilateral de 0.639.

En la correlación entre estado civil del sujeto y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento se estableció un coeficiente de correlación de -0.014 con una correlación significativa bilateral de 0.710.

En la correlación entre religión que profesa y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento se estableció un coeficiente de correlación de -0.020 con una correlación significativa bilateral de 0.598

En la correlación presentó aumento de peso y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento se estableció un coeficiente de correlación de 0.356 con correlación significativa bilateral de 0.000 en donde la correlación es significativa al nivel 0.01 bilateral.

En la correlación Rho de Spearman ocupación del sujeto y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento se estableció el coeficiente de correlación de -0.043 con una correlación significativa bilateral de 0.244.

En la correlación si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento se estableció un coeficiente de correlación de 1.00 con una correlación significativa bilateral de 1 (Tabla 16).

En la correlación entre el género del sujeto y ocupación del sujeto se encontró un coeficiente de correlación de -0.804 con una correlación significativa bilateral de 0.000. En donde la correlación fue significativa a nivel de 0.01 bilateral.

En la correlación entre el estado civil del sujeto y ocupación del sujeto se estableció un coeficiente de correlación de -0.154 con una correlación significativa bilateral de 0.000. En donde la correlación es significativa a nivel de 0.01 bilateral.

En la correlación entre la religión que profesa y la ocupación del sujeto se encontró un coeficiente de correlación de 0.101 con una correlación significativa bilateral 0.006. En donde la correlación fue significativa a nivel de 0.01 bilateral.

En la correlación entre presentó aumento de peso y la ocupación del sujeto se encontró un coeficiente de correlación de -0.183 con una correlación

significativa bilateral de 0.000. En donde la correlación fué significativa a nivel de 0.01 bilateral.

La correlación entre ocupación del sujeto y ocupación del sujeto presentó un coeficiente de correlación de 1.000 con una correlación significativa bilateral de 1 (Tabla 17).

La estimación del factor de riesgo relativo se llevó a cabo determinando los factores de riesgo para cada una de estas variables, este parámetro estima la probabilidad de riesgo con un porcentaje de confianza de noventa y cinco por ciento para la variable aumentó de peso según la presencia de otra variable.

En donde la variable género masculino si presentó aumento de peso con 56 personas y no presentó aumento de peso en 309 personas de un total de 365 personas.

La variable género femenino si presentó aumento de peso con 44 personas y no presentó aumento de peso con 313 personas de un total de 357 personas en la variable si presentó aumento de peso fue de 100 personas y se registró el total en la variable no presentó aumento de peso de 622 personas de 722 personas (Tabla 1.11).

En cuanto a la estimación del riesgo relativo de razón de las ventajas para género del sujeto (masculino/femenino) con un valor promedio de 1.289, presentando un valor inferior de 0.843 y un valor superior de 1.972 en donde la variable si presentó aumento de peso presentó un valor promedio de 1.245, con un valor inferior de 0.863 y un valor superior de 1.797 personas y la variable no presentó aumento de peso fue de 0.966 en promedio con valor inferior de 0.911 y valor superior de 1.024 personas de un número de casos válidos de 722 personas (Tabla 1.13).

En donde la variable la religión que profesa católico y/o cristiano presentó un valor promedio de 0.367 con un valor inferior de 0.176 y se encontró un valor superior de 0.766 en relación con la variable si presentó aumento de peso estableciendo un valor promedio de 0.449, un valor inferior de 0.263 y un valor superior de 0.767 y con la variable no presentó aumento de peso

con un valor promedio de 1.224, un valor inferior de 0.997 y un valor superior de 1.503 con un total de casos válidos de 722 (Tabla 1.17).

Se estimó el riesgo relativo de la variable si el sujeto fue testigo presencial o de un acto violento y la variable presentó aumento de peso en donde en el recuento de si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento si presentó aumento de peso en 98 personas y en la variable no presentó aumento de peso se cuantificaron 290 personas con un total de 388 personas.

Si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento y la variable si presentó aumento de peso con un total de 2 personas y la variable no presentó aumento de peso con 332 personas de un total de 334.

Siendo el total de la variable si presentó aumento de peso de 100 personas y la variable no presentaron aumento de peso 622 personas de un total de 722 personas (Tabla 1.18).

La estimación del riesgo relativo en cuanto a la razón de las ventajas para si el sujeto fue testigo presencial o no de un acto violento con un valor promedio de 56.097 siendo un valor inferior de 13.712 y un valor superior de 229.496 personas con la variable si presentó aumento de peso se obtuvo un valor de 42.180, siendo un valor inferior de 10.482 y un valor superior de 169.740 personas.

Presentó además con la variable no presentó aumento de peso un valor promedio de 0.752 con un valor inferior de 0.709 y un valor superior de 0.797 personas de un total de casos válidos de 722 personas (Tabla 1.21).

- En base a lo anteriormente expuesto el sistema sanitario basado en la atención primaria de salud, deberá orientar sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y de la solidaridad social así como el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social.
- Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder en forma equitativa y eficientemente a las

necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad para vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos, la sostenibilidad, la participación, la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y por supuesto, la puesta en práctica de las intervenciones intersectoriales.

- Como propuesta, se ofrece el plan de salud que permita identificar de manera temprana a la población en riesgo y tratar de establecer medidas oportunas para iniciar, mantener o restablecer hábitos de alimentación y actividad física adecuadas con intervenciones de carácter individual, familiar, grupal, y comunitario para el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario del Médico, con equipos integrados de salud y vinculados con el área de prestaciones sociales, nutrición, psicología, trabajo social, medicina preventiva, paraclínicos, enfermería y dental.
- En un trabajo conjunto con las autoridades municipales, estatales, nacionales y del sector salud en un compromiso sostenido con la colaboración de los sectores públicos, privados educativos adoptando las medidas preventivas pertinentes de acuerdo con el entorno socio cultural.
- Fomentar para resolver la problemática de origen alimenticio el consumo de los recursos regionales preparados para el consumo humano los cuales se pueden disfrutar en diversidad de deliciosos y nutritivos platillos.
- Se recomienda hacer obligatoria la educación nutricional en las escuelas asociándola con la oferta de alimentos sanos en el interior de los planteles fomentando el consumo de frutas y verduras introduciendo en los refrigerios escolares ensaladas o frutas acompañadas de jugo de fruta natural y con fomento de la ingesta de agua mediante la disposición de bebederos en todos los centros educativos.

- Fomentar la comida en familia para establecer objetivos saludables, explorando la forma de mejorar la atmósfera familiar con tiempos de calidad, evitando los distractores como el televisor o la lectura del periódico o alguna otra forma de información impresa y/o electrónica durante las comidas, hablar sobre estrategias para crear comidas familiares sanas y sencillas de preparar para que toda la familia pueda participar en su elaboración y consumo.
- Planear en familia horarios más reducidos para dedicar a ver la televisión, estar frente a la computadora, consolas de juegos y otros medios electrónicos aumentando los horarios para actividades recreativas.
- Fomento de la realización del huerto familiar como una solución para mejorar la alimentación familiar, su economía y como una actividad para fomentar la convivencia familiar.
- En la actualidad con el ambiente de inseguridad de origen multifactorial que domina el medio en nuestro país, lo cual ha condicionado la modificación en los hábitos de vida y, por consecuencia en los hábitos de alimentación y de ejercicio en las personas de algunas regiones del país, siendo un predictor importante de riesgo para desarrollar diversas patologías, por lo que se puede sugerir realizar ejercicio como caminata, subir o bajar escaleras o bicicleta fija en el interior de su domicilio o en el caso de tener patio en su propiedad realizarlo en el interior del terreno o bien realizar caminata en áreas cercanas a su domicilio.
- En cuanto a los programas de salud que se ofrece a la población como estrategia con enfoque preventivo incluye que todas las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social cuentan con módulos de PREVENIMSS en donde se realizan diversas actividades de promoción de salud, detección y prevención.
- Se cuenta con la estrategia educativa chiquitiMSS que permite modificar de manera favorable los estilos de vida de los niños y sus familias.
- La estrategia juvenIMSS promueve y practica entre los adolescentes estilos de vida activos y saludables.

- Como parte de los programas preventivos de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social se pueden enumerar: Programa Vamos por un millón de kilos, Estilo de vida activo y saludable y Chécate, mídete, muévete.
- En el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado se tiene como propuesta de salud el programa prevénISSSTE con detecciones oportunas de diabetes mellitus, nutrición y ejercicio, manejo emocional, enfermedades cardíacas, abuso de sustancias, alcohol y tabaco así como detección de cáncer.
- Para llevar a cabo la estrategia de Promoción y Prevención para una Mejor Salud las UNEMEs EC se constituyen como las unidades clínicas y educativas para el manejo del sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus en el primer nivel de atención, las cuales aplican un modelo clínico, preventivo, integral, interdisciplinario y de investigación único y diferente de los ya existentes en México.
- Por lo que el Gobierno Federal inició en 2007 esta estrategia prioritaria que incluye el desarrollo de unidades médicas de especialidad con enfoque de prevención clínica que oferten acciones preventivas, educativas y de atención específica para proporcionar prevención y tratamiento oportuno y eficaz.
- En cuanto a las estrategias generales se proponen fortalecimiento de los programas preventivos estableciendo alianzas con todo el Sector Salud, incrementar la calidad de la información e incrementar la calidad de la mejora de los servicios.
- En cuanto a las estrategias particulares es necesario la implementación de las Guías de Práctica Clínica, implementación de normatividad, control y capacitación de equipo médico.
- Se debe generar la promoción de la vinculación de las áreas médicas en el sector salud en beneficio de una estructura que funcione por procesos y promover una cultura de salud enfocada a establecer la participación corresponsable del personal y la población derechohabiente.

- Considerar la vinculación de programas y acciones bajo una visión integrada e impulsar la coordinación sectorial en nuestro país.
- Impulsar y garantizar que el otorgamiento de los servicios esté sustentado en el diagnóstico de salud.
- Orientar las actividades de investigación en salud hacia la resolución de los problemas de la población.
- Favorecer el desarrollo de la autonomía de gestión y capacidad resolutive.
- Gestionar en forma eficiente y oportuna los recursos humanos, materiales y financieros.
- Promover el análisis epidemiológico para evaluar impactos de los programas de salud y encauzar las acciones de acuerdo con resultados obtenidos.
- Fortalecer la prestación de los servicios de prevención y atención a la salud mediante la supervisión y asesoría.
- En cuanto a las expectativas esperadas: Otorgar una atención digna y de calidad, que pueda satisfacer las necesidades de quien lo solicite, lo cual impactará sin lugar a dudas en la mejoría de la salud de la población mexicana.
- Lo que permitirá brindar a la sociedad mexicana la seguridad social que se merece. Cabe mencionar que un programa de esta magnitud exige cambios, evolución y adaptación a las nuevas condiciones sociales, económicas y criminales.
- Con la opción de pensar y crear un mundo diferente en donde las diferencias cotidianas y humanas se resuelvan mediante el uso racional y equitativo de los recursos disponibles.
- Buscando desarrollar el compromiso de corresponsabilidad del derechohabiente en el autocuidado de su salud y el control de esta morbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Organización Mundial de la Salud. (2011) Bases técnicas del Acuerdo para la Salud Alimentaria. Estrategias contra el sobrepeso y la obesidad. Disponible en: <http://www.who.int./diet/physical/activity/es>.

2.- Silvia A. Rodríguez Fernández:(2007): Madrid; Causas de la Obesidad: VII Curso de Exerto Universitario en Epidemiología y Nuevas Tecnologías Aplicadas.

http://sameens.dia.uned.es/Trabajos7/Trabajos_Publicos/Trab_2/Rodriguez_Fernandez_2/agenteHuespedMambiente.htm

3.- Zorrilla H. (2010). Los conceptos de la Obesidad. Definiciones. Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud; disponible en: info@sutratamiento.com.ar.

4.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006.

<http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/2555-consumo-refrescos-supera-alimentos-basicos-ensanut-2010.html>

5.- Guía Práctica : La Seguridad Alimentaria: Información para la toma de decisiones: Una introducción a los conceptos básicos de la Seguridad Alimentaria: (1996): FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

<http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf>

6.- Monserrat Verdalet Olmedo;Ciencia y el hombre: Revista de Divulgación científica Veracruzana;La obesidad un problema de salud publica; Volumen XXIV número 3: Septiembre-Diciembre de 2011

<https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol24num3/articulos/obesidad/>

7.- FUNDACION UNAM;(2015) Obesidad Infantil: Una enfermedad que arrebatada cada vez más vidas:(2015).

<http://www.fundacionunam.org.mx/salud/obesidad-infantil/>

8.-Romero-Velarde E.;Campollo Rivas, O.; Celis de la Rosa, A; Vázquez Garibay E.; Flores H. (2013): “Traducción del conocimiento de factores de riesgo en intervenciones prácticas a nivel poblacional. “Salud Pública de México.49. Edición Especial XV Congreso de Investigación en Salud Publica p. 308-310

9.-Seedo.es, Obesidad y Salud [sede web].España:seedo.es;2007-2010[acceso noviembre 2010].Disponible en:www.seedo.es

10.- Jáuregui i.Gordos, obesos y obsesos,trastornos de la conducta alimentaria2006;4:295-320.

11.-Herrero L-S.Anorexia:comer nada.Una perspectiva psicoanalítica.Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1999;19(72):599-608.

12. - SobalJ,Stunkard AJ.Socioeconomic status and obesity: a review of the literatura Psychol Bull1989;105(2):260-275.

13.- Real Academia Española(2010) (www.rae.es).

14. - Wadden TA and Sarwer DB.Behavioral Assesment of Candidates for Bariatric Surgery: A patient-Oriented Approach. Obesity 2006; 14:53S-62S.

15.- Jáuregui I,Rivas M, Montaña MT, Morales MT. Influencia de los estereotipos en Percepción de la obesidad.Nutr Hosp 2008; 24(4):319-325.

- 16.- Jáuregui I, Marcos L, Rivas M, Rodríguez L, Gutiérrez N. Aspectos Transculturales en la percepción de la obesidad. Carta científica. Nutr Hosp 2008; 23(6):619-629.
17. - Ogden J (2003). The Psychology of eating. Oxford:Blackwell.
18. - Mitchell JE, Crosby RD, Ertelt TW, Marino JM, Sarwer DB, Thompson JK et al. The desire for body contouring surgery after bariatric surgery. Obes Surg 2008; 18(10):1308-1312.
19. - Hayden MJ, Dixon ME, Dixon JB, Playfair J and O'Brien PE. Perceived Discrimination and stigmatization against severely obese woman: age and Weight loss make a difference. Obes Fact 2010;3(1):7-14.
20. - Shiri S, Gurevich T, Feintuch U and Beglaibter N. Positive psychological Impact of bariatric surgery. Obes Surg 2007; 17(5):663-668.
- 21.- Abilés V, Rodriguez- Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for Bariatric surgery. Obese Surg 2010; 20(2): 161-167
- 22.-Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A and Jansen A. Impulsivity in obese women. Appetite 2006;47(2):253-256.
- 23.- Kinzl JF, Schrattecker M, Trawer C, Aigner F, Fiala M, Biebl W, Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. Obes Surg 2007; 17(2):229-235.

24. - WaddenTA, Butryn ML, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Lipschutz PE et al. Comparison of Psychosocial Status in Treatment-seeking Women with Class III vs. Class I-II Obesity. *Obesity* 2006; 14:90S-98S.
25. - Lykouras L. Psychological profile of obese patients. *Dig Dis* 2008;26(1):36-39.
26. - Stuerz K, Piza H, Niermann K and Kinzl J. Psychosocial impact of Abdominoplasty. *Obes Surg* 2008;18(1);34-38.
27. - Nowicka P, Högnund P, Birgerstam P, Lissau I, Pietrobelli A and Flodmark CE. Self-esteem in a clinical sample of morbidly obese children and Adolescent. *Acta Paediatr* 2009; 98(1);34-38.
28. - Rosenberger PH, Henderson KE and Grilo CM. Correlates of body image Dissatisfaction in extremely obese female bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2006; 16(10):1331-1336
29. - Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood Maltreatment and Psychiatric Morbidity in Bariatric Surgery Candidates. *NIH Public Access* 2010; 28:1-13.
30. - Buser A, Lam CS, and Poplawski SC. A long-term cross-sectional study On gastric bypass surgery: impact of self-reported past sexual abuse. *Obes Surg* 2009; 19(4): 422-426.
31. - Song A, Fernstrom MH. Nutritional and psychological considerations after Bariatric surgery. *Aesthet Surg J* 2008; 28(2):195-199.

32. - Mazzeo SE, Saunders R, and Mitchell KS, Gender and binge eating among Bariatric surgery candidates. *Eat Behav* 2006; 7(1):47-52.
33. - Pecori L, Serra Cervetti G G, Marinari GM, Migliori F and Adami G. Attitudes of morbidly obese patients to weight loss and body image following Bariatric surgery and body contouring. *Obes Surg* 2007; 17 (1):68-73.
34. - Roehrig M, Masheb RM, White MA, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, And Grilo C, Chronic dieting among extremely obese bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2009; 19(8):1116-1123.
35. - Sansone RA, Wiederman MW, Schumacher DF and Routsong-Weichers L. The prevalence of self-harm behaviors among a sample of gastric surgery Candidates. *J Psychosom Res* 2008; 65 (5): 441-444.
36. - Wegener I, De Beer K, Schilling G, Conrad R, Imbierowicz K, Geiser Fet al. Patients with obesity show reduced memory for other body shape. *Appetite* 2008; 50 (2-3): 359-266.
- 37.-. - Pedersen JO, Zimmermann E, Stallknecht BM, Bruun JM, Kroustrup JP, Larsen JF et al. Lifestyle intervention in the treatment of severe obesity. *Ugeskr Laeger* 2006;168(2):167-172.
38. - Song AY, Rubin PJ, Thomas V, Dudas JR, Marra KG and Fernstrom MH. Body Image and Quality of Life in Post Massive Weight Loss Body Contouring Patients. *Obesity* 2006;14(9):1626-1636.

- 39.- Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A et al.
Axis I and ii disorders and quality of life in bariatric surgery candidates.
J Clin Psychiatry 2008; 69(2):295-301.
- 40.- Pontiroli AE, Fossati A, Vedani P, Fiorilli M, Folli F, Paganeli M et al.
Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than
Personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in
morbidly obese patients. Obese Surg 2007; 17(11):1492-1497.
41. - Belanger SB, Wechsler FS, Nademin ME, and Virden TB.
Predicting outcome of gastric bypass surgery utilizing personality scale
Evaluations, psychosocial factors, and diagnostic group membership.
Obes Surg [PubMed] 2009 Mayo. [acceso Octubre 2010].
Disponibile en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- 42.- Bancheri L, Patrizi B, Kotzalidis GD, Mosticoni S, Gargano T,
Angrisani P et al.
Treatment choice and psychometric characteristics: differences between
Patients who choose bariatric surgical treatment and those who do not.
Obes Surg 2006;16(12):1630-1637.
43. - Kinder BN, Walfish S, Scott Young M, and Fairweather A. MMPI-2
Profiles of bariatric surgery patients: a replication and extension.
Obes Surg 2008;18(9):1170-1179.

- 44.- Mosby Pocket Diccionario de Medicina, enfermería y ciencias de la salud,
4ª ed.Barcelona:Elsevier;2009.p.557, 916, 1377,1380, 1382.
- 45.- Widhalm K, Dietrich S, Prager G, Silberhummmer G, Orth D and Kispal ZF.
Bariatric surgery in morbidly obese adolescents: a 4-year follow-up of ten
Patients. Int J Pediatr Obes 2008;3 (1):78-82.
- 46.- Castellini G, Lapi F, Ravaldi C, Vannaci A, Rotella CM, Faravelli C et al.
Eating disorder psychopathology does not predict the overweight severity in
Subjects seeking weight loss treatment.
Compr Psychiatry 2008; 49(4); 359-363.
- 47.- Schowalter M, Benecke A, Lager C, Heimbucher J, Bueter M, Thalheimer
A et al. Changes in depression following gastric banding: a 5-to 7 –year
Prospective study. Obes Surg 2008; 18 (3): 314-320.
48. - Waden AP, Sarwer BD and Williams NN. Behavioral Assessment and
Characteristics of Patients Seeking Bariatric Surgery.
Obesity 2006; 14:51S-52S.
49. - Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE,
Gibbons et al. Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder among
Persons Seeking Bariatric Surgery:Prevalence and Related Features.
Obesity 2006; 14:77S-82S.

50. - Fabricatore AN, Waden TA, Sarwer DB, Crerand CE, Kuehnel RH, Lipschutz PE et al. Self-reported Eating Behaviors of Extremely Obese Persons Seeking Bariatric Surgery: A Factor Analytic Approach. *Obesity* 2006; 14:83S-89S.
51. - Burgmer R, Petersen I, Burmer M, de Zwaan M, Wolf AM and Herpertz S. Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg* 2007; 17(6):785-791.
- 52.- Beutel ME, Klockenbrink P, Wiltink J, Dietrich S, Thiede R, Fan J et al. Attention and executive functions in patients with severe obesity. A controlled study using the Attention Network Test. *Nervenarzt* 2006; 77(11):1326-1331.
53. - Heinberg LJ, Keating K and Simonelli L. Discrepancy between ideal and Realistic goal weights in three bariatric procedures: Who is likely to be Unrealistic? *Obes Surg* 2010; 20 (2):148-153.
- 54.- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA3-1998 para el manejo integral de sobrepeso y obesidad.
- 55.- Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1998 del expediente clínico.
- 56.- Gloria M. Delgado de Cantú, Delgado de Cantú Julieta de Jesús, Cantú Delgado Yolanda, Martínez Magallanes, Julieta de Jesús Cantú Delgado, Yolanda Martínez Magallanes.(2012); *Historia Universal: De la era de las revoluciones al mundo globalizado*; Publicado por Pearson Educación.
- 57.- Brown PJ, Konner M. Anthropological perspective on obesity. En: Wurtman RJ, Wurtman IJ (ed); (2012). *Human Obesity. Anals of New York Academy of Sciences*, Vol.499; New York: p.29-46.

- 58.- Bray GA Obesity: Historical development of scientific and cultural ideas. *Int J Obes Relat Metab Disord*; (2011):Vol.14: p.909-926.
- 59.-Jeffcoale W. Obesity is a disease : Food for thought. *Lancet*:2012;Vol.351:p:903-904.
- 60.- Stunkard AJ, LaFleur WR, Wadden TA. (2011): Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe: *Int J Obes Relat Metab Disord*: Vol:22;p.1141-1144.
- 61.-Williams and Wilkins Co. (2011): Powers PS Social and cultural factors in obesity: En: Powers PS (ed). *Obesity. The regulation of weight*. Baltimore: p.201-243.
- 62.- Hassal A. Observations on the development of the fat vesicle. *Lancet*:1849:1:63-
- 63.- Popking B.M (2001). The nutrition transition and obesity in the developing World: *J Nutrition*:Vol:131:p.871-873.
- 64.- Zhang Y., Proenca R., Maffei M., Barone M., Leopold L., Friedman J.M. (1994). Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue: *Nature*:p.372-425-432.
- 65.- Snyder E.E., Walts B., Pérusse L., Chagnon Y., C., Weignagel S., J., Rankinen T., Bouchard C.: The human obesity gene map (2003): *Obes res*:(2004):Vol.12:p.439-369.
- 66.- Oficial Mexicana NOM-008-SSA1-2010 para el manejo integral de la obesidad.
- 67.- Norma Oficial Mexicana NOM- 015-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de Diabetes.
- 68.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial.

69.- Glosario del Observatorio Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social México: (online). (2011). Definición de Género. Disponible en: http://www.observatoriolaboral.gob.mx/wb/ola/ola_glosario_de_términos/-rid560?page=2.

70.- Glosario del Observatorio Laboral de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social México: (online). (2011) Definición de Talla. Disponible en: http://www.observatoriolaboral.gob.mx/wb/ola/ola_glosario_de_términos/_rid560?page=2

71.- Glosario del Observatorio Laboral de la Secretaria de Trabajo y Previsión Social México: (online). (2011) Definición de cintura. Disponible en: http://www.observatoriolaboral.gob.mx/wb/ola/ola_glosario_de_términos/_rid560?page=2.

72.- Organización Mundial de la Salud. (2011). Obesidad y Sobrepeso Mesa de Prensa de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs3>

73.- Organización Mundial de la Salud. (2011) Temas de Salud y Obesidad disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>

74.- Boletín UNAM DGC-698 Ciudad Universitaria (2013) El problema de la obesidad más allá de la transición alimentaria y nutricional. http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_698.html

75.- Harrison, Fauci, Braunwald et. Al. (2010) Principios de Medicina Interna décimo octava edición, volumen 1, México, D.F. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 75: pp 515-524

76.- González D. (2011) Prediabetes y Sociedad: Primera edición, México, D.F: pop 65-94

www.editalfil.com

77.- Soto-CV, Vergara-W, Neciosup-PE. (2008). Prevalencia y factores de Síndrome Metabólico en población adulta en el Departamento de Lambayeque, Perú- (22), Revista Médica, Exp. Salud Pública (4): pp 254-261

78.- García, M. Céspedes, F. Hernández, G. (2006). Sobrepeso y obesidad en adultos del Norte de Tamaulipas, México. Revista de Medicina Interna, Endocrinología y Nutrición disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>

79.- Gutiérrez, G., Acosta, B. Medina, I. Silva. A. Mejía, I. Velazco, V. (2006). Capítulo VII, volumen 2, Peso bajo, sobrepeso, obesidad general y obesidad central. Programas Integrados de Salud. Encuesta Nacional de Coberturas 2006: pop83-89

80.- Gaceta Médica de México. Dr. Simón Barquera Cervera, Ismael Campos Nonato, Rosalba Rojas y Juan Rivera. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaria de Salud (SSA) México. (2010): Simposium: Obesidad en México: Epidemiología y Políticas de Salud para control y prevención. Volumen 146: pop397-407.

81.- Elizabeth, L. (2011). El Sobrepeso y la Obesidad acaparan el presupuesto de Salud en México. Artículo Publicado por CNN en español con información de la Mesa de Prensa de la Organización Mundial de la Salud.<http://www.who.int/topics/obesity/es/>.

82.- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 Servicios Básicos de Salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

83.- Norma Oficial Mexicana NOM -169-SSA1-1998 Norma Oficial Mexicana para la asistencia social alimentaria a los grupos de riesgo.

84.- Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA1-1993 Establece el riesgo normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.

85.- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

86.-Vergara, M.(2011).La Familia y la Obesidad.Disponible en:www.spm.org.mx.

87.- Ojeda, D. (2012). Estrategia de Capacitación a la Familia para combatir la Obesidad. Disponible en:www.monografias.com/trabajos82/estrategia-capacitacion-familia-combatir-obesidad2-shtml

88.- Organización Mundial de la Salud (2010). Grupo Internacional del Consenso de Medición de Actividad Física.

89. - Corbin, C. Pangrazy (2005) Health Fitness and Physical activity. Revista: President's Council on Physical Fitness and Sport Research Digest; Volumen (3): pp.5-6

90.- Pérez Fuentes A., Suarez Suri R., García Castillo G., Espinoza- Brito A., Linares – Girela D. (2009): Propuestas de la variante del test de clasificación del sedentarismo y su validación estadística: pop 82-88

91.- Diccionario de la Real Academia Española: Edición 2005

92.- Organización de las Naciones Unidas (2007): Artículo: Narcotráfico en México. Mesa de Prensa de la Organización de las Naciones Unidas. Disponible en:<http://jornada.unam.mx/2007/0/26index.php?section=politica>

93.- Aguayo Quezada Sergio y Bruce, Michael Bagley (comps) (1990). En busca de la seguridad perdida, Editorial siglo XXI, México: p 45-60.

94.- Ipsos Public Affairs. Encuesta de Percepción.Medellín Cómo vamos (2010):Medellín:2010 (Internet); 2010:(Citado el 16 de Marzo de 2012): Disponible en http://www.medellincomovamos.org/sites/default/files/imagenes/MCV_I_percepcion_ciudadana2010.pdf.

95.-Aguirre, P. Aspectos socioantropológicos da obesidade na pobreza In:Peña M.;Bacallao,J. (Ed.).Obesidade

96.- Dixis Figueroa Pedraza:(2012):Obesidad y pobreza : Marco conceptual para su análisis en Latinoamérica: p.260.

97.- Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002 Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. E pobreza: um novo desafio a saude pública.saopaulo:Roca,2006.P.12-26.

98.- Norma Oficial Mexicana NOM-O17-SSA1-1994 para la vigilancia epidemiológica.

99.- Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social titulada Diagnóstico y

Manejo de Estrés Postraumático
.http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GPC_Estr
espostraumatico/GER_EstresPostraumatico.pdf

100.- Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social Titulada Prevención y Diagnóstico de Sobrepeso y Obesidad en Niños y Adolescentes en el Primer Nivel de Atención.http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/025_GPC_SobrepesoObesenPed/SSA_025_08_EyR.pdf

101.- Dr. Raymundo Paredes Sierra (2006). Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina.http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/ago_01_ponencia.html

102.- Todos por Tamaulipas.http://tamaulipas.gob.mx/mapa/default.asp?accion=locloc&numloc=SA NTANDER+JIMENEZ Fuente: INEGI.Proy.PROYECCION CONAPO 2000-2015

103.- Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social titulado Prevención, Diagnóstico y tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad exógena. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-046-08.

104.- Barquera S, Rivera JA, Espinosa-Montero J, Safdie M.Campirano F,
Monterrubio EA.

Energy and nutriment consumption in Mexican woman.In: 12-49 years of age:
Analysis of the National Nutrition Survey 1999.

Salud Pública México; 2003; 45 (Supl.4): págs.530-539.

105.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). División de
Estadísticas y proyecciones económicas 2011.

Escalas de equivalencia en los países de América Latina [Internet].

Santiago de Chile: Cepal; 2011[citado el 16 de marzo de 2012].

Disponible en <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/43554/lcl3325e.pdf>.

106.- Ricardo León Anzures Carro, Víctor Chávez Aguilar, María del Carmen García,

Octavio Noel Pons: (2008): Medicina Familiar: Familia con enfermedad crónica:
Familia con obesidad: Corporativo Intermédica: México,D.F. p.338.

ANEXOS

ENCUESTA PARA DETERMINAR LA CORRELACIÓN ENTRE LA INSEGURIDAD Y EL AUMENTO DE PESO EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS ADSCRITOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 68 DE SANTANDER JIMÉNEZ TAMAULIPAS.

I- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1- EDAD: __ Años 1)20-29 2)30-39 3) 40-49 4)50-59

2- GENERO: __ 1) Hombre 2) Mujer

3- ESTADO CIVIL: __ 1) Soltero 2) Casado / U. libre 3) Divorciado/ Separado
4) Viudo

4- ESCOLARIDAD: __

1) Analfabeta 2) Sabe leer y escribir 3) Primaria (P) 4) P Incompleta 5) Secundaria (S)

6) S Incompleta 7) Bachillerato/ Preparatoria/ Técnica (BPT) 8) BPT Incompleta 9) Licenciatura

10) L. Incompleta 11) Posgrado/ Máster/ Doctorado (PMD) 12) PMD Incompleto

13) Academia comercial.

5- RELIGIÓN: __ 1) Ateo 2) Agnóstico 3) Católica 4) Evangélica 5) Testigo de Jehová 6) Otra

6- LUGAR DE CRIANZA: ___ 1) Medio Rural 2) Medio Urbano 3) Medio Semi-Urbano

II- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE SOBREPESO-OBESIDAD

9- Padre que tenga o haya tenido sobrepeso-obesidad: ___ 1) Si 2) No

10- Madre que tenga o haya tenido sobrepeso-obesidad: ___ 1) Si 2) No

11- Hermanos que tengan o hayan tenido sobrepeso-obesidad: ___ 1) Si 2) No

III- GANANCIA DE PESO Y CUANTIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PACIENTE

12- Talla del paciente: ___ Mts.

13- Peso de la consulta anterior (6 meses previos): _____ Kg

14- IMC anterior (6 meses previos): _____ Estadificar: _____ 1) Normal 2) Sobrepeso

3) Obesidad

15- Peso de la consulta actual: _____ Kg

16- Ganancia de peso: _____ Kg

17- IMC de la consulta actual: _____ Estadificar: _____ 1) Normal 2) Sobrepeso
3)

Obesidad

IV- CONOCIMIENTOS SOBRE EJERCICIO AERÓBICO

18- ¿Sabe que realizar ejercicio es “bueno mantener la salud”? _____ 1) Si 2)
No

19- ¿Sabe que realizar ejercicio es importante para “mantener un peso
adecuado”? _____

1) Si 2) No

IV- CONOCIMIENTOS SOBRE EJERCICIO AERÓBICO

18- ¿Sabe que realizar ejercicio es “bueno mantener la salud”? _____ 1) Si 2)
No

19- ¿Sabe que realizar ejercicio es importante para “mantener un peso
adecuado”? _____

1) Si 2) No

20- ¿Sabe lo que es el “EJERCICIO AEROBICO”? _____ 1) Si 2) No

21- Preguntar la definición “EJERCICIO AERÓBICO”, la definición ¿es correcta?
_____ 1)

Si 2) No

22- ¿Sabe cuál es el tiempo que se recomienda para hacer ejercicio por día? _____
1)

Si 2) No

23- Interrogar el tiempo recomendado para el “EJERCICIO AERÓBICO”, ¿es
correcto?

_____ 1) Si 2) No

24- ¿Sabe cuántas veces por semana se debe hacer ejercicio? _____ 1) Si 2) No

25- El tiempo recomendado por semana de “EJERCICIO AERÓBICO”, ¿es
correcto? _____

1) Si 2) No

Posterior a esta sección oriente sobre la definición de Ejercicio Aeróbico: “Cualquier actividad física de tipo continua, que vaya desde 15 min como mínimo y 60 min como óptimo, durante al menos 3 veces x semana y como óptimo 5 veces x semana y que demande gasto calórico”

V- PRÁCTICA DE EJERCICIO

PREGUNTAR ESTA SECCIÓN SOLO SI LA OCUPACIÓN DEL PACIENTE NO DEMANDA EJERCICIO AERÓBICO

26- Considera que durante los 6 meses pasados realizó "Ejercicio Aeróbico"?__

1) Si

2) No

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES "SI" CONTINUAR SECUENCIA DE INTERROGANTES; SI LA RESPUESTA ES "No" PASAR A LA PREGUNTA 23

27- ¿Dónde realizó ejercicio? ____ 1) En casa 2) Fuera de casa

28- Escoja el motivo más importante por el cual no realiza ejercicio aeróbico: ____

1) Porque no sabía la importancia del ejercicio para tener un buen estado de salud

2) Porque nunca he tenido ganas de hacerlo

- 3) Por falta de tiempo para realizarlo debido a mis ocupaciones diarias
- 4) Porque tengo miedo de salir de mi casa para realizar ejercicio (a la calle, a espacios públicos, a las áreas verdes, a campos deportivos o gimnasios) por los hechos violentos que están sucediendo en mi comunidad.

SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES LA "1", LA "2" O LA "3" PASAR A LA PREGUNTA 25;

SI LA RESPUESTA ES LA NUMERO "4" PASAR A LA PREGUNTA 30

29- ¿Ha intentado realizar ejercicio en casa? ____

- 1) Si
- 2) No

30. OCUPACION.

- 1) Si su trabajo demanda ejercicio aeróbico efectivo (jornalero, agricultor, cargador, albañil)._____
- 2) Si su trabajo no demanda ejercicio aeróbico efectivo. (Labores del hogar, estudiantes, trabajo de oficina, choferes)._____

VI- CONOCIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN

30- ¿Sabe que la alimentación influye para bien o para mal en su estado de salud? ____ 1)

Si 2) No

31- ¿Sabe que su peso depende en gran parte de lo que come? ____ 1)

Si 2) No

3)

4) 32- ¿Sabe lo que es llevar una “ALIMENTACIÓN CORRECTA”? ____ 1)

Si 2) No

5)

33- Interrogar la definición de la variable “ALIMENTACIÓN CORRECTA”, ¿es correcta? ____ 1) Si

2) No

34- ¿Considera que es costoso tener una “ALIMENTACIÓN CORRECTA”? _____

1) Si 2)

No

Posterior a esta sección oriente sobre la definición de Alimentación Correcta: “Dieta que incluya: 1) cereales, 2) verduras y frutas, 3) leguminosas y alimentos de origen animal) con proporciones de nutrientes adecuadas, suficiente en cantidad para cubrir las necesidades para tener una buena nutrición y un peso saludable, que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas y que sea acorde a los gustos y a la cultura de quien la consume y se ajuste a los recursos económicos sin sacrificar las características básicas de la alimentación correcta, además calculada de acuerdo a la actividad física de cada persona”.

VII- ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE

35- ¿ Considera que desde hace 6 meses usted ha llevado una “ALIMENTACIÓN CORRECTA”? ____ 1) Si 2) No

SI LA RESPUESTA ES “Si”, DE POR TERMINADA LA ENCUESTA, SI LA RESPUESTA ES “No” CONTINÚE LA SECUENCIA DE INTERROGANTES

36- Escoja el motivo más importante por el cual no lleva una alimentación correcta:

—

- 1) Porque no sabía lo que era “llevar una alimentación correcta”
- 2) Por falta de tiempo para preparar alimentos para llevar una dieta de forma adecuada
- 3) Las condiciones de mi trabajo no me permiten llevar una dieta adecuada
- 4) Porque actualmente es difícil conseguir los alimentos adecuados para llevar una buena dieta por la situación de inseguridad que se vive en la comunidad

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Unidad de Medicina Familiar Número 68 en Santander, Jiménez, Tamaulipas.

Cedula de Encuesta con fecha de aplicación de Enero de 2013 a Junio de 2014.

Nombre. _____ Edad _____ Años.

Número de afiliación. _____

Consultorio _____ Turno _____.

Peso _____ Talla _____

Índice de masa corporal (IMC) _____

¿Usted ha sido testigo presencial de hechos violentos asociados con inseguridad?

Sí () No ()

Actividad física.

Sí () No ()

Antecedentes heredofamiliares de sobrepeso y obesidad.

Si () No ()

¿Usted tiene trastornos psicológicos que considera asociados a eventos de inseguridad?

Si () No ()

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA**

Lugar: Santander Jiménez, Tamaulipas a:

Fecha: Enero 22 de Enero de 2013.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

CORRELACIÓN DE LA INSEGURIDAD EN EL AUMENTO DE PESO EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 68 EN SANTANDER JIMÉNEZ, TAMAULIPAS

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2013-2804-3.

El objetivo del estudio es:

Determinar la relación entre la inseguridad y el aumento de peso en la población derechohabiente dentro del rango de edad de 20 a 59 años adscrita a la Unidad de Medicina Familiar número 68 en Santander Jiménez, Tamaulipas

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **Contestar una encuesta, la cual es completamente anónima**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Llenar por completo la encuesta

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del Paciente

DRA. GUILLERMINA SOLÍS FLORES 7706545

Nombre, Matricula y Firma del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de

emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 834-31-2-00-53 y 835-8-01-31

Clave: 2810 – 009 – 013