



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 60 DELEGACIÓN ORIENTE, ESTADO DE MÉXICO.**

**COMPETENCIA Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ASOCIADO A LA
FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES
DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 79 IMSS**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARÍA GUADALUPE ALTAMIRANO JIMÉNEZ.

Registro de autorización: R-2017-1406-31



TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO. DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

2019



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.

**COMPETENCIA Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ASOCIADO A LA
FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES
DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 79 IMSS**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA GUADALUPE ALTAMIRANO JIMÉNEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. ELIZABETH NICOLAS CARRAZCO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 60 "DR. JESÚS VARELA RICO".

DRA. MARÍA ELISA LÓPEZ DELGADO

ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79.

DR. J. RAYMUNDO RODRIGUEZ MOCTEZUMA
ASESOR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

DR. ISAAC PÉREZ ZAMORA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGO/UMF 60

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE.

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



DELEG. DEL ESTADO DE MEXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD

TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO. MÉXICO.

ACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

2020

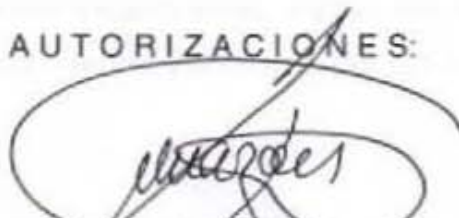
**COMPETENCIA Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ASOCIADO A LA
FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES
DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 79 IMSS**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARÍA GUADALUPE ALTAMIRANO JIMÉNEZ .


AUTORIZACIONES:



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



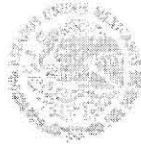
DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1406** con número de registro **17 CI 15 121 081** ante COFEPRIS
HOSP GRAL DE ZONA NUM 57, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **12/12/2017**

LIC. MARÍA GUADALUPE ALTAMIRANO JIMÉNEZ

P R E S E N T E

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

COMPETENCIA Y PERCEPCION DE LOS MÉDICOS ASOCIADO A LA FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 79 IMSS

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

Núm. de Registro
R-2017-1406-31

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIA ROSALINA MADERA BAÑUELOS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1406

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por ser un padre amoroso y haberme dado principalmente la vida y una familia que me apoya, ama y alienta a seguir adelante.

A mis hijas Catherin y Ximena:

Por demostrarme el amor incondicional, motivarme a ser mejor; por soportar ausencias y cobrarlas con alegría y sonrisas, por ser la razón de mi felicidad; las amo.

A mi madre Alejandra:

Que siempre me ha demostrado su amor alentándome a superarme, que cuando sentí caer siempre me dio razones para levantarme y continuar. Gracias mami.

A mis hermanos Antonio y Alejandro:

A ti Antonio por hacerme ver que la familia siempre está para apoyarse, por ser mi amigo, por creer en mí, por estar cuando más te necesito. A ti Ale por demostrarme el amor a mi carrera, por enseñarme el querer ser mejor cada día, el ser más humana y servicial a mis pacientes.

A mis Asesores Dr. Raymundo Rodríguez Moctezuma y la Dra. María Elisa López Delgado:

Por su paciencia y guía para realizar este trabajo, por ser una figura clave en mi desarrollo profesional.

A ti

Que me impulsaste y me hiciste ver constantemente mis capacidades, que creíste en mí y jamás permitiste que me rindiera, por apoyarme, mil gracias.

ÍNDICE.

Capítulo 1.	Página.
Antecedentes.	1
Planteamiento del problema.	11
Justificación.	12
Hipótesis.	14
Objetivos.	15
Capítulo 2.	
Sujeto material y métodos.	16
Diseño.	16
Grupo de estudio.	17
Variables.	18
Descripción del estudio.	19
Factibilidad y aspectos éticos.	20
Recursos.	24
Capítulo 3.	
Resultados.	25
Tablas y gráficas.	27
Discusión.	31
Capítulo 4.	
Conclusiones.	32
Recomendaciones	33
Referencias bibliográficas.	34
Capítulo 5.	
Anexos.	36

RESUMEN

Altamirano JMG. **COMPETENCIA Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ASOCIADO A LA FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 79 IMSS**

Antecedentes. El sobrepeso y la obesidad son enfermedades que a nivel mundial se encuentran en alarma epidemiológica ya que ha incrementado estos padecimientos año con año. En México se encuentra en primer lugar de prevalencia en obesidad infantil y también en el adulto, poniendo en riesgo a los pacientes para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, problemas coronarios, síndrome metabólico, artrosis e incluso cáncer, si se presenta desde la infancia hay más probabilidad de disminuir el tiempo de vida por las comorbilidades que se presentan en edad temprana. La falta de información sobre la enfermedad en los pacientes que la padecen provoca un bajo apego al tratamiento, así como no provocar impacto de lo transmitido por sus médicos durante la consulta, ya sea por falta de interés del paciente, del nivel de competencia o de la percepción que sobre la enfermedad tiene el médico tratante.

Objetivo. Determinar la percepción y nivel de conocimiento sobre el sobrepeso y obesidad de los Médicos en el primer nivel de atención y si ésta se asocia a la frecuencia de sobrepeso y obesidad en la población derechohabiente que atienden. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, prospectivo en una muestra de médicos que aceptaron participar en el estudio de los turnos matutino y vespertino, a quienes se les pidió edad, antigüedad laboral en el instituto, así mismo se les aplicó un cuestionario sobre los conocimientos básicos sobre el sobrepeso y obesidad, se les determinó peso y talla, IMC. Por otro lado, se seleccionaron al azar 10 expedientes de pacientes de cada consultorio de los médicos incluidos para obtener el IMC y enfermedades relacionadas con sobre peso y obesidad. El análisis de resultados se realizó a través de estadística descriptiva no probabilística. **Resultados.** Se aplicó un cuestionario a médicos de ambos turnos de la UMF No. 79 donde se observó que el grado de competencia de los médicos es insuficiente para el manejo y control del sobrepeso y obesidad de sus pacientes, la mala actitud, falta de atención, falta de envió a redes de apoyo como dietología, así como la falta de autocuidado para promover y prevenir las enfermedades se ve reflejada en el mal control de los pacientes. **Conclusiones.** Existe un alto grado de sobrepeso y obesidad en los médicos familiares, donde hay asociación positiva entre el IMC del médico y el IMC de sus pacientes, con competencia en la mitad de los médicos encuestados, aunque prácticamente todos consideran importante tratar a los pacientes con sobrepeso y obesidad, el grado de obesidad de los pacientes y de los médicos fue mayor en los médicos con menor antigüedad laboral.

Palabras clave. Competencia, percepción, médicos, sobrepeso, obesidad.

SUMMARY

Altamirano JMG. **COMPETENCE AND PERCEPTION OF PHYSICIANS ASSOCIATED WITH THE FREQUENCY OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN PATIENTS IN THE FAMILY FAMILY MEDICAL DEPARTMENT No. 79 IMSS**

Background. Overweight and obesity are diseases that worldwide are in epidemiological alarm because it has increased these conditions year after year. In Mexico, it is in first place of prevalence in childhood obesity and also in adults, putting patients at risk to develop chronic noncommunicable diseases such as diabetes, coronary problems, metabolic syndrome, osteoarthritis and even cancer, if it occurs since childhood there is a greater probability of decreasing the time of life due to comorbidities that occur at an early age. The lack of information about the disease in patients who suffer from it causes a low adherence to treatment, as well as not causing impact of what was transmitted by their doctors during the consultation, either due to lack of interest of the patient, the level of competence or the perception of the disease by the attending physician. **Objective.** Determine the perception and level of knowledge about overweight and obesity of physicians in the first level of care and if this is associated with the frequency of overweight and obesity in the population entitled to care that they attend. **Material and methods.** A cross-sectional, descriptive, prospective study was carried out in a sample of physicians who agreed to participate in the study of morning and evening shifts, who were asked for age, seniority in the institute, and a questionnaire on knowledge was applied. of overweight and obesity, weight and height, BMI were determined. On the other hand, 10 patient files from each clinic of the included physicians were selected at random to obtain the BMI and diseases related to overweight and obesity. The analysis of results was carried out through non-probabilistic descriptive statistics. **Results.** A questionnaire was applied to doctors of both shifts of the UMF No. 79 where it was observed that the degree of competence of the doctors is insufficient for the management and control of the overweight and obesity of their patients, the bad attitude, lack of attention, lack of sending to support networks such as dietetics, as well as the lack of self-care to promote and prevent diseases is reflected in the poor control of patients. **Conclusions.** There is a high degree of overweight and obesity in family doctors, where there is a positive association between the BMI of the doctor and the BMI of their patients, with competence in half of the doctors surveyed, although practically everyone considers it important to treat overweight patients and obesity, the degree of obesity of patients and physicians was higher in physicians with less seniority.

Keywords. Competence, perception, doctors, overweight, obesity.

CAPÍTULO I

I. ANTECEDENTES.

SOBREPESO Y OBESIDAD.

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades que a nivel mundial se encuentran en alarma epidemiológica dado su incremento en los últimos años. En México ocupan el primer lugar de prevalencia en obesidad tanto en población infantil como en el adulto, lo que los coloca en un alto riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, problemas coronarios, síndrome metabólico, artrosis e incluso cáncer. Si la obesidad se presenta desde la infancia hay más probabilidad de disminuir la expectativa de vida debido a la presentación de comorbilidad a edad temprana. La falta de información sobre la enfermedad en los pacientes que la padecen provoca la falta de apego al tratamiento, además de no provocar impacto lo transmitido por sus médicos dentro de la consulta por falta de interés o de competencia de la enfermedad ya que se desconoce la percepción de la enfermedad en el médico tratante.

La obesidad caracterizada por el aumento de grasa corporal diagnosticada con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual de 30, es una enfermedad crónica multifactorial que involucra la susceptibilidad genética como otros de tipo social como son el alimentario, el asociado al sedentarismo incluso emocional y de educación los cuales podemos conjuntar en los denominados estilos de vida contrarios a la salud.

ALIMENTACION.

El consumo de alimentos hipercalóricos ricos en grasas, sal y azúcares para satisfacer la necesidad del hambre además de llevar una vida más sedentaria.

Se estima que entre un 30 a 40% de la probabilidad de un individuo de ser obeso es atribuible a los genes y el resto a influencias ambientales. En Latinoamérica la prevalencia de sobrepeso es de 50% en las grandes urbes y la obesidad de 15%.

Normalmente en un hombre adulto aproximadamente el 12-20% de su peso corporal está compuesto por grasa y en una mujer el 20-30%¹

Algunos expertos han puesto de manifiesto que las diferencias socioeconómicas, educacionales y de acceso a la información pueden limitar claramente la capacidad para elegir de manera adecuada la alimentación. Por otro lado, hoy en día es casi reiterativo recordar que, en las últimas décadas, los cambios económicos y laborales, sociales o demográficos han provocado modificaciones en la dieta y en los estilos de vida que han afectado las bases mismas de nuestra forma de vivir y de alimentarnos: incremento de la población urbana; aumento del sector económico terciario y, en consecuencia, menor ejercicio físico. La obesidad supone además un importante deterioro en la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud y parece existir una relación directamente proporcional entre el índice de masa corporal (IMC) y el grado de deterioro de la calidad de vida. La obesidad es percibida por los propios afectados como un problema con mayor impacto sobre el funcionamiento físico (limitación de actividad, problemas musculoesqueléticos, respiratorios, dolor corporal) que sobre aspectos psicológicos (depresión, insatisfacción corporal, baja autoestima, calidad de vida sexual) o sociales.⁽²⁾

Cabe mencionar que en el campo de la educación y mercadotecnia transmiten diversos mensajes sobre alimentación y prevención de enfermedades, sin embargo, no se ha visto impacto en la población.

Los tres objetivos de la salud pública son la prevención primaria, la prevención secundaria y el control de daño; su papel en el problema de la obesidad debe de estar claramente identificado. Los Institutos Nacionales de Salud pueden contribuir a ello y a lograr que los planes de salud incluyan los objetivos correspondientes. No basta con reconocer que es necesaria la prevención de la obesidad ya que millones de mexicanos ya la padecen. Por lo general estos son adultos que toman decisiones sobre la alimentación de sus familias. Se requieren buenas estrategias para el tratamiento, el control y la prevención de complicaciones. Hay que reconocer que

se requiere gran creatividad para abordar este problema e identificar posibles soluciones. Las campañas y "slogans" intuitivos hechos por personal de la salud, así como toda idea, deben ser considerados sustrato para que grupos de creativos especializados generen las comunicaciones finales dirigidas a la población. ⁽³⁾

EPIDEMIOLOGIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD A NIVEL MUNDIAL Y EN MEXICO.

La obesidad se ha acrecentado de tal manera que ha provocado una alarma epidemiológica en el sector salud a nivel mundial, por el subsecuente incremento de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas.

Datos de la OMS indican que desde el año 1980 la obesidad ha aumentado más del doble en todo el mundo. En el año 2008, 1.500 millones de adultos tenían exceso de peso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos, por lo cual la OMS ha declarado a la obesidad y al sobrepeso con el carácter de epidemia mundial. Representa además una gran carga económica para los presupuestos destinados a la salud, por sus elevados costos asociados tanto directos como indirectos. Se estima que tanto el sobrepeso como la obesidad son responsables del 44% de la carga de diabetes, del 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 y 41% de la carga de algunos cánceres. Es una enfermedad multifactorial, reconociéndose factores genéticos, ambientales, metabólicos y endocrinológicos. Solo 2 a 3% de los obesos tendría como causa alguna patología endocrinológica, entre las que destacan el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hipofagia. ⁽⁴⁾

En México desde 1980 se ha triplicado la obesidad y actualmente ocupa el primer lugar a nivel mundial en prevalencia de obesidad infantil y en edad adulta, el sobrepeso (diagnosticado con un IMC mayor o igual a 25) tiene mayor prevalencia en hombres y la obesidad en mujeres, presentándose en 7 de cada 10 adultos.

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) se reconoce actualmente como uno de los retos más importantes de la Salud Pública en el mundo debido a su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. El sobrepeso y la obesidad, incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de reducir la calidad de vida. Un análisis reciente de la transición epidemiológica en México encontró que las ECNT causaron el 75 % del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos. En países de América Latina la prevalencia general del síndrome metabólico es de 24.9% y es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres siendo el grupo de edad con mayor prevalencia el de los mayores de 50 años. La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Dependiendo de la edad y la etnia, la obesidad se asocia con una disminución de la esperanza de vida de entre 6 a 20 años e incluso las personas con obesidad grave mueren 8 a 10 años antes que las de peso normal. Se estima que cada 15 kilogramos extras aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente 30 %. La situación actual del sobrepeso y la obesidad en México quiere implementar una política integral, multisectorial y con una coordinación efectiva, para lograr cambios en los patrones de alimentación y actividades físicas que permitan la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. En respuesta al crecimiento de esta epidemia la OMS promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió en el 2004. En el año 2010, en nuestro país se actualizó la Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA3-2003), en la que se establece los criterios sanitarios para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. ⁽⁵⁾

En el sector salud IMSS las acciones de prevención de salud están encausadas a disminuir los riesgos, se aplican medidas profilácticas y terapéuticas para retrasar la progresión de estas enfermedades y así poder disminuir las cifras alarmantes de estas enfermedades en la población derechohabiente. Además, se sensibiliza a

la población sobre la importancia del apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico como la dieta y el ejercicio.

ATENCIÓN MÉDICA.

La medicina en México, particularmente la practicada en las instituciones de seguridad social, ha sido severamente criticada a lo largo de los años, entre otras causas por factores estructurales y organizacionales más relacionados con el sistema de salud que con la propia especialidad, tales como la calidad deficiente de los servicios que proporciona. Al institucionalizarse la medicina familiar no se conservó el espíritu que dio origen al médico familiar, quien fue no sólo un médico de la familia, sino también un amigo conocedor y solucionador de otros problemas de la familia, más allá de los problemas de salud ⁶.

La esencia de la medicina es una relación de servicio al prójimo basada en la confianza mutua: la del enfermo en la idoneidad y honorabilidad del médico y la del médico en la disposición y voluntad del enfermo de recuperar su salud ⁷.

El médico es uno de los pilares fundamentales en el control metabólico del paciente, su desempeño en la atención que proporciona en la prevención, diagnóstico, tratamiento y control, marcan la pauta para llevar un control metabólico aceptable de acuerdo a lo establecido en la norma oficial mexicana, que incluye indicadores clínicos que deben ser vigilados y controlados ⁸.

El médico debe tratar a cada paciente como a un ser humano único e irrepetible, hacer ~~todo~~ lo posible para asegurar que los pacientes reciban una atención que les ayude a mejorar la calidad de vida, independientemente de su enfermedad o discapacidad.

Los buenos profesionales de la medicina desarrollan una actitud compasiva, cuidan a sus pacientes, procuran su bienestar, previenen y tratan sus enfermedades en forma integral acompañando todo el proceso.

Los médicos proporcionan una atención óptima según las posibilidades de cada momento, y siempre dentro de los estándares de calidad, eficiencia y eficacia

aceptados por la profesión. Para ejercer con responsabilidad la práctica de la medicina, a través de los procesos periódicos de validación que se realizan sobre su actividad profesional mantienen la calidad acorde con la evidencia científica.

El médico debe actuar en todo momento con sinceridad al exponer en el ámbito de su competencia, su experiencia y su cargo actual ⁹.

Desde la década de los años sesenta, asistimos a un movimiento progresivamente emancipador de los derechos del paciente, que ha transformado la relación fiduciaria médico-paciente en una relación donde los consultantes, cada vez más, se permiten dudar de la autoridad del profesional de la salud, juzgar la calidad de la atención, demandar, exigir, denunciar, reclamar y no dejar la decisión a otros. Se observa entonces un distanciamiento en la relación, los profesionales mantienen la distancia, la actitud profesional, el autocontrol, emplean técnicas, procedimientos y estrategias de defensa que les asegura que ante un problema estarán protegidos. El objetivo es entonces buscar el equilibrio entre las presiones y las necesidades y exigencias del paciente para sobrevivir a la consulta. En consecuencia, se produce un detrimento en la calidad de la atención ¹⁰.

El médico debe establecer prioridades y focalizar su atención en lo más importante, con conocimiento de cuándo hacer o decir algo, obteniendo la información más relevante sin invertir su tiempo en datos banales y realizar acciones extra cuando proporcionen ayuda efectiva a los pacientes ¹¹.

En la actualidad el tema recibe poca atención en las escuelas de medicina evaluando la obesidad como un problema de estilo de vida en lugar de un problema fisiológico. Una mayor inversión en la educación sobre la obesidad cambiaría las actitudes de los médicos hacia la enfermedad ¹².

COMPETENCIAS Y APTITUDES DEL MÉDICO.

El concepto de competencia en la Facultad de Medicina de la UNAM es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, valores y aptitudes que interrelacionados entre sí permiten tener un desempeño profesional eficiente de conformidad con el estado del arte. Así, las competencias involucran no sólo los conocimientos y técnicas, sino que además integran el compromiso ético y los

valores como elementos del desempeño competente, la importancia del contexto y la posibilidad de demostrarlo ¹³.

Cabe mencionar que el personal de salud en especial los médicos que laboran en diferentes instituciones presentan sobrepeso y obesidad dando a notar su falta de cuidado en su salud por lo que no provoca motivación en el paciente para continuar con su control y apegarse al tratamiento.

El sobrepeso y la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades crónicas y afecta no solo a la población en general sino también al personal de salud, en edades productivas y con niveles de estudios superiores; éste grupo es el encargado de la atención de los usuarios derechohabientes que acuden a recibir el servicio médico además de las actividades de promoción y prevención de enfermedades entre ellas del sobrepeso y obesidad por lo tanto es necesario fomentar el autocuidado en nosotros mismos a fin de dar mayor credibilidad a nuestras actividades como personal de salud ¹⁴.

Además del autocuidado del médico también se deben valorar las aptitudes del profesionalista y la capacidad que tiene para afrontar problemas clínicos y su habilidad para tomar decisiones convenientes.

Es importante evaluar la prevalencia de obesidad en el personal de salud, ya que se encuentra directamente involucrado en la promoción de la salud. Es necesario que en los trabajadores de la salud se continúe promoviendo la vigilancia de la salud para recibir apoyo en caso de sobrepeso, obesidad y obesidad central, así como la vigilancia del ambiente de trabajo, con el objeto de mejorar estilos de vida, disminuir el desarrollo de enfermedades relacionadas con la obesidad, el ausentismo, la discapacidad e invalidez temprana ¹⁵.

La aptitud clínica debe entenderse como la capacidad para afrontar y resolver problemas clínicos, a partir de la identificación de signos y síntomas, con el uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, así como la observación de conductas contrarias a la práctica médica por omisión y por comisión. Las aptitudes son

formas de experiencia en desarrollo, por ende, nunca están plenamente desarrolladas, lo que las convierte en incompletas, con una capacidad latente que fue aprendida e influida por diversas variables como la cantidad de educación académica, entorno social, etcétera, por ello la aptitud es un patrón de vida constante para cada médico en su superación cognitiva.

Podríamos interpretar que el ejercicio institucional puede verse afectado por una falta de compromiso por parte del médico familiar, ya que el mismo instituto puede fungir como escudo hacia la una omisión o iatrogenia. Los médicos familiares, vislumbran que su aptitud clínica baja y muy baja, debe ser motivo de actualización y capacitación educativa, que esta debe ser una acción continúa dirigida hacia todos los niveles de atención médica donde se ejerza una práctica clínica con su debido ejercicio médico ¹⁶.

Los profesionales deben facilitar al paciente el conocimiento del pronóstico, riesgos, alternativas terapéuticas y precauciones a través de información clara, sencilla y comprensible, ayudándolo a participar en cada una de las fases de su enfermedad: etiología, evolución, tratamiento y expectativas de los procesos. ¹⁷

Además de la falta de aptitud médica en los profesionales de salud también se ve afectada la empatía y la comunicación entre médico y el paciente por por una baja atención del médico y una pobre participación del paciente para obtener mejor resultado en la terapéutica y evitar el abandono del tratamiento.

La relación médico-paciente se ha considerado como uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. La importancia de comunicación y la correlación existente entre la calidad del proceso comunicativo y la satisfacción del usuario facilitan el cumplimiento de los tratamientos. La importancia de las habilidades comunicacionales, radica en que se relaciona con aspectos tan variados como la satisfacción, el cumplimiento, la percepción de la competencia profesional, la frecuencia de problemas legales en la relación mala praxis e incluso de la enfermedad o el estado de salud general del

enfermo. Se establece que la satisfacción y comunicación del paciente con el equipo de atención de salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos ¹⁸.

Por los problemas que han surgido en la relación médico-paciente y las quejas que han presentado los derechohabientes por el trato que reciben en su consulta, en hospitales y centros de primera atención se ha incrementado la formación comités donde su objetivo es asesorar al personal de salud, pacientes y usuarios con los problemas de bioética.

Un investigador, médico o personal de salud sin ética antepone sus intereses personales por encima de los valores éticos intrínsecos que se supone debe tener todo profesionalista. La ciencia por si misma genera enlaces éticos y sociales como la honestidad y la necesidad de cooperación e intercambio social. Ser investigador, médico o personal de salud no consiste en una elegante investidura para deslumbrar a la sociedad, es por el contrario, una actitud interna de creatividad, honestidad, y humildad, valores que son cimentados desde las etapas más tempranas de la vida; todos ellos son producto de nuestra educación en la casa, la escuela y en general en el medio social en donde nos desarrollamos ¹⁹.

Además de valorar la ética y el respeto de los médicos con el paciente, en algunas clínicas del IMSS se han hecho estudios evaluando el nivel de conocimiento del médico ante ciertas patologías el objetivo es la mejora en la atención y tratamiento para el paciente derechohabiente, además de poner al alcance del personal de salud guías y cursos en línea para tener una mejor capacitación y desempeño en la consulta, donde como resultado han encontrado un apego en relación con respecto a la prevención, tratamiento y diagnóstico insuficiente.

Las acciones en promoción de salud y el desempeño médico son fundamentales y deben funcionar a la par, es de suma importancia aplicar las medidas profilácticas y terapéuticas adecuadas para retrasar la progresión y secuelas de las complicaciones.

Con respecto a su posición única el médico es un importante contribuyente al tratamiento y la prevención de la obesidad. Además, hay evidencia convincente de que el asesoramiento médico y la gestión del tratamiento de la obesidad pueden ser muy eficaz para ayudar a los pacientes a aprender y mantener un programa de control de peso. Por lo tanto, aunque los médicos están potencialmente bien colocados para desempeñar un papel clave en la prevención y el tratamiento de la obesidad los datos existentes sugieren que la práctica de los médicos en esta área puede verse limitada porque no poseen habilidades apropiadas. Sin embargo, en la actualidad solo se dispone de información limitada sobre las actitudes y prácticas de los médicos en relación con la prevención y la gestión de la obesidad²⁰.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dado que la obesidad en México es una condición frecuente, la percepción que tienen quienes la padecen y la población en general hace que el problema se minimice no obstante las complicaciones ampliamente demostradas del sobrepeso. Dicha percepción se extiende a la comunidad de los profesionales de la salud y de forma importante en el médico de primer nivel de atención quien tiene la responsabilidad de atender a los derechohabientes y sus familias, siendo éste el personaje de mayor importancia en cuanto a la prevención por medio de la consejería sobre la nutrición sana y las enfermedades que ésta condición provocan, así como el envío del paciente obeso a los servicios de apoyo complementarios y la prescripción de medidas de tipo farmacológico para hacer frente a éste problema.

Es la minimización de la importancia del sobrepeso y obesidad en nuestro medio lo que nos ha llevado a plantearnos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la percepción y el nivel de conocimientos de los Médicos en relación al sobre peso y obesidad y su asociación con la frecuencia de éstos en los pacientes de su consulta?

III. Justificación.

Datos de la OMS indican que desde el año 1980 la obesidad se ha incrementado a más del doble en todo el mundo. Se estima que tanto el sobrepeso como la obesidad son responsables del 44% de la carga de diabetes, del 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 y 41% de la carga de algunos cánceres.

En México se ha documentado incrementos más rápidos en el mundo en la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) y sus comorbilidades. De 1980 a 2000, de forma casi paralela se identificó un incremento alarmante de 47% en la mortalidad por diabetes mellitus tipo 2, pasando de ser la novena causa de mortalidad en 1980 a la tercera en 1997 y la segunda causa de mortalidad en el país en 2010, con cerca de 83 000 defunciones.

En la encuesta nacional de salud y nutrición (Ensanut 2012) obtuvo información antropométrica y realizó estimaciones poblacionales sobre prevalencia de sobrepeso excesivo en adultos, niños en edad escolar y adolescentes. Las prevalencias fueron de 73% para mujeres y 69.4% en hombres adultos, 35.8% en adolescentes del sexo femenino, 34.1% en adolescentes varones y 32% en niñas y 36.9% en niños de edad escolar.

La medicina en México, particularmente la practicada en las instituciones de seguridad social, ha sido severamente criticada a lo largo de los años, entre otras causas por factores estructurales y organizacionales más relacionados con el sistema de salud que con la propia especialidad, tales como la calidad deficiente de sus servicios.

La frecuencia de sobrepeso y obesidad en la población derechohabiente tanto en niños como en adultos que acuden a la consulta externa de las unidades médicas de primer nivel de atención en el IMSS es por tanto un fenómeno frecuente y que no es atendido en forma adecuada y no refleja mejoría de los pacientes ante estas enfermedades, sino que predice un incremento de complicaciones asociadas.

No se ha estudiado la relación que pueda existir entre el nivel de conocimiento del médico o percepción que éste tiene sobre el fenómeno del sobre peso que le

permita realizar acciones para tratar estas enfermedades; la falta de consejería y de motivación del profesional al paciente así como la falta de envío para orientación a otros servicios como nutrición o la realización de la práctica del ejercicio frecuente pudiera estar influenciados por dicho nivel de conocimientos y la percepción que sobre el sobrepeso y obesidad el médico tiene del fenómeno.

El presente estudio investiga si existe asociación entre la frecuencia de obesidad de los pacientes y factores atribuibles al médico como son las percepciones y conductas del profesional de salud en la atención de sus pacientes.

IV. Hipótesis.

HI.

Existen factores personales de percepción y del nivel de conocimientos de los médicos de primer nivel de atención que se asocian a la frecuencia de sobre peso y obesidad de los pacientes que atienden en la consulta externa de una UMF 79.

H0.

Los factores personales de percepción y del nivel de conocimientos de los médicos de primer nivel de atención no se asocian a la frecuencia de sobre peso y obesidad de los pacientes que atienden en la consulta externa de una UMF 79.

V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la percepción y nivel de conocimiento sobre el sobrepeso y obesidad de los Médicos en el primer nivel de atención asociados a la frecuencia de sobrepeso y obesidad en la población derechohabiente que atienden.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Medir el grado de competencia de los Médicos de primer nivel de atención con respecto al sobrepeso y obesidad tratamiento y complicaciones.
2. Identificar si las características personales de los Médicos de primer nivel de las UMF 79 se asocian a sobrepeso y obesidad de la población derechohabiente que tiene en su consulta.

CAPÍTULO 2

VI. Sujetos, Material y Métodos.

1. Características del lugar donde se realizó el estudio.

Lugar donde se desarrolló el estudio: Se seleccionó una Unidad de Medicina Familiar (UMF) de la zona Tlalnepantla, la No. 79 Ubicada en calle Cuernavaca sin número fraccionamiento Valle Ceylán municipio de Tlalnepantla de Baz Estado de México presta servicios de consulta externa de Medicina Familiar, Estomatología en Primer nivel de atención, cuenta con 11 consultorios en los turnos matutino y vespertino. La población que se encuentra adscrita pertenece a la zona urbana del Estado de México.

2. Diseño.

2.1 Tipo de estudio.

- **Observacional:** No se realizó ninguna manipulación de variables. Se observó el fenómeno, en este caso, se observó el grado de percepción y competencia de los médicos y el nivel de sobrepeso y obesidad que tienen sus pacientes.
- **Prospectivo:** Se aplicaron cuestionarios a los médicos de la Unidad Médico Familiar No. 79 para valorar su competencia y percepción sobre obesidad.
- **Transversal:** se recolectó en una sola ocasión los datos al aplicar el cuestionario.
- **Descriptivo:** solo se estudió el grupo de médicos que dan consulta en las Unidad de Medicina Familiar No. 79 del turno matutino y vespertino además de elegir al azar 10 expedientes por cada médico encuestado.
- **Abierto:** Cada uno de los médicos encuestados de la UMF No. 79 tuvieron conocimiento del estudio y de los objetivos que se pretendían.

2.2 GRUPO DE ESTUDIO.

A) Características de los casos:

1. Médicos de primera atención en la Unidad de Medicina Familiar No. 79 de turno matutino y vespertino.

B) Criterios de inclusión:

1. Médicos familiares o que desempeñen dicha labor de los consultorios de la UMF 79 durante al menos 1 año en forma consecutiva en el mismo consultorio en ambos turnos.
2. Selección al azar de 10 expedientes de pacientes que hayan asistido al menos 5 consultas en los últimos dos años del consultorio de los médicos incluidos.
3. Médicos que dieron su consentimiento por escrito de su participación voluntaria en el estudio

C) Criterios de exclusión:

1. Médicos familiares o que desempeñen dicha labor como médicos sustitutos o de cubre vacaciones en la unidad.
2. Expedientes de pacientes que no contaron con al menos dos determinaciones de peso, talla e IMC, en dicho caso, se seleccionó otro expediente del mismo consultorio que cubrió los criterios de inclusión mencionados.

2.3 Tamaño de la muestra

Se proyectó estudiar el universo de la Unidad seleccionada, por lo que no se calculó muestra ya que no se sabía la cantidad de médicos que aceptarían integrarse a la investigación.

2.4 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.(35)	Lo referido por el medico al responder el cuestionario, respecto a la edad que tiene en años cumplidos.	Cuantitativa	Discreta.	1. Años cumplidos.
Sexo	Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras en los organismos hetero gaméticos. Diferencia genital que distingue al macho de la hembra. Condición orgánica masculina o femenina de los animales o plantas.(35)	Lo referido por el medico al responder el cuestionario respecto a si es hombre o mujer.	Cualitativa	Nominal	1. Mujer 2. Hombre
Antigüedad laboral	Cantidad de tiempo laborando en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	Lo referido por el medico el cuestionario respecto al tiempo laborado en la institución.	Cuantitativa	Discreta	1. De 1 a 10 años. 2. De 11 a 20 años. 3. De 21 a 30 años.
Peso	Medida resultante de la acción que ejerce la gravedad terrestre sobre el cuerpo	Lo referido por el médico sobre su peso	Cuantitativa	Discreta	1. kilogramos
Talla	Medición de la altura en metros y centímetros.	Lo referido por el médico de acuerdo a su estatura	Cuantitativa	Discreta	1. Metros y cm.
IMC	Resultado sobre la relación de peso y talla.	Índice de masa corporal de cada médico.	Cuantitativa	Discreta	1. Sobrepeso. 2. Obesidad G I. 3. Obesidad G II. 4. Obesidad G III.
Competencia	Estudios adquiridos para la formación, habilidad, instruir, educar.	Lo referido del médico sobre sus conocimientos para enfrentar la enfermedad de sobrepeso y obesidad.	Cualitativa	Discreta	1. Si o no

2.5 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio de tipo exploratorio, observacional, transversal, descriptivo y prospectivo, por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, sin cálculo establecido del tamaño de la muestra dado que se pretende estudiar el universo de la unidad seleccionada.

En el estudio participaron médicos de atención en primer nivel del IMSS.

Previo consentimiento informado en donde se especificó la participación libre y voluntaria de los participantes, así como la confidencialidad de los datos obtenidos, informando sobre los objetivos del estudio, se aplicó un cuestionario para determinar la perspectiva y competencia de cada médico con respecto al sobrepeso y la obesidad.

Se utilizó un instrumento que consta de 13 ítems, además registró para cada uno de los médicos encuestados los resultados de 10 pacientes de cada médico con IMC. Determinando posteriormente la perspectiva y competencia que tienen los médicos con respecto al sobrepeso y obesidad.

El cuestionario permitió identificar aspectos sociales, psicológicos y biológicos como sexo, edad, escolaridad y antigüedad de los médicos en el IMSS.

Una vez recabada la información de las encuestas, quedó a resguardo del investigador responsable, se procedió a realizar el análisis de resultados a través de estadísticas descriptivas y se elaboraron tablas y gráficas.

2.6 ANÁLISIS DE DATOS

La captura y validación de la información se realizará capturando la información en una base de datos diseñada ex profeso en el programa Microsoft Excel 2013, para posteriormente ser analizada en el programa SPSS V20. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, para las variables cuantitativas (edad, sexo, nivel de estudios, antigüedad en su área laboral, pacientes con IMC) se calculó porcentajes que se representaron utilizando gráficos de sectores y se realizó análisis de correlación de Spearman para la búsqueda de asociación entre la competencia del médico respecto a la obesidad y las características fenotípicas de éste con los datos obtenidos del IMC de sus pacientes.

VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS. FACTIBILIDAD.

Se dispone de los conocimientos y habilidades en el manejo, procedimientos y funciones requeridas para el desarrollo e implantación del protocolo de investigación, pues se cuenta con los instrumentos debidamente validados para la realización de las encuestas.

El desarrollo del protocolo de investigación no infringe ninguna ley establecida y respeta todos los aspectos éticos de un estudio de este tipo.

Por último, es factible en tiempo que se encuentra dentro de lo que establece el cronograma del curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de base del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Procedimiento

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad, por lo que este protocolo se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (PROY-NOM-012-SSA3-2007, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La cual especifica cómo debe llevarse a cabo la revisión y aprobación de los protocolos en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigación) y a la Declaración de Helsinki (esta declaración introduce en su enmienda la revisión de las investigaciones por un comité de ética independiente de los investigadores y da origen a los comités de ética para la investigación a nivel internacional) y el Código de Núremberg (el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial).

Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Ya que en este estudio el padre o tutor podría dar el consentimiento, pero si el adolescente no desea participar se respetará su derecho). Dichos aspectos serán considerados en la realización de esta investigación.

ASPECTOS ÉTICOS.

Riesgo de la investigación.

De acuerdo al artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia a la investigación en salud, la presente investigación será de categoría 1, es decir, una investigación sin riesgo ya que en estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental de tipo prospectivo y no se realizaron intervenciones o modificación intencionada a variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los médicos y sus pacientes (artículo 18).

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Se trata de estudio clínico no invasivo por lo que no ocasiona dolor, incomodidad o riesgo alguno. Los médicos no recibirán pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gastos para los participantes. No recibirán ningún beneficio directo al participar en este estudio.

Un posible beneficio que recibirán los médicos es sensibilizarlos sobre la manera de atención y tratamiento con pacientes de sobrepeso y obesidad además de dar más importancia sobre las comorbilidades que generan estas enfermedades.

Confidencialidad.

El cuestionario a realizar no llevará nombre a fin de guardar la confidencialidad de los participantes, el consentimiento informado y el asentimiento por parte de los médicos, se llenará por separado para posteriormente ser depositado en una base de datos anónima, cerrada y sellada. Se les explicará que el estudio cumple con las normas de confidencialidad asegurando que los datos recabados serán usados estrictamente de forma estadística y de ninguna forma nadie más tendrá acceso o a sus datos o podrán asociar de alguna forma con su persona.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento.

En el momento de identificar a los médicos participantes, el investigador responsable le explicó a los participantes la forma en que se desarrollaría el estudio, se le pidió que leyera la hoja de consentimiento informado y se diera respuesta a todas las preguntas que tenga el profesional de salud y si desea ser participante respecto al estudio. No habiendo dudas se llevó a cabo la firma del consentimiento en presencia de 2 testigos.

Forma de selección de los participantes.

La participación de los médicos será por incitación directa durante las diversas reuniones de tipo académico en la Unidad de Medicina Familiar No. 79, y se les informará sobre las características del estudio y quien desee integrarse a la investigación deberá firmar el consentimiento informado.

VIII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.

Recursos humanos.

- La realización del estudio estará a cargo del investigador responsable.

Recursos físicos

- La recolección de datos, se realizará en UMF No. 79 ubicada en calle Cuernavaca sin número fraccionamiento Valle Ceylán Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

Recursos financieros.

- Todos los gastos estarán a cargo del investigador responsable.

CAPÍTULO 3.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se aplicó el cuestionario diseñado para medir características generales de los médicos, percepción de la importancia del manejo de obesidad y competencia básica sobre obesidad a los 22 médicos adscritos a la consulta externa de los 11 consultorio en ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar No. 79.

Características generales; La edad promedio fue de 39.7 años con rango entre 30 a 58 años, de éstos 7 (31.8 %) fueron hombres y 15 (68.2%) mujeres. (ver tabla y gráfica 1).

La antigüedad laboral promedio fue de 11.63 años con rango entre 4 a 26.3 años. El Índice de Masa Corporal fue de 26.4 con rango entre 22.6 a 34.5.

Se dividió a los médicos en diferentes grados de peso de acuerdo a los siguientes puntos de corte; menor de 25 sin obesidad, de 25.1 a 29.9 como sobrepeso, y de 30 a más como obesidad: en el primero grupo sin obesidad hubo 5 médicos, 8 con sobre peso y 9 con nivel de obesidad. (ver tabla y gráfica 2)

De acuerdo a la pregunta sobre número de capacitaciones recibidas en el último año sobre obesidad los médicos encuestados respondieron: ninguna 14 (63.3%), 1 capacitación 5 (22.7%), 2 capacitaciones 2 (9%) y 3 capacitaciones 1 médico (4.5%). (ver tabla y gráfica 3).

Percepción acerca de la obesidad: Cuando se interroga sobre la importancia para el manejo del sobrepeso y la obesidad el 95.5% contestó que era muy importante y solo 1 médico respondió poco importante.

Competencia básica: El promedio de calificación sobre la competencia de conocimiento y manejo de la obesidad fue por medio de 10 preguntas diseñadas para el caso, la calificación promedio fue 5.68 con rango 3 a 8. Posteriormente se dividió la calificación en suficiente con igual o mayor de 6, hubo 11 médicos (50%), y 11 médicos con calificación de insuficiente.

Análisis de las características de pacientes: Se revisaron 220 expedientes electrónicos al azar que correspondieron a 10 expedientes de cada consultorio de los médicos encuestados de la unidad. La edad promedio de los pacientes fue de 54.9 años con rango de 51 a 65.1 años, 75 (34%), fueron hombres y 145 (66%) mujeres. El IMC de todos los registros fue de 29.16.

Se analizaron que factores podrían afectar el grado de obesidad de los pacientes, el primer factor analizado fue el peso de los médicos divididos como, con peso

normal, sobre peso y obesidad de acuerdo al IMC y el nivel promedio del IMC de sus pacientes encontrándose que, el IMC de los pacientes de médico con peso normal fue de 28.4, el IMC promedio de los pacientes de médicos con sobre peso fue de 29 y de los médicos con obesidad el IMC de sus pacientes fue de 30.5. (ver tabla y gráfica 4).

Otro factor estudiado fue el nivel de calificación de competencia de los médicos, siendo para los de competencia suficiente ($>$ de 6) sus pacientes tuvieron un IMC de 29.2 y de los de competencia insuficiente ($<$ de 6) un IMC en sus pacientes de 29.08.

Cuando se analiza la antigüedad laboral los médicos con $<$ de 11.6 años, sus pacientes tuvieron un IMC de 29.4 y con $>$ de 11.6 años un IMC de 28.5.

De igual forma se investigó el IMC por grupo de antigüedad laboral; los médicos con más de 11.6 tuvieron un IMC de 24.2 y los médicos con menos de 11.6 años tuvieron un IMC 27.4.

La antigüedad laboral de los médicos tuvo un promedio de 10.81, una moda de 8 y una media de 9.07.

X. TABLAS Y GRÁFICAS.

TABLA 1. SEXO DE LOS MÉDICOS.

HOMBRES	7 (31.8%)
MUJERES	15 (68.2%)

GRÁFICA SEXO DE LOS MÉDICOS.

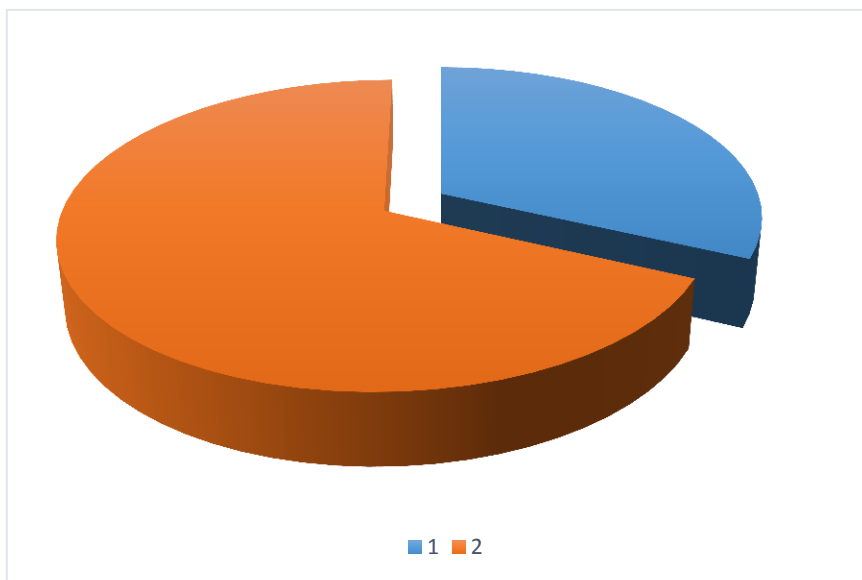


TABLA 2. GRADO DE PESO DE LOS MÉDICOS POR IMC.

SIN OBESIDAD	5
SOBREPESO	8
OBESIDAD	9

GRÁFICA GRADO DE PESO DE LOS MÉDICOS POR IMC.

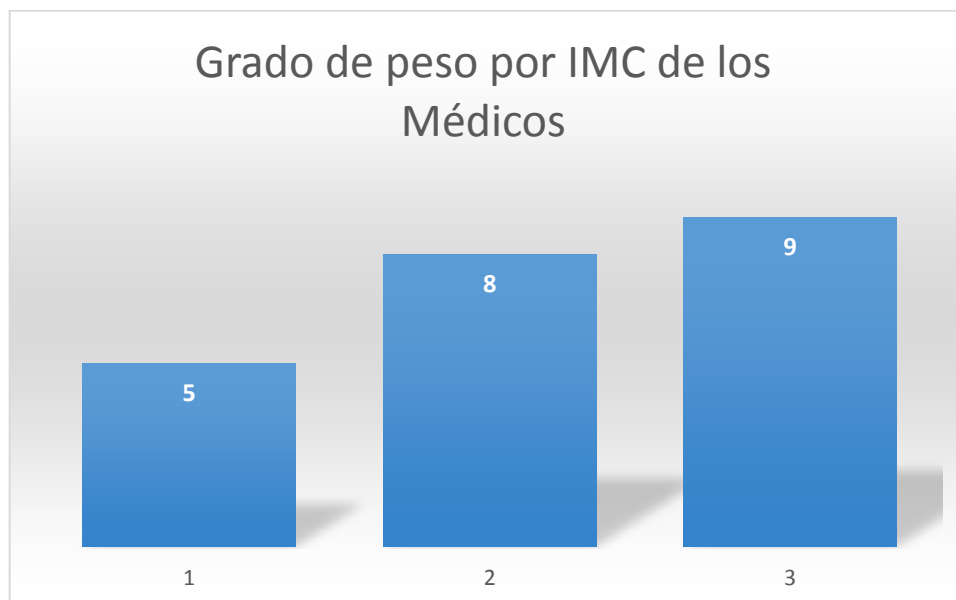


TABLA 3. CAPACITACIÓN DE LOS MÉDICOS.

CAPACITACIONES	No. DE CAPACITACIONES
NINGUNA	14
1	1
2	2
MAS DE 2	1

GRÁFICA CAPACITACIÓN DE LOS MÉDICOS.

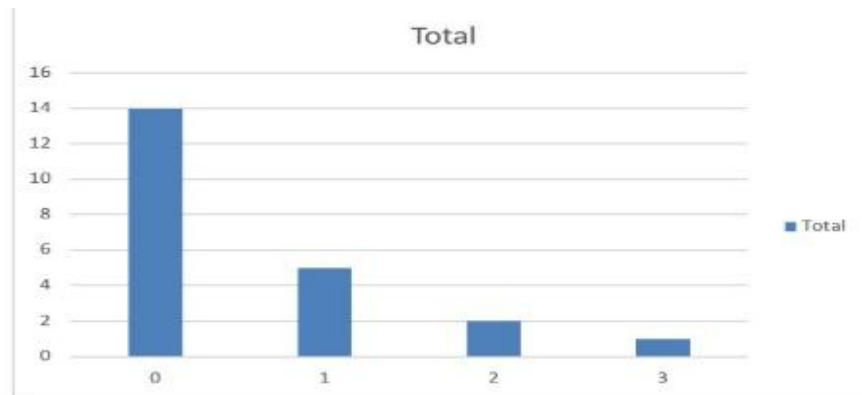
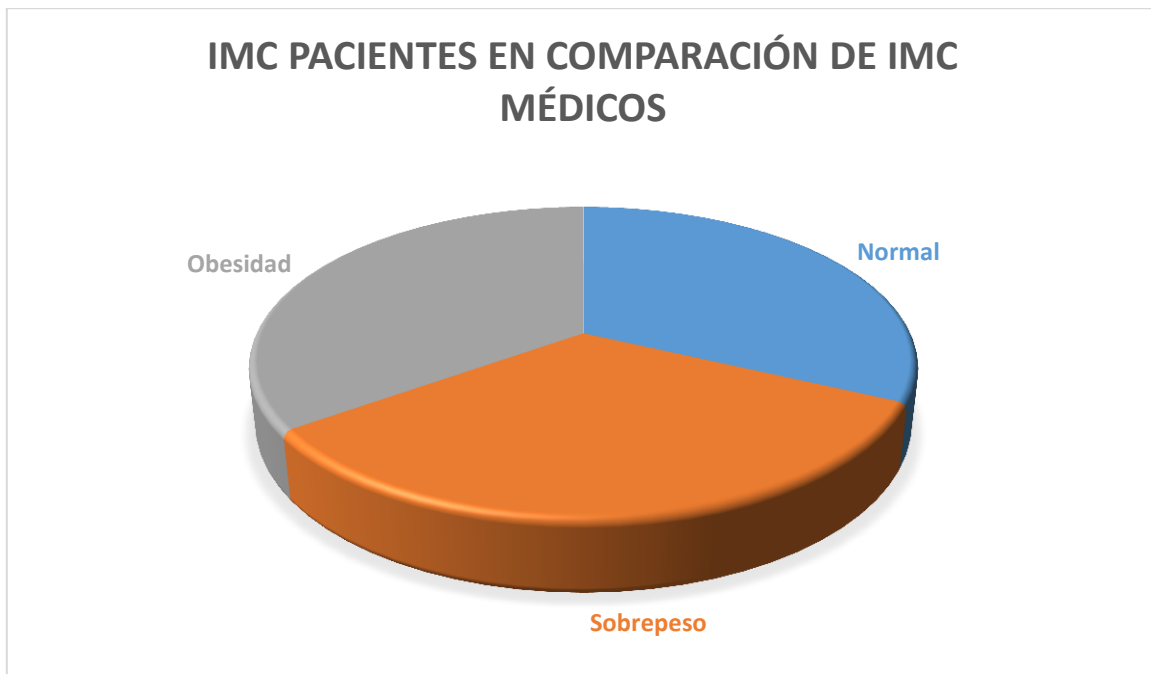


TABLA 4. COMPARACIÓN DE IMC NORMAL, SOBREPESO Y OBESIDAD DE MÉDICOS COMO FACTOR DE OBESIDAD PARA LOS PACIENTES.

IMC MÉDICO	IMC PACIENTE
Normal	28
Sobrepeso	29
Obesidad	30.5

GRÁFICA COMPARACION DE IMC NORMAL, SOBREPESO Y OBESIDAD DE MÉDICOS CON IMC PACIENTES.



XI. DISCUSIÓN

La población estudiada en esta investigación corresponde a médicos adscritos a la UMF No. 79, los cuales se encontraron con disponibilidad en todo momento del desarrollo del estudio; se obtuvo una muestra de 22 médicos los cuales se les realizaron las encuestas en su totalidad.

El apoyo fue mediante un cuestionario que evaluó el IMC y su capacitación que tienen sobre las enfermedades de sobrepeso y obesidad.

Varela en el año 2016 mencionó sobre la valoración médica que se realiza en las instituciones, donde ha sido criticada por su mala organización y teniendo una calidad deficiente en su servicio, lo cual coincide con este estudio ya que se encontró que los médicos no tienen actitud ni la manera de tratar a los pacientes ante estas enfermedades. ⁽⁶⁾

Rullán en el año 2014 en su artículo sobre el desempeño del médico familiar con diabetes mellitus tipo 2 en una institución de seguridad social en el estado de Tabasco mencionó que el médico es fundamental en el control metabólico del paciente, su atención proporciona la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades de acuerdo a lo establecido en la norma oficial mexicana, por lo que en este estudio coincide ya que sin la orientación, valoración y atención en el paciente por parte del médico no podrá lograr prevenir ni dar un buen control a sus pacientes. ⁽⁸⁾

Espinosa en su artículo publicado en el año 2009 llamado bioética en relación equipo de salud-paciente, menciona que el médico debe establecer prioridades y focalizar su atención en lo más importante con conocimiento de cuando hacer o decir algo, realizando acciones extra cuando proporcionen ayuda efectiva a los pacientes, por lo que no coincide en este estudio ya que la mayor parte de los médicos encuestados no enfocan su atención en el paciente, les falta capacitación sobre estas enfermedades y no aportan su conocimiento mediante la orientación para la prevención y control del paciente. ⁽¹¹⁾

Naguce López en su estudio prospectivo, transversal, descriptivo en el año 2015, comento que el sobrepeso y obesidad es un factor de riesgo que no solo afecta a la población en general, sino también al personal de salud, en edades productivas, y con niveles de estudios superiores, este grupo de médicos está encargado de la atención de los pacientes de promover y prevenir las enfermedades entre ellas el sobrepeso y obesidad, por lo que es necesario fomentar el autocuidado en nosotros mismos para dar más credibilidad como personal de salud, por lo que este estudio coincide ya que se demostró que entre más IMC presente el médico su población también lo presenta. ⁽¹⁴⁾

CAPITULO 4.

XII. CONCLUSIONES

- Existe un alto grado de sobrepeso y obesidad que llega al 77.2% en los médicos familiares en la UMF 79.
- El nivel de competencia sobre obesidad fue suficiente en la mitad de los médicos encuestados.
- Aunque prácticamente el 100% de los médicos consideraron que es muy importante el tratar adecuadamente a los pacientes con sobrepeso y obesidad el IMC fue en promedio de 29.16 y solo enviaron a los servicios de nutrición al 50%.
- Se observó una asociación positiva entre el IMC del médico y el IMC de sus pacientes.
- El grado de obesidad de los pacientes fue mayor en los médicos con menor antigüedad laboral.
- Existe mayor IMC en los médicos con menor antigüedad laboral.

XIII. RECOMENDACIONES

El médico de primer nivel debe tener más atención, conocimiento, actitud y mejor manejo con sus pacientes que padecen de sobrepeso y obesidad, orientándolo y apoyándose en diferentes servicios como nutrición y trabajo social para mejores resultados.

Se debe capacitar a los médicos de primer nivel para el control y manejo de estos pacientes.

Orientar a los pacientes con peso normal o ya con sobrepeso u obesidad para hacer consciencia de las complicaciones o riesgos que pueden presentar a largo plazo.

El médico debe promover y prevenir las enfermedades por lo que es necesario fomentar el autocuidado y así dará más credibilidad como personal de salud.

XIV. BIBLIOGRAFÍA.

1. Figari, A. (2015). Cuerpo, imagen y goce: Aproximaciones a la obesidad desde el psicoanálisis. *Universidad de la República*, 1(1), pp.1-71.
2. Medina, F. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *nutrición clínica Dietética Hospitalaria*, 34(1), pp.67-71.
3. García, E. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), pp.1-21
4. Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la Obesidad. *Revista Médica Clínica Condes*, 23(2), pp.124-28.
5. Dávila, J. (2014). Panorama de la obesidad en México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 53(2), pp.240-49.
6. Varela, C. (2016). La medicina Familiar en México: presente y futuro. *Gaceta Médica De México.*, 152, pp.135-40.
7. Donoso-Sabando, C. (2014). La Empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación por Edith Stein. *Persona y Bioética*, 18(2), pp.184-93.
8. Rullán, M. (2014). Desempeño del Médico Familiar en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en una institución de seguridad social en Tabasco. *Salud en Tabasco*, 20(3), pp.71-79.
9. El buen quehacer del médico. (2014). Consejo General de Colegios Oficiales Médicos, pp.1-48.
10. Espinosa, C. (2009). Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta*, 27(128), pp.31-36.
11. Gómez-Clavelina, F. (2015). Identificación y clasificación de competencias profesionales en Medicina Familiar. *Aten Fam.*, 22(1), pp.19-25.
12. Blackburn, G. (2011). Medicalizing Obesity: Individual, Economic, and Medical Consequences. *AMA Journal of Ethics*, 13(12), pp.890-95.

13. Lozano, J. (2011). Educación por competencias: de estudiante a médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54(6), pp.42-50.
14. Naguce López, M. (2015). Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en el personal de Salud de la clínica de Medicina Familiar Casa Blanca del ISSSTE. *Horizonte sanitario*, 14(2), pp.71-74.
15. Zonana Nacach, A. (2013). Prevalencia de obesidad en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, BC. *Salud Pública de México*, 55(3), pp.245-47.
16. Casas, D. (2014). Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica clínica. *Medicina e Investigación ELSEVIER*, 2(2), pp.100-06.
17. Ramalho, R. (2008). La relación médico paciente. Nuevas perspectivas. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, XLI (1), pp.82-84.
18. Cofreces, P. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, pp.19-34.
19. Hardy-Pérez, A. (2015). Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Medicina e Investigación ELSEVIER*, 3(1), pp.79-84.
20. Thuan, J. (2005). Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *International Journal of Obesity*, 29, pp.1100-06.

CAPÍTULO 5

XV ANEXOS.

Anexo 1. DICTAMEN.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1406** con número de registro **17 CI 15 121 081** ante COFEPRIS
HOSP GRAL DE ZONA NUM 57, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **12/12/2017**

LIC. MARÍA GUADALUPE ALTAMIRANO JIMÉNEZ

P R E S E N T E

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

COMPETENCIA Y PERCEPCION DE LOS MÉDICOS ASOCIADO A LA FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 79 IMSS

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

Núm. de Registro
R-2017-1406-31

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIA ROSALINA MADERA BAÑUELOS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1406

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

Nombre del estudio:	COMPETENCIA Y PERCEPCION DE LOS MÉDICOS ASOCIADO A LA FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DERECHOHABIENTES EN LA UMF No. 79 IMSS
Lugar y fecha:	UMF No. 79 IMSS
Número de registro:	R-2017-1406-31
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo. Determinar los factores personales y de competencias sobre obesidad de los Médicos en el primer nivel de atención asociados a la frecuencia de sobrepeso y obesidad en la población derechohabiente que atienden.
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada al conocimiento que tiene sobre el sobrepeso y la obesidad.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación es sensibilizarlo sobre la manera de atención y tratamiento con pacientes que cursan con sobrepeso y obesidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo(a) (nombre) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
 Investigador Responsable: Dra. María Guadalupe Altamirano Jiménez.
Matrícula: 99158680
Médico General UMF 79 IMSS Tel 0445517026642

Colaboradores:
 En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Dra. María Guadalupe Altamirano Jiménez. Matrícula: 99158680 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Anexo 3

CUESTIONARIO

COMPETENCIA Y PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ASOCIADO A LA FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES DERECHOHABIENTES EN LA UMF No. 79 IMSS

Proyecto de investigación

El presente cuestionario, forma parte de un estudio dirigido a conocer la percepción que los médicos familiares tienen respecto al sobre peso y obesidad en los pacientes que atienden y los posibles factores que se asocian a esta condición. Le pedimos contestar en su totalidad el cuestionario lo que esperamos pueda contribuir a la disminución de este problema en nuestros derechohabientes.

El cuestionario es anónimo y los datos tendrán un manejo exclusivamente estadístico y al momento de contar con los resultados de esta investigación los haremos de su conocimiento.

Marque con una **X** en las respuestas que usted considere correcta.

Gracias por su participación.

No.

|__|__|__| no anotar

Sección. I

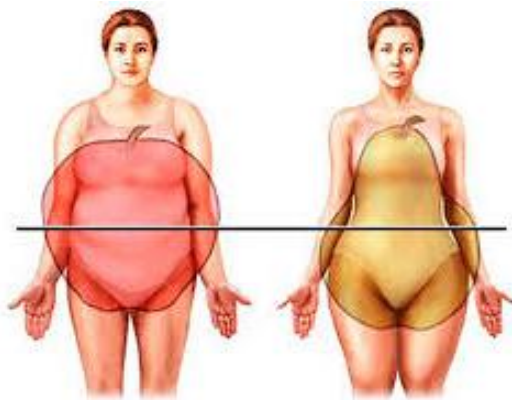
Edad |__|__| Sexo: F |__| M |__| Antigüedad laboral |__|__|. |__|

Peso |__|__|__|. |__| Talla |__|__|. |__|__| IMC |__|__|. |__| no anotar

- Número de capacitaciones que usted ha recibido sobre sobre peso y obesidad en el último año:
Ninguna |__| 1 |__| 2 |__| más de 2 |__|
- ¿Qué tan importante es para usted dar tratamiento para el sobre peso u obesidad a un paciente?
No es importante |__| es poco importante |__| es muy importante |__|
- En un paciente con sobre peso u obesidad y diabetes cuál de los siguientes es para usted de mayor relevancia:
Tratamiento farmacológico para diabetes |__| Tratamiento farmacológico de obesidad |__|
Tratamiento dietético para obesidad |__| Modificar su estilo de alimentación |__|

Sección. II

- El sobre peso y la obesidad son factores de riesgo para:
Osteo artrosis |__| EPOC |__| Cáncer |__| Osteoporosis |__|
- Cuál de los siguientes tipos de obesidad se asocian a un incremento de riesgo cardiovascular



A |__|

B |__|

6. Un paciente con un índice de masa corporal de 28 se considera.
Normal |__| sobre peso |__| obesidad GI |__| Obesidad GII |__| Obesidad mórbida |__|
7. Cuál de los siguientes fármacos producen aumento de peso
Captopril |__| Bezafibrato |__| Metformina |__| Metoprolol |__|
Glibenclamida |__|
8. Cuál de los siguientes es el factor más importante para el desarrollo de la obesidad.
Períodos de ayuno prolongado |__| consumo de dietas cetogénica |__| cenar por la noche |__|
Consumo de altas cantidades de fibra |__| Deficiencia de Insulina |__|

Sección III

9. Cuál de las siguientes aseveraciones define el índice glucémico (IG) de los alimentos.
El IG mide la capacidad que un alimento tiene de elevar la glucemia, respecto a un alimento referencia que puede ser pan blanco o glucosa |__|
Mide el índice de glucemia de un paciente antes de comer |__|
Mide el índice de glucemia de un paciente después de comer |__|
Mide el nivel de hidratos de carbono que contienen los alimentos al ser consumidos |__|
10. De los alimentos anotados adelante cual de ello tiene el menor índice glucémico.
Palomitas de maíz |__| pan blanco |__| nopales |__| Yogurt |__|
11. El cálculo de kilocalorías de un plan alimentario de reducción debe ser de acuerdo:
Al peso actual del paciente |__| Al peso previo al actual |__| Al peso que se desea lograr |__|
12. Cuál de los siguientes fármacos es útil para reducir el peso corporal.
Sitagliptina |__| Glibenclamida |__| Bezafibrato |__| Metformina |__|
13. Respecto a la reducción de peso cuál de las aseveraciones es correcta.
El uso de diuréticos está indicado en obesidad |__| Las hormonas tiroideas están contraindicadas en pacientes cardiopatas |__| Las dietas cetogénicas no están indicadas |__| Debe limitarse el uso de fibra dietaria |__|

Sección IV (NO ANOTAR)

No.	Edad	SEXO		IMC	Diabetes		Envío a dietología	
		Marcar con una X			Marcar con una X		Marcar con una X	
		H	M		SI	NO	SI	NO
Total								

Se seleccionarán de los expedientes electrónicos 10 pacientes al azar de la consulta diaria de cada médico, en un periodo máximo de 6 meses a la fecha del estudio.

Registró.

MATERIAL	COSTO
• hojas impresas con el formato de consentimiento informado	\$ 180.00
• Computadora y tintas	\$ 1.500.00
• Hojas blancas (500)	\$ 100.00
• Bolígrafos y lápices.	\$ 50.00
• Cuadernos y agendas	\$ 100.00
Total	\$ 1'930.00