



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y A LA
OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

PRESENTA

Jannett Padilla López

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

ASESOR

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar

Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero del 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

JANNETT PADILLA LÓPEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 12 de Febrero de 2013.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

JANNETT PADILLA LÓPEZ

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

“DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

No. De Registro R-2013-101-1 del Comité local de investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**.

La Dra. Jannett Padilla López asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Carlos Alberto Prado Aguilar

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ**,
Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

**“DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD
EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”**

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2013-101-1** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas
al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y
formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de
Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme permitido llegar a este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, por ser mi mejor ejemplo de vida y a quienes siempre llevo en mi corazón.

A mis hermanos, que a pesar de la distancia, siempre me apoyan moral y espiritualmente.

A mis maestros, por su gran apoyo y motivación para la culminación de la especialidad, ya que marcaron cada etapa de mi camino.

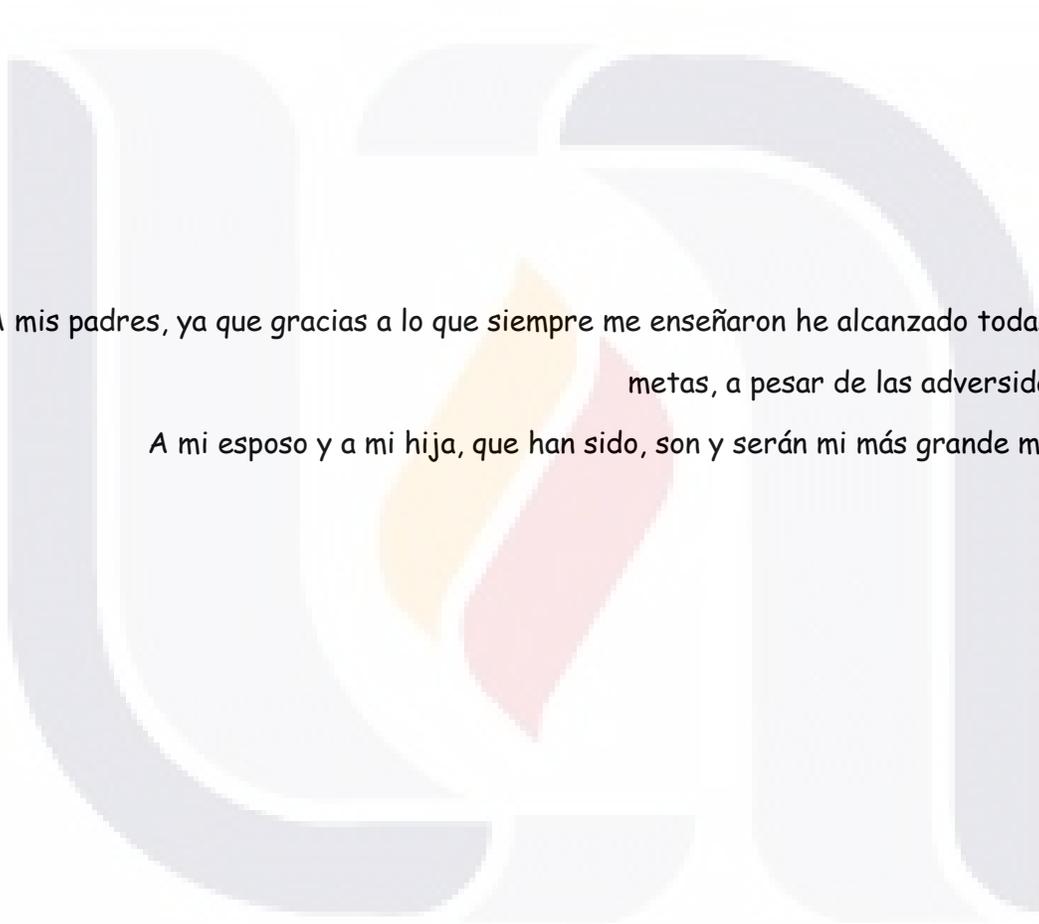
A mi asesor de tesis Dr. Carlos Alberto Aguilar Prado, que con su paciencia y su pasión por la investigación, me impulsó para realizar este gran proyecto.

Gracias a todas y a cada una de las personas que participaron en la investigación realizada, ya que invirtieron su tiempo y conocimiento para ayudarme a completar mi proyecto de tesis.

Por último quiero agradecer a todas aquellas personas que sin esperar nada a cambio compartieron pláticas, conocimiento y diversión.

A mi esposo y a mi hija, por estar siempre conmigo y apoyarme en todos mis proyectos.

DEDICATORIAS



A mis padres, ya que gracias a lo que siempre me enseñaron he alcanzado todas mis metas, a pesar de las adversidades.

A mi esposo y a mi hija, que han sido, son y serán mi más grande motor.

I. INDICE GENERAL

I. RESUMEN8

II. ABSTRACT10

III. INTRODUCCIÓN.....12

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....14

IV.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.14

IV.2 Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, ó delegación de estudio.....15

IV.3 Descripción del sistema de atención de la salud.16

IV.3.1 Nivel Político.....16

IV.3.2 Nivel legislativo.....16

IV.3.3 Normas.....17

IV.3.4 Nivel Operativo.....17

IV.4 Descripción de la distribución del problema (¿quiénes están afectados, dónde, cuándo?).20

IV.5 Descripción de la gravedad del problema (Magnitud y trascendencia, así como las consecuencias que pueden presentarse tanto en la población como en los servicios).....21

IV.6 Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema.....22

IV.7 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo.....22

IV.8 Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema (como se han trabajado y porque es necesaria esta investigación).....23

IV.9 Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizara para solucionar el problema.24

IV.10 Lista de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema.25

 IV.10.1 Variables dependientes.....25

 IV.10.2 Variables independientes.....25

 IX.10.3 Variables confusoras.....28

IV.11 Descripción de la naturaleza del problema: Discrepancias entre las situaciones observadas y las esperadas, que identifiquen el estado del arte en conocimiento del problema (Identificar, analizar, intervenir).28

V. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS30

 V.1 Antecedentes científicos de los Determinantes Sociales de la Salud. López Arellano y colaboradores (2008).....30

 V.1.2- Antecedentes científicos de Obesidad.....31

 V.1.3 Antecedentes científicos de los Determinantes Sociales asociados al sobrepeso y obesidad.32

VI. JUSTIFICACIÓN.....37

VII. MARCO TEÓRICO39

 VII.1 TEORÍAS Y MODELOS QUE EXPLICAN LOS DETERMINANTES SOCIALES.....39

VII.1.1 La teoría psicosocial.	40
VII.1.2 La teoría de la producción social de la enfermedad.	40
VII.1.3 La teoría del curso de la vida.	41
VII.2.4 Dahlgren y Whitehead.....	41
VII.3 .- Diderichsen y colaboradores (Gráfica 2): la estratificación social y producción de la enfermedad.	43
VII.4 Brunner, Marmot y Wikilson	44
VII.5 Marco conceptual propuesto por la OMS.....	44
VII.5. Contexto socio-político	45
VII.5.1 Determinantes estructurales e intermedios.....	45
VII.5.1.1 Intervenciones y desarrollo de la política sobre las inequidades en salud.....	46
VII.6 TEORÍAS Y MODELOS DE LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES.....	51
VII.6.1 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.....	51
VII.6.1.1 Susceptibilidad percibida	52
VII.6.1.2 Beneficios percibidos:	52
VII.6.1.3 Barreras percibidas	52
VII.6.1.4 Apoyo Social.	53
VII.6.1.5 utoeficacia.	53
VII.6.1.6Teoría de la Acción Razonada.....	54
VII.6.1.7 Normas Subjetivas	55
VII.6.1.8 Bienestar Social.	55
VII.7 TEORÍAS Y MODELOS DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS.	57
VII.7.1 Estatus Socioeconómico.....	57
VII.7.2 Dimensiones de carencia social (CONEVAL).....	57
VII.7.3 Rezago educativo promedio en el hogar.	58
VII.7.4 Acceso a los servicios de salud.	58

VII.7.5 Acceso a la seguridad social.....	58
VII.7.6 Calidad y espacios de la vivienda.	59
VII.7.7 Acceso a los servicios básicos de vivienda.	60
VII.7.8 Acceso a la alimentación	60
VIII. OBJETIVOS.....	62
VIII.1 OBJETIVO GENERAL.	62
VIII.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	62
IX. HIPÓTESIS	64
IX.1 HIPÓTESIS ALTERNA.....	64
IX.2 HIPÓTESIS NULA.....	64
X. MATERIAL Y MÉTODOS	66
X.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	66
X.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	66
X.3 Universo de Trabajo.....	66
X.4 Unidad de Análisis.....	66
X.5 Criterios de inclusión.....	66
X.6 Criterios de no inclusión.....	67
X.7 Criterios de eliminación.....	67
X.8 MUESTREO.....	67
IX.9 LOGÍSTICA.....	69
IX.10 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	69
IX.11 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	70
X.12. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS.....	71
X.12.1 Validez aparente	71
X.12.2 Validez de contenido	71
X.13 PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	73

X.13.1 Procesamiento de datos.	73
X.13.2 Análisis de datos.	74
X.14 TRANSFORMACIÓN DE DATOS.....	74
X.15 ASPECTOS ÉTICOS	74
XI. RESULTADOS.....	76
XII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	87
XII.1 LIMITACIONES.....	91
XIII. CONCLUSIONES	92
XIV. RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	97
XV. BIBLIOGRAFÍA.....	98
ANEXO A. INSTRUMENTO	A
ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL	YY
ANEXO D. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	AAAAAA
ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	BBBBBB

II. INDICE DE TABLAS

TABLA 1. MEDICIÓN MUNICIPAL DE LA POBREZA 2010 20

TABLA 2. EL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA CADA DETERMINANTE 67

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS 76

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD 79

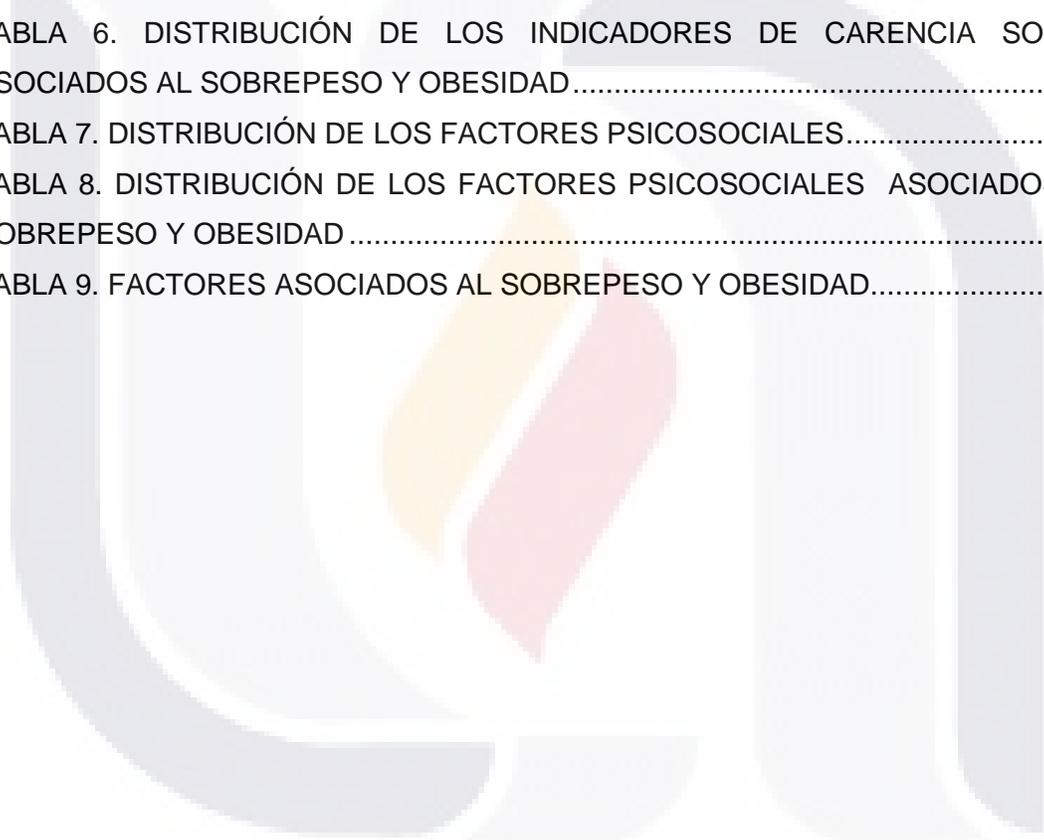
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CARENCIA SOCIAL 80

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CARENCIA SOCIAL ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD 81

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES 82

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD 84

TABLA 9. FACTORES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD 86



III. ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.	18
GRÁFICA 2. MODELO DE SALUD PÚBLICA Y LOS DETERMINANTES SOCIALES, PROPUESTO POR DAHLGREN Y WHITEHEAD.	43
GRÁFICA 3. MODELO DE LA ESTRATIFICACIÓN SOCIAL Y LA PRODUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD, PROPUESTO POR DIDERICHSEN Y COLABORADORES.	44
GRÁFICA 4. MODELO DE LA COMISIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA OMS.	45
GRÁFICA 5. MARCO CONCEPTUAL DE LOS PROCESOS SOCIALES QUE IMPACTAN SOBRE LA SALUD, EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.	49
GRÁFICA 6. MARCO CONCEPTUAL PARA ABORDAR DETERMINANTES SOCIALES.	50
GRÁFICA 7. NIVELES DE INTERVENCIÓN PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES.	51
GRÁFICA 8. ESCOLARIDAD.	77
GRÁFICA 9. GÉNERO.	77
GRÁFICA 10. ESTADO CIVIL.	78
GRÁFICA 12. TURNO.	78
GRÁFICA 11. OCUPACIÓN.	78

I. RESUMEN

ANTECEDENTES: En España se realizó un estudio transversal con una muestra de 29,478, donde se encontró una prevalencia de sobrepeso que fue mayor en varones (43.9%) que en mujeres (28.9%), se encontró asociación significativa entre obesidad-estar casada OR de 1,69 IC 95% 1,5-1,89 y ser viuda, OR de 1,77 (IC 95% 1.45-2.16); sin estudios, OR de 2,77 (IC 95% 1,18-1,91).⁹ En Magnolia, E.U.A., en el año del 2007 se realizó un estudio, en los que se abordaron los principales determinantes sociales que influían en la obesidad. Se llegó a la conclusión de que la educación (ya que es esencial y puede proporcionar una base para el éxito financiero), la disponibilidad de alimentos, las condiciones económicas y el medio ambiente se identifican como determinantes sociales de la salud que contribuyen a la obesidad, entre más educación recibe un individuo, el ingreso que pueda alcanzar será más alto. Se observó también que el entorno fue importante para el sobrepeso y la obesidad, ya que las comunidades de bajos ingresos, a menudo disponen de menor oportunidad para realizar actividad física. En este mismo rubro, se observó que el entorno predice el acceso a la calidad de los alimentos. **OBJETIVO:** Evaluar la fuerza de asociación de los determinantes sociales con el sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad, de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio transversal comparativo en 372 usuarios de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, los cuales serán seleccionados por muestreo aleatorio simple, se calculó el tamaño de la muestra, mediante el programa EPI Info 6. Los parámetros utilizados fueron un nivel de confianza del 95%, poder de la muestra del 80%. **Criterios de inclusión.** Se incluirán a los adultos de 20 a 64 años de edad que acudan a consulta médica por cualquier motivo, independientemente del género, a la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, que participen de forma voluntaria, durante los meses de enero a junio del 2013. **Criterios de no inclusión.** No se incluirán a los que no se encuentren dentro del rango de edad entre los 20 y los 64 años de edad, a las mujeres que se encuentren embarazadas y que no hayan firmado la carta de consentimiento informado. **Criterios de eliminación.** Quienes no contesten un 80% del total de la encuesta aplicada. Se realizó una búsqueda sistemática donde se identificaron determinantes con criterios de consistencia, plausibilidad y fuerza de asociación (Sociodemográficos, CONEVAL Susceptibilidad, Beneficios, Barreras, Autoeficacia, Gravedad percibida, Motivación para la Salud, Normas Subjetivas Apoyo

Social, Bienestar Social). Las dimensiones del instrumento utilizado contó con criterios de validez aparente, contenido, constructo y confiabilidad elaborados por Victoria L. Champions, Vaile y colaboradores, De Montano, Patricia Cid H. y colaboradores, Revilla Ahumada L. y colaboradores. La fuerza de asociación se valorara con OR crudos y ajustados (regresión logística binaria). **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** se necesitará un equipo de cómputo con acceso a intranet, para tener acceso al expediente electrónico y realizar la selección de los pacientes, papel, impresora y fotocopidora. **EXPERIENCIA DEL GRUPO:** Línea de investigación de la Unidad de Investigación. **TIEMPO A DESARROLLARSE:** 6 meses aproximadamente.



II. ABSTRACT

BACKGROUND: In Spain, cross-sectional study with a sample of 29.478, where he found a prevalence of overweight was higher in males (43.9%) than females (28.9%), significant association between obesity-be married OR 95% CI 1.5 to 1.89 1.69 and a widow, OR of 1.77 (95% CI 1.45-2.16), no studies, OR 2.77 (95% CI 1.18 to 1.91) .9 In Magnolia, USA, in the year of 2007, a study, which addressed the main determinants influencing obesity. It concluded that education (as it is essential and may provide a basis for financial success), food availability, economic conditions and the environment are identified as social determinants of health that contribute to obesity , the more education a person receives, the income can reach will be higher. It was also observed that the environment was important for overweight and obesity, because low-income communities often have less opportunity for physical activity. In this same area, it was observed that predicts environment access to food quality. **OBJECTIVE:** To evaluate the strength of association with social determinants of overweight and obesity in adults 20 to 64 years, the FMU 1 IMSS, Delegation Aguascalientes. **MATERIAL AND METHODS:** A cross-sectional study in 372 users Aguascalientes UMF 1 IMSS delegation, which will be selected by simple random sampling, we calculated the sample size, using Epi Info 6. The parameters used were a confidence level of 95% of the sample to 80%. Inclusion criteria. They include adults of 20-64 years of age who attend medical consultation for any reason, regardless of gender, to one IMSS delegation UMF Aguascalientes, participate on a voluntary basis during the months of January to June 2013. Exclusion criteria. Do not include those who do not fall within the age range between 20 and 64 years of age, women who are pregnant and have not signed the informed consent form. Elimination criteria. Those who did not respond to 80% of the survey applied. A systematic search was conducted which identified criteria determining consistency, plausibility and strength of association (sociodemographic, CONEVAL susceptibility, benefits, barriers, self-efficacy, perceived severity, Grounds for Health, subjective norms Social Support, Social Welfare). The dimensions of the instrument had face validity criteria, content, construct and reliability developed by Victoria L. Champions, Vaile and collaborators, Montano, Patricia H. Cid and collaborators, Revilla L. Ahumada and collaborators. The strength of association was assessed with crude and adjusted OR (binary logistic regression). **RESOURCES AND INFRASTRUCTURE:** you need a computer equipment to access intranet to access the

electronic file and make the selection of patients, paper, printing and photocopying.

GROUP EXPERIENCE: Research Online Research Unit. **TIME TO GROW:** 6 months.



III. INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder, los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias, las injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Es por ello, que son diferentes las causas y la distribución de los problemas de salud, difiere la concentración en los grupos sociales o en los territorios, ya que se presentan determinados factores de riesgo, que se deben de analizar en los diferentes marcos teóricos. De acuerdo al modelo establecido por la OMS, los determinantes sociales de las inequidades en salud son: la posición socioeconómica, la estructura social, clase social, educación, ocupación, ingreso, género, etnicidad. Los determinantes sociales de la salud son: las condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimento, factores psicosociales, conductas, hábitos y factores biológicos. Todos en conjunto, tienen impacto en equidad en salud y bienestar.

La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. En la actualidad se considera la pandemia del siglo XXI. Anteriormente se consideró un signo de belleza y salud, pero en la actualidad conlleva grandes problemas asociados. Aun cuando el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos mexicanos ha venido declinando en los últimos seis años, debe señalarse que estas prevalencias se encuentran entre las más altas del mundo. El que 7 de cada 10 adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad presenten obesidad constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para el Estado.

El conocimiento de la presencia de los factores de riesgo en la población, incluidos los factores ambientales que favorecen la obesidad, debe permitir planificar acciones y políticas para su prevención y control.

La salud pública juega un papel fundamental tanto en la identificación de factores determinantes y sus posibles soluciones como en la implementación de medidas poblacionales para su control y la evaluación de su eficacia. Es necesario identificar con precisión los factores determinantes sociales que contribuyen al problema del sobrepeso y obesidad, con gran énfasis en la comprensión de los factores básicos y subyacentes, tales como accesos a alimentos saludables, entornos que fomenten la actividad física y al conocimiento de la población para el autocuidado y los mecanismos involucrados en estos procesos.

Este estudio es de naturaleza transversal comparativo, mediante un método de regresión logística, a través del instrumento validado y aplicado previamente, analizará la fuerza de asociación entre los Determinantes Sociales con el sobrepeso y la obesidad.

Consideramos necesario contribuir con este estudio para evaluar la asociación de los determinantes sociales con el sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS Delegación Aguascalientes. El contexto del estudio es para que una vez identificados los factores de riesgo, se detecten oportunamente problemas de sobrepeso y obesidad, respecto a los factores psicosociales, se busque la mejor estrategia, para que estos se modifiquen.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.

Hasta el año 2010, en el estado de Aguascalientes se cuenta con una población de 1,184, 996 habitantes, de los cuales el 51.33% son mujeres y el 48.66% corresponde a la población masculina.¹ La Delegación de Aguascalientes IMSS en general, cuenta con una población total de 621,689 derechohabientes, de los cuales el 47.61%, es población masculina y 52.38% es población femenina.³ Entre la población que cuenta con una edad entre 20 y 64 años de edad, corresponde a 316, 182, con un porcentaje del 58.48% de mujeres y una población masculina del 41.51%.³ La Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS Delegación Aguascalientes, cuenta con una población total de 100,986, de entre los cuales 46.83% son hombres y 53.16% son mujeres. La población de entre 20 y 64 años corresponde a 56 839, del cual el 45.15% corresponde a hombres y el 54.84% a mujeres.³

Con lo anterior, podemos concluir que la distribución de la población por sexo es similar a nivel Estatal, Delegacional y por Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

En Aguascalientes, hasta el 2009, había una cantidad de 6,256 matrimonios y 1,306 divorcios. Hogares con jefatura masculina 224, 643 y con jefatura femenina 64, 932.² En la actualidad, predominan los hogares con jefatura masculina en un 77.57%, contra un 22.43% con jefatura femenina. Tiene una población económicamente activa de 470, 880, con una tasa bruta de participación económica de los hombres hasta el 2010 de 72.97, y de una tasa bruta en las mujeres del 36.61.² Con un porcentaje de población total ocupada en el sector primario en el 2010 de 6.34, un 28.74 en el sector secundario y en el sector terciario de 64.28. Hay una tasa de desocupación de la población total del 6.6.²

En cuanto a la educación, en el estado de Aguascalientes, hay una población hasta el 2010 con nivel profesional de 136, 926, población con posgrado de 12, 448. El grado

promedio de escolaridad de 15 años y más de 9.2. Hay un porcentaje de hombres de 15 años y más con un rezago educativo de 35.58% y de 35.39% en mujeres.² El rezago educativo aún sigue teniendo un porcentaje importante en el estado en la actualidad, es importante conocer esta cifra, ya que el nivel educativo es un determinante social que juega un papel fundamental en la obesidad.²

IV.2 Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, ó delegación de estudio.

De cuerdo al CONEVAL, este es el orden de los indicadores de rezago social en el estado de Aguascalientes hasta el 2010:

- 1.- Carencia en el acceso a la seguridad social: 49.1% de la población.¹²
- 2.- Carencia en el acceso a los servicios de salud: 22.0% de la población.¹²
- 3.- Carencia en el acceso a la alimentación: 20.2% de la población.¹²
- 4.- Rezago educativo: 17.2% de la población.¹²
- 5.- Carencia en el acceso a la calidad y espacios de la vivienda: 6.9% de la población.¹²
- 6.- Carencia en el acceso a los servicios básicos de la vivienda: 3%.¹²

El porcentaje del acceso a los servicios de salud en Aguascalientes, es menor que el acceso a una seguridad social, pero aún así, es más importante contar con una seguridad social, ya que para el problema de obesidad, este servicio es fundamental por las prestaciones sociales con las que se cuentan, como los programas integrales de prevención de la obesidad.¹²

En cuanto a la educación, tenemos que la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela, ocupa una problemática que se encuentra en el primer lugar, la población de 15 años o más analfabetas ocupa el segundo lugar y la población de 15 años y más con educación básica incompleta ocupa un tercer lugar.¹²

En relación al problema de sobrepeso y obesidad para las localidades urbanas, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en Aguascalientes fue de 34.7%, de los cuales el 31.5% corresponde a hombres y 37.5% a mujeres. En comparación con el 22% reportado para las localidades rurales del estado, con una distribución de 26.9% hombres y 17.5% mujeres. A nivel nacional Aguascalientes ocupa el primer lugar en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sobrepeso en hombres, el noveno lugar en mujeres. En cuanto a obesidad tanto hombres como mujeres ocupan el lugar 26.²

IV.3 Descripción del sistema de atención de la salud.

IV.3.1 Nivel Político

Mediante el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.¹³ A través del eje 3, que es la igualdad de oportunidades. En los puntos:

- 3.1.- Superación de la pobreza.¹³
- 3.2.- Salud.¹³
- 3.3.- Transformación educativa.¹³
- 3.4.- Pueblos indígenas.¹³
- 3.5.- Igualdad entre mujeres y hombres.¹³
- 3.6.- Grupos vulnerables.¹³
- 3.7.- Familia, niños y jóvenes, cultura y esparcimiento.¹³
- 3.8.- Cultura, arte, deporte y recreación.¹³

IV.3.2 Nivel legislativo

Mediante la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a través del capítulo I, artículo 3 de la Constitución, establece que todo individuo tiene derecho a recibir educación. El artículo 123 establece que toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley.¹⁶

El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, decreta la **Ley General de Salud**, en donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.¹⁴ De la misma forma, se decreta la **Ley General de Educación** en la que regula la educación que imparten el Estado-Federación.⁴⁶ Para los determinantes sociales, a través de la **Ley General de Desarrollo Social** en el artículo 3, punto VII.- Respeto a la diversidad: que es el reconocimiento en términos de origen étnico, género, edad, capacidades diferentes, condición social, condiciones de salud, religión, las opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra, para superar toda condición de

discriminación y promover un desarrollo con equidad y respeto a las diferencias.³³ En el Título segundo capítulo único, artículo 6.- son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda.³³ **Programa Nacional de Salud (2007-2012):** Mediante la generación de competencias en el personal de salud y población en general para el control de los determinantes en salud incluyendo alimentación saludable, actividad física y conductas higiénicas básicas y realización de una política integral para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad.⁵⁵

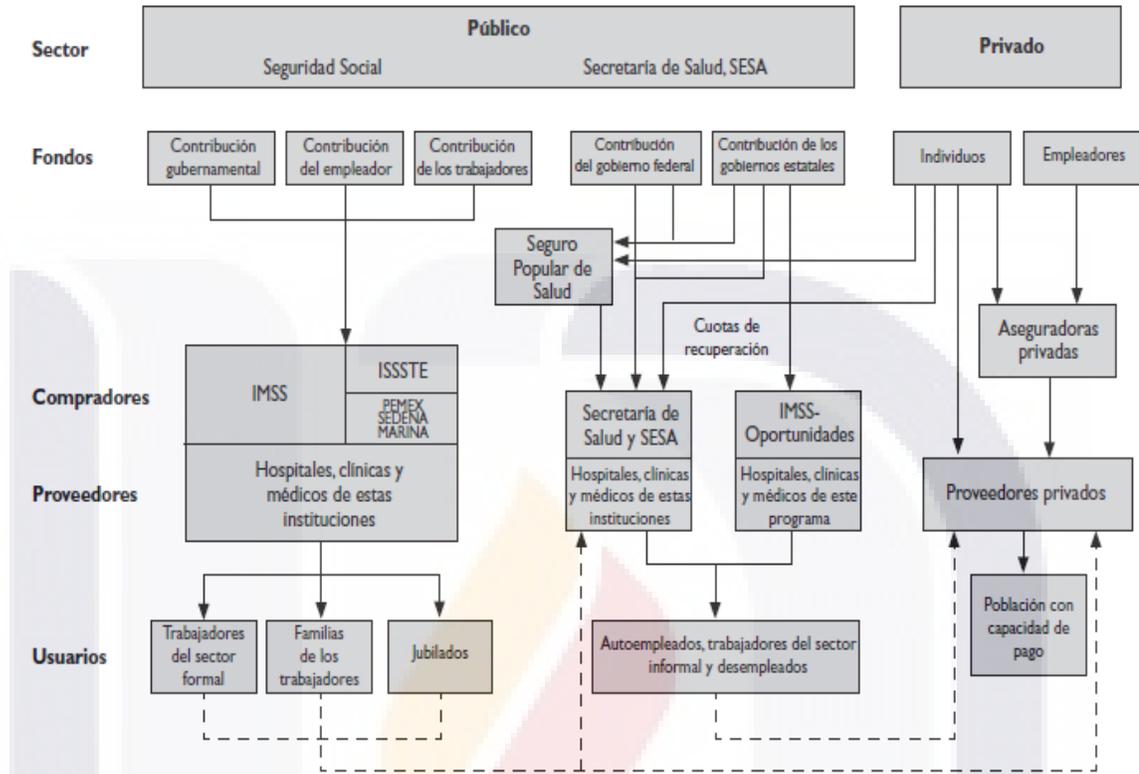
IV.3.3 Normas

La norma oficial mexicana 008-SSA3-2010; en donde se establecen que los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, **la prevención**, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan sobrepeso y obesidad.⁴

IV.3.4 Nivel Operativo

El sistema de salud de México (gráfica 6), está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), y otros que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de los que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.⁴⁷

Gráfica 1. Sistema de Salud en México.⁴⁷



El ISSSTE cuenta con las siguientes prestaciones económicas: seguro de riesgo de trabajo, seguro de jubilación, seguro de retiro por edad y tiempo de servicio, seguro de invalidez, seguro por causa de muerte, seguro de cesantía en edad avanzada, indemnización global, arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al instituto, préstamo hipotecario y financiamiento en general para la vivienda, préstamo a mediano plazo, préstamo a corto plazo, entre otros. El ISSSTE también cuenta con programas estratégicos y líneas de acción como el prevenissste, que consiste en prevenir algunas enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la obesidad.⁵⁶

El IMSS cuenta con prestaciones económicas como pensiones, incapacidades, ayudas para gastos de matrimonio, ayuda para gastos de funerales, los cuales se basan de acuerdo a lo estipulado en la Ley del Seguro Social. La importancia de este punto radica en la estabilidad económica con la que cuenta el trabajador.²⁹

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El IMSS, a través de programas y actividades donde se fomenta en la población una vida saludable en lo físico, mental y social, al incorporar en su vida la práctica el ejercicio físico y el deporte, ayudando así a la prevención de enfermedades, entre ellas la obesidad. Las actividades deportivas se otorgan como prestación social.²⁹

IMSS Oportunidades: otorga servicios integrales de salud gratuitamente a personas que se encuentran en desventaja social y económica que habitan en comunidades apartadas. Cuenta además con prestaciones sociales de promoción a la salud que están dirigidos a impulsar un estilo de vida activa y saludable, hacer ejercicio, mejorar hábitos alimentarios, al promover la participación organizada en la comunidad con acciones en favor de la salud, física, mental, emocional o social, estas líneas de acción favorecen a cambiar algunos determinantes sociales para prevenir la obesidad.²⁹

Se enfatiza en la educación nutricional a las familias para incidir en el ámbito de la prevención del sobrepeso, la obesidad y no sólo de los problemas de desnutrición. Para el acceso a este programa, se echan a andar las redes sociales que existen, desde las Asistentes Médicas en las comunidades, por medio del Promotor de Acción Comunitaria y éste a su vez por medio del equipo de salud con el que cuenta el Hospital Rural.³⁴

En los Hospitales Rurales se cuenta con un servicio de nutrición, el cual asesora a las familias acerca de los grupos de alimentos que se deben de consumir para evitar el sobrepeso y la obesidad.³⁴

La información que se describe, es pertinente, ya que en ella se contemplan todas las instancias que influyen en las carencias sociales, como rezago educativo, rezago social, acceso a los servicios de salud, acceso a seguridad social, equidad de género, cultura, por mencionar algunos, además de que se mencionan las estrategias que se llevan a cabo, que son útiles para hacer una modificación en los determinantes sociales que influyen en la obesidad.

IV.4 Descripción de la distribución del problema (¿quiénes están afectados, dónde, cuándo?).

En Aguascalientes hay carencia social de acceso a los servicios de salud de un 24%, lo cual corresponde a 190, 907 personas, con un número promedio de carencias de 2.3. Un acceso a la seguridad social de un 41.8%, que corresponde a 332, 018 personas, con un número promedio de carencias de 2.³²

Tabla 1. MEDICIÓN MUNICIPAL DE LA POBREZA 2010

MEDICIÓN MUNICIPAL DE LA POBREZA 2010						
Porcentaje de la población, número de personas, número promedio de carencias sociales en los indicadores de pobreza, México, 2010						
Aguascalientes Municipios	Acceso a los servicios de salud			Acceso a la seguridad social		
	Porcentaje	Número de personas	Número promedio de carencias	Porcentaje	Número de personas	Número promedio de carencias
Aguascalientes	24,0	190.907	2,3	41,8	332.018	2,0
Asientos	15,5	7.539	2,6	78,0	37.903	1,9
Calvillo	20,8	11.052	2,4	80,1	42.511	1,9
Cosío	14,1	1.984	2,5	65,8	9.283	1,8
El Llano	19,1	3.366	2,9	75,8	13.365	2,2
Jesús María	16,6	16.796	2,4	52,6	53.343	2,0
Pabellón de Arteaga	18,5	8.101	2,5	54,1	23.703	1,9
Rincón de Romos	20,3	10.394	2,6	63,5	32.549	2,1
San Fco. de los Romo	20,9	7.730	2,5	48,9	18.106	2,1
San José de Gracia	12,3	962	2,5	79,6	6.226	1,8
Tepezalá	11,9	2.617	2,6	70,7	15.567	1,8

IV.5 Descripción de la gravedad del problema (Magnitud y trascendencia, así como las consecuencias que pueden presentarse tanto en la población como en los servicios).

De 1,200 millones de personas que tienen problemas de sobrepeso y obesidad en el mundo, 80 millones son mexicanos, un 70% tiene sobrepeso y un 30% tiene obesidad, datos de la OCDE colocan a **México en segundo lugar mundial con mayor índice de obesidad en su población con el 30%**. Superado únicamente por Estados Unidos de América con el 33.8%. Los países con menor índice de obesidad son Japón y Corea con el 4%.⁴⁸

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado del IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. Los aumentos en las prevalencias de la obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial.⁴¹

Desde 1998 la OMS considera a la obesidad como una epidemia global que constituye un importante problema de salud pública. La rapidez del cambio de prevalencia de obesidad ocurrida en sólo 25 años descarta una base genética como causa única, ya que el pool de genes responsables de la susceptibilidad de la obesidad no puede variar en periodos de tiempo tan cortos. El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud como:⁷

- 1.- Las enfermedades cardiovasculares .⁷
- 2.- La diabetes, se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial.⁷
- 3.- Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis⁷
- 4.- Algunos cánceres, como el endometrio, mama y colon.⁷

La epidemia de las enfermedades crónicas amenaza el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas. En 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo murieron debido a las enfermedades crónicas. La OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2,300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.⁷

De acuerdo al ENSANUT 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años o más, es de 39.05% en sobrepeso y 32.15% en obesidad, de acuerdo a la institución de afiliación IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa/Marina es de 39.9% de sobrepeso y 34.7% de obesidad. Finalmente en cuanto al IMSS se reporta un 36.5% de sobrepeso y 48.8% en obesidad.⁴¹

IV.6 Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema.

Los determinantes sociales de la salud que influyen en la obesidad son la posición socioeconómica, la estructura social, la clase social, la educación, la ocupación, el ingreso, el género y la etnicidad (racismo).¹¹

Los determinantes sociales de la salud que influyen en la obesidad son: las circunstancias materiales como las condiciones de vida y de trabajo, la disponibilidad de alimentos, los factores psicosociales, las conductas, hábitos y factores biológicos.¹¹

IV.7 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo.

La obesidad puede considerarse como el problema de salud pública principal al cual se enfrenta México en la actualidad, dada su gran prevalencia, sus consecuencias y su asociación con las principales causas de mortalidad. Se carece de un plan maestro que señale logros alcanzados y tareas por desarrollar.⁸

La salud pública juega un papel fundamental tanto en la identificación de factores determinantes y sus posibles soluciones como en la implementación de medidas poblacionales para su control y la evaluación de su eficacia. Es necesario identificar con precisión los factores determinantes sociales que contribuyen al problema con gran énfasis en la comprensión de los factores básicos y subyacentes, tales como accesos a alimentos saludables, entornos que fomenten la actividad física y al conocimiento de la población para el autocuidado y los mecanismos involucrados en estos procesos.⁸

La capacitación adecuada del sector médico es fundamental para contribuir al control de la obesidad y el sobrepeso. Importa reconocer que se pueden lograr grandes cambios con implementación de políticas orientadas a abatir los determinantes más importantes.⁸

IV.8 Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema (como se han trabajado y porque es necesaria esta investigación).

En España se realiza un estudio transversal basado en la ENS-2006. Muestra de 29,478 adultos que respondieron preguntas sobre peso y talla autodeclarados. Se calculó en IMC y la sobrecarga ponderal (clasificación de la OMS) como variable dependiente. Se usaron como variables independientes sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, clase social (manual, no manual) e ingresos mensuales. Se encontró una prevalencia de sobrepeso que fue mayor en varones (43.9%) que en mujeres (28.9%), pero para la prevalencia de obesidad (15%) no se observaron diferencias por sexo. El análisis de regresión logística multinomial muestra asociación significativa entre obesidad- estar casada (o), con una odds ratio (OR) de 1,69 (intervalo de confianza del 95%, 1,5-1,89) y viuda (o), OR de 1,77 (IC 95% 1.45-2.16); sin estudios, OR de 2,77 (IC 95% 1,18-1,91).⁹

Se encontró una interacción estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre sexo y clase social. Las mujeres de clase social manual presentan un 49% más riesgo de tener sobrepeso y un 96% más riesgo de obesidad que las mujeres de clase social no manual.⁹ El género y la clase social son determinantes sociales relevantes de la obesidad en España, por lo que las actividades preventivas que se desarrollen deben considerar ambas condiciones sociales.⁹

En Magnolia, E.U.A., en el año del 2007 se realizó un estudio, en los que se abordaron los principales determinantes sociales que influían en la obesidad.¹⁰

Se llegó a la conclusión de que la raza, la educación (ya que es esencial y puede proporcionar una base para el éxito financiero), la disponibilidad de alimentos, las condiciones económicas y el medio ambiente se identifican como determinantes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociales de la salud que contribuyen a la obesidad. Se encontró un 74.6% de la población con sobrepeso y obesidad compuesto por personas de color, se concluyó que es importante tener en cuenta el efecto del racismo en disparidad de salud.¹⁰ La educación es un determinante social de la salud, ya que entre más educación recibe un individuo, el ingreso que pueda alcanzar será más alto.¹⁰

Se observó también que el entorno fue importante para el sobrepeso y la obesidad, ya que las comunidades de bajos ingresos, a menudo disponen de menor oportunidad para su realizar actividades físicas. En este mismo rubro, se observó que el entorno predice el acceso a la calidad de los alimentos.¹⁰

IV.9 Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizará para solucionar el problema.

Con el siguiente trabajo, lo que espero es identificar cuáles son los principales determinantes sociales que se asocian al sobrepeso y a la obesidad, de la UMF1 IMSS Delegación Aguascalientes, ya que como se ha mencionado con anterioridad, a pesar de tener los conocimientos de dicha patología y las investigaciones que se han hecho al respecto, no han sido suficientes.

Es necesario abordar a la obesidad a partir de los determinantes sociales, como un primer paso, para implementar estrategias y buscar las posibles soluciones de éstos, y así tomar medidas poblacionales para su control y la evaluación de su eficacia.

IV.10 Lista de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema.

IV.10.1 Variables dependientes.

Sobrepeso: Es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor o igual a 25 kg/m^2 y menor a 29.9 kg/m^2 .⁴

Obesidad: Es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m^2 .⁴

IV.10.2 Variables independientes.

Determinantes sociales: son las condiciones, los sistemas y los aspectos de los alrededores locales nacionales y medio ambiente mundial que afectan a la salud de la población.¹

Carencia por rezago educativo: Ser incapaz de leer, escribir, o realizar operaciones matemáticas básicas o incluso no tener un nivel de escolaridad que la sociedad considera básico, que limita las perspectivas culturales y económicas de todo ser humano, lo que restringe su capacidad para interactuar, tomar decisiones y funcionar activamente en su entorno social.³²

Carencia por acceso a los servicios de salud: Es cuando no se cuenta con el derecho de un sistema de protección social en salud ya sea público o privado. Se considera en situación de carencia a los servicios de salud cuando no cuenta por lo menos con un servicio médico de los que a continuación se mencionan: Seguro popular, IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Defensa o Marina, otros servicios médicos.³²

Carencia por acceso a la seguridad social. Es cuando no se garantizan los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades, como circunstancias socialmente reconocidas, como la vejez y el embarazo. La exclusión de los mecanismos sociales de protección vulnera la capacidad de los individuos para

enfrentar contingencias fuera de su control que pueden disminuir de modo significativo su nivel de vida y el de sus familias.

Carencia por calidad y espacios de la vivienda: Es cuando en el hogar, los pisos, muros y techos no se encuentran contruidos con materiales resistentes y adecuados. De la misma forma, cuando no hay una dimensión adecuada para los habitantes en un hogar, tiene implicaciones de la privacidad y libre circulación de sus residentes, lo cual ocasiona alteraciones en la salud física y mental. Existe carencia por acceso a la calidad y espacio de la vivienda si el material de los pisos de la vivienda son de tierra, los techos son de lámina de cartón o desechos, el material de los muros es de barro bajareque de carrizo, bambú o palma; de lámina de catón metálica o asbesto o material de desecho y cuando la razón de personas por cuarto (hacinamiento) es mayor a 2.5.³²

Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda: De acuerdo a la CONAVI, este se presenta cuando no se satisfacen de forma adecuada los servicios de agua potable, servicio de drenaje, servicio de electricidad y servicio de combustible para cocinar. Se encuentra en carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda si presenta al menos uno de las siguientes características: El agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa o bien el agua entubada la obtienen por acarreo de otra vivienda, o de la llave pública o hidrante. No cuenta con servicio de drenaje, o el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta. No disponen de energía eléctrica. El combustible que se utiliza para cocinar o calentar los alimentos es leña o carbón sin chimenea.³²

Carencia por acceso a la alimentación: Las personas presentan carencia en el acceso a la alimentación si los hogares donde residen tienen un grado de inseguridad alimentaria moderado o severo De acuerdo a la FAO la seguridad alimentaria comprende el acceso en todo momento a comida suficiente para llevar una vida activa y sana, lo cual está asociado a conceptos de estabilidad, suficiencia y variedad de los alimentos. Las familias tienen carencia de acceso a la alimentación si presentan inseguridad alimentaria moderada o severa. No presentan carencia de acceso a la alimentación si presentan inseguridad alimentaria leve, o no la presentan.³²

Modelo De Creencias En Salud. La más temprana caracterización del MCS, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas fundamentales, se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es **susceptible** de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una **severidad(gravidad)** moderada en su vida y, tercero, que tomar una **acción o motivación factible y eficaz** en particular puede ser **benéfico** al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las **barreras psicológicas** acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva así como las habilidades que el sujeto cree poseer para poder llevar a cabo determinada conducta(autoeficacia).⁶⁶

Apoyo social: Información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.⁶⁷

Autoeficacia: Juicio personal sobre las creencias en las capacidades de uno para organizar y ejecutar cursos de acción requeridos para gestionar probables situaciones futuras. Bandura propone que los individuos poseen un sistema propio que le permite ejercer cierto grado de control sobre sus sentimientos y acciones.⁶⁸

Normas Subjetivas Son las Creencias de lo que otras personas en su grupo social piensan acerca de un comportamiento combinado con la motivación personal para satisfacer esas normas percibidas, en relación al sobrepeso y la obesidad.⁶⁹

Bienestar Social: Es lo que permite una consideración más completa de las condiciones necesarias para el desarrollo humano. Un enfoque sobre las necesidades básicas, tener (las condiciones necesarias para la supervivencia), amar (necesidad de relacionarse con otras personas) y ser (necesidad de integrarse en la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza).⁷⁰

IX.10.3 Variables confusoras.

Factores Sociodemográficos. Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo.⁴⁹

IV.11 Descripción de la naturaleza del problema: Discrepancias entre las situaciones observadas y las esperadas, que identifiquen el estado del arte en conocimiento del problema (Identificar, analizar, intervenir).

Estudios descriptivos refieren que no existe claridad respecto a la etiología de la obesidad y que se debe de plantear la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología, como en el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, entre otros).⁴³

Estudios retrospectivos, refieren que la alimentación rica en energía y la inactividad física son algunos de los factores del desequilibrio que ocasiona el desarrollo de obesidad.⁴⁰

Los estudios sobre la incidencia del sobrepeso y obesidad han sido diversos, desde factores asociados al desarrollo infantil o de nacimiento, consumo de alcohol, desarrollo de comida rápida y cambio relativo en precios de esos alimentos, el aumento en el consumo de calorías en las últimas décadas en un contexto donde es difícil para los individuos tener auto control en su consumo, o factores asociados a diversas enfermedades cardiovasculares y a la edad. Incluso se ha analizado la penalización salarial asociada a la obesidad.^{19, 21, 22, 23}

Otros estudios descriptivos, concluyeron que ciertos estilos de vida adquiridos en ocasiones desde la infancia o adquiridos en el adulto bajo la influencia de condiciones psico-socio-culturales constituyen el factor culminante en la aparición de obesidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Estilos de vida caracterizados por la ingesta excesiva de alimentos y actividad física sedentaria favorece la aparición de obesidad.⁴⁴

Estudios analíticos, llegaron a la conclusión de que en las sociedades más desarrolladas, la obesidad aparece más frecuentemente entre los pobres, lo opuesto ocurre en poblaciones pobres, donde además puede coexistir la desnutrición junto con la obesidad.¹⁸

Estudios observacionales asociaron un incremento de la edad, con un mayor sobrepeso y obesidad, por lo menos hasta los 49 años. Refieren que los centroamericanos que terminaron la universidad, fueron hasta cierto punto más propensos al sobrepeso y obesidad.⁴⁵ Estudios experimentales estiman que entre 40 y 70 por ciento de la variación en obesidad se debe a fenotipos hereditarios, aunados a factores ambientales, comportamientos, lo que hace que el análisis genético sea más difícil de aislar.²⁷ Otros estudios argumentan que la vida social que se tiene es determinante también de los niveles elevados del IMC en países europeos. Por otra parte, la interacción familiar también es determinante de los niveles de peso que se pueden tener. Por ejemplo, se analizaron la transmisión intergeneracional de hábitos alimenticios que no son sanos.^{25, 26}

Por último, en el (2009) se encuentra que en determinados grupos de IMC y de mayor educación tienden a percibirse a sí mismos como de mayor peso al que tienen en realidad, ya que su estándar de comparación es con personas más delgadas.²⁸

Como podemos observar, no existe concordancia entre los diferentes estudios que se han realizado en los diferentes países, acerca de algún determinante social en específico que se asocien directamente en la obesidad. Por lo que mi pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son los determinantes sociales que se asocian al sobrepeso y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes?

V. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

V.1 Antecedentes científicos de los Determinantes Sociales de la Salud.

López Arellano y colaboradores (2008). Mencionan que los determinantes sociales en salud, realizan el análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales, al tener una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo. Determinan que el trabajo de dar visibilidad e importancia a lo social, en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud, es esencial, en momentos en que existe un predominio de las visiones gerenciales y tecnocráticas para abordar y resolver los problemas colectivos de salud enfermedad en el mundo. Asimismo, el interés por generar recomendaciones que contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud y su insistencia en políticas que garanticen servicios esenciales con independencia de la capacidad de pago de las personas, constituye un contrapeso a las propuestas que promueven la privatización de bienes, recursos, servicios y de la vida misma. Finalmente concluyen con que es claro que el poder desigual produce inequidad de salud. Bajo esa premisa, la tarea central está en relación a seguir haciendo evidente donde están las raíces estructurales de la producción y la distribución desigual del poder, la riqueza y los recursos culturales, de conocimiento y ambientales, que generan múltiples inequidades de clase, de género, de etnia, origen, generación que afectan la salud y plantear estrategias para transformarlas.⁷²

C. Joan Benach de Rovira y colaboradores (2012). Afirman que de acuerdo a los determinantes sociales en salud se debe conocer, reducir y eliminar las desigualdades en salud, debe constituir un objetivo clave de salud pública por al menos tres razones fundamentales: primero, para hacer visible una grave epidemia sanitaria; segundo, porque las desigualdades en salud son diferencias injustas que se pueden evitar; y tercero porque las desigualdades en salud constituyen un indicador crucial de injusticia

social. A pesar de sus limitaciones, el informe de la CDSS constituye un importante documento que coloca las desigualdades sociales en salud en el mapa político global y apunta a soluciones políticas que pueden ayudar a reducir esas desigualdades. Finalmente, existe la necesidad de experimentar propuestas sociales y económicas alternativas al capitalismo, mediante la propuesta de otras formas de producir y de consumir bajo un sistema económico que sea más democrático y respetuoso con la población, el medio ambiente y la equidad. Como cualquier otro campo, el impacto final que pueda tener dependerá de las distintas posturas ideológicas y, sobre todo, de las correlaciones de fuerzas políticas existentes.⁶⁰

V.1.2- Antecedentes científicos de Obesidad.

Luckie D. y colaboradores (2009). Refieren que la obesidad es uno de los principales problemas de Salud Pública en todo el mundo. En la actualidad, se considera la pandemia del siglo XXI, que conlleva grandes problemas asociados. En Estados Unidos existen más de 97 millones de adultos obesos (54% de la población; 13% de los niños padece obesidad). En México, más de 70% de la población adulta tiene obesidad y sobrepeso. Su origen incluye factores genéticos (principalmente el gen de la leptina y su receptor) y ambientales (estilo de vida: hábitos alimenticios y actividad física). Implica una gran comorbilidad, como diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular, ejes importantes del síndrome metabólico. Para su diagnóstico, deben considerarse parámetros establecidos por la Norma Oficial Mexicana (NOM), para el tratamiento de la obesidad. Menciona que su tratamiento comprende cuatro estrategias importantes: modificación en los hábitos alimenticios, incremento de la actividad física, tratamiento del aspecto psicológico y detección y tratamiento de enfermedades subyacentes asociadas con la obesidad. En casos extremos se ha reportado tratamiento farmacológico y la cirugía bariátrica.⁷¹

Córdova Villalobos y colaboradores (2010). Establecen que los estudios epidemiológicos sugieren que las causas principales del sobrepeso y la obesidad, están relacionadas con los cambios ambientales y los estilos de vida. Manifiestan que la rapidez del cambio de prevalencia de la obesidad, ocurrido en sólo 25 años descarta una base genética como única causa, ya que el pool de genes responsables de la susceptibilidad a la obesidad, no puede variar en periodos de tiempo cortos. Afirman

que el sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud y que el riesgo aumenta a medida que lo hace el índice de masa corporal. En la actualidad, dicho problema está aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano. De acuerdo a la problemática observada en nuestro país, las estrategias que se deben reforzar a nivel nacional, según el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, estrategia contra el sobrepeso y la obesidad son:

- 1.- Fomentar la actividad física,
- 2.- Aumentar la disponibilidad de agua simple potable,
- 3.- Disminuir el consumo de azúcar en bebidas,
- 4.- Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta.
- 5.- Etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
- 6.- Lactancia materna,
- 7.- Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos.
- 8.- Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans.
- 9.- Control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos y en alimentos procesados.
- 10.- Disminuir el consumo de sodio.⁴²

V.1.3 Antecedentes científicos de los Determinantes Sociales asociados al sobrepeso y obesidad.

Juliana Kain y colaboradores (2003). Encontraron que la prevalencia de obesidad en adultos en Chile es alta, especialmente en mujeres con una menor educación. Se observó que en sociedades más desarrolladas, la obesidad aparece más frecuentemente en entre los pobres, lo opuesto ocurre en poblaciones pobres, en donde además puede coexistir la desnutrición junto a la obesidad. Los factores de riesgo más importantes relacionados con el incremento de la obesidad son: las condiciones fetales y la situación nutricional durante la infancia (talla baja), características socioeconómicas y nivel educacional, aspectos dietéticos y la inactividad física. Concluyeron que por ello y debido a las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de muerte en todos los países de la región, y la obesidad es uno de los principales factores de riesgo de éstas, la implementación de políticas y programas que apunten a mejorar la situación económica y educacional de los más pobres y al mismo tiempo cambiar los hábitos de vida de toda la población es absolutamente prioritario.¹⁸

Ortiz Moncada y colaboradores (2006). Encontraron que la prevalencia de sobrepeso en España fue mayor en varones (43.9%) que en mujeres (28.9%), pero la prevalencia de obesidad fue de (15%) y no se observaron diferencias por sexos. El análisis de regresión logística multinominal muestra asociación significativa entre obesidad-estar casada(o), con una odds ratio (OR) de 1.69 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 1.51-1.89) y viuda(o), OR de 1.77 (IC 95% 1.45-2.16); sin estudios, OR de 2.77 (IC 95% 2.34-3.28) e ingresos <600 euros, OR de 1.50 (IC 95% 1.18-1.91). Se encontró una interacción estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre sexo y clase social. Las mujeres de clase social manual presentan un 49% más riesgo de tener sobrepeso y un 96% más riesgo de obesidad que las mujeres de clase social no-manual. Mientras, los varones de clase social manual presentan menos riesgo de sobrepeso (18%) y obesidad (12%) frente a los de la clase social manual. Se concluye con este artículo que el género y la clase social son determinantes sociales relevantes de la obesidad en España, por lo que las actividades preventivas que se desarrollen deben considerar ambas condiciones sociales.⁹

Blanca Pullen y colaboradores (2007). Refieren que la raza es un determinante social de la salud, encontraron que en Mississippi, el 74.6% de la población con sobrepeso y obesidad está compuesto por personas de color, mientras que en la búsqueda de soluciones, establecen que el racismo está profundamente arraigado en el comportamiento individual. Mencionan que la educación es un determinante social de la salud debido a la capacidad de ganar un ingreso más alto, además mencionan que en las escuelas, hay políticas que impactan en la adecuada nutrición y la actividad física. Fundamentan que el medio ambiente también es un determinante social de la salud, ya que se ha visto que las comunidades de bajos ingresos tienen menos oportunidad para desarrollar actividades físicas, además de que también influye a que se tenga un acceso fácil a los alimentos de una calidad adecuada.¹⁰

Janice V. Bowie y colaboradores (2007). Realizaron con México Americanos y Centro Americanos un estudio en el que encontraron que de 8.304 estadounidenses de origen mexicano que participaron en la encuesta, el 36.8% tenía sobrepeso y 26.2% tenía obesidad, de los 1019 centroamericanos, el 39.2% tenía sobrepeso y 22.2% eran obesos. Entre los hombres mexicoamericanos, edad y estado civil fueron asociados con sobrepeso y obesidad, mientras que la educación, el grado de cultura, seguro de

salud, estado de salud y el uso de vitaminas se asociaron sólo con obesidad. Entre las mujeres México-Americanas, la edad, educación, número de hijos, estado de salud y la salud, se asocia con sobrepeso y obesidad. Entre los hombres de América central, la edad, la educación y el acceso a la atención de salud se han asociado con la obesidad. Concluyeron que los resultados con las altas tasas de sobrepeso y obesidad entre los mexicanos y los centroamericanos en California, indican la necesidad de una amplia variedad de intervenciones efectivas de pérdida de peso, dirigidas a estas poblaciones, y las diferencias que encontraron en los factores asociados a sobrepeso y obesidad, pueden sugerir la necesidad de una estrategia de intervención única para los diferentes subgrupos de hispanos.⁴⁵

Liliana Ruiz Arregui y colaboradores (2007). Encontraron que un menor nivel educativo, se asoció con una menor prevalencia de sobrepeso en las mujeres y los hombres. En los países en desarrollo, las personas de más bajos niveles educativos y con un menor nivel socioeconómico, pueden tener dificultad para tener acceso a alimentos. En los países desarrollados las personas con un nivel socioeconómico más bajo, tienen una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, debido a que tienen acceso a los alimentos, pero menos conocimiento acerca de la nutrición y una actividad física deficiente.⁵⁴

Randall F. Gearthar Jr. y colaboradores (2008). Realizaron un estudio en las poblaciones americanas con estatus socioeconómico bajo, en donde encontraron que los niveles de educación más altos se asocian positivamente con el conocimiento de la salud, de la misma forma, los niveles altos de educación, se asociaron a una participación mayor en la actividad física y otros comportamientos saludables, que eran de utilidad para prevenir el sobrepeso y la obesidad.⁵⁸

Elizondo Cano y colaboradores (2008). Realizaron un estudio, en el que se tenía como objeto analizar el estatus socioeconómico en el índice de masa corporal de individuos mayores de 16 años en México, y analizar si el efecto es distinto para hombres que para mujeres. El estatus socioeconómico de los individuos fue medido a través del nivel de escolaridad y del nivel de ingreso de los hogares en el que se utilizaron datos de la encuesta de 2002 de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares (ENNVIH-1). Se realizó un análisis de corte transversal en el que se

estimaron modelos de regresión, uno mediante el método de mínimos cuadrados ordinarios, donde se modela al IMC como una variable continua, y un modelo probit cuyos efectos marginales se interpretan como la probabilidad de que el individuo presente sobrepeso u obesidad. Entre los resultados más relevantes, sobresale que las variables que miden el estatus socioeconómico de los individuos tienen una asociación positiva en el IMC. Se encontró que el ingreso tiene una asociación mayor con el peso en los niveles más altos, es decir, la asociación se va reduciendo conforme aumenta el ingreso. Además se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa en todos los niveles de escolaridad, siendo el de mayor magnitud el de nivel profesional, es decir, en los hombres se encontró que la relación entre peso y educación es positiva. Se encontró en mujeres que contaban con educación primaria, tienen mayor peso que aquellas que no tienen instrucción. La mayor predisposición al sobrepeso u obesidad por parte de aquellos individuos que están casados o en unión libre, posiblemente se deba al efecto que tiene el IMC, el diferente estilo de vida adoptado en los individuos casados.⁵⁷

Lindsay Mc Lauren y colaboradores (2009). Encontraron que tanto hombres como mujeres de Canadá que tenían ingresos más altos en comparación con los hombres y mujeres con ingresos más bajos, tenían mayor tiempo para comer y para realizar actividad física. Hombres y mujeres con educación superior, tienen mayor tendencia a realizar actividad física. Estos patrones constituyen un gradiente social importante que influyen definitivamente en la obesidad, reportado en estudios canadienses.⁵²

Carlos A. Monteiro y colaboradores (2011). Observaron que en la población masculina, el nivel de educación no influyó para el riesgo de obesidad en una región que no era desarrollada, pero en regiones más desarrolladas y con mayor educación tuvieron una menor probabilidad de ser obesos. En una región menos desarrollada la obesidad en la mujer se asoció fuertemente tanto con ingresos altos como bajos (asociación directa) y la educación (asociación inversa). Se concluye que en las sociedades en transición, el ingreso tiende a ser un factor de riesgo para la obesidad, mientras que la educación tiende a tener un efecto protector y que tanto el género y el nivel de desarrollo económico son modificadores pertinentes de la influencia ejercida por estas variables.⁵³

La mayor predisposición al sobrepeso u obesidad en aquellos individuos que viven en localidades cuyos caminos están hechos en base a cemento, comparado con los que viven en localidades cuyos caminos son de terracería, pueden atribuirse a que mientras mejor sea la calidad de los caminos, más utilizados serán dichos caminos por el medio de transporte y mayor probabilidad para transportarse a un lugar en el que puedan realizar ejercicio.⁵⁷

Darren L. Dahly y colaboradores (2011). En un estudio que realizaron con adultos jóvenes filipinos, no encontraron diferencia entre la percepción de ingreso mediano y bajo tanto en hombres como en mujeres, asociado con el sobrepeso y la obesidad. El estado civil casado en mujeres, se relacionó más con tener sobrepeso y obesidad. El tener un grado universitario, en ambos géneros no fue predictor de sobrepeso u obesidad. Se encontró que a mayor urbanidad, mayor probabilidad de sobrepeso, pero menor probabilidad de presentar obesidad.⁵⁹

Vanessa Backes y colaboradores (2011). Realizaron un estudio transversal en una ciudad brasileña, cuyo objetivo fue investigar la asociación entre apoyo social, sobrepeso y obesidad, a un total de 1, 100 adultos. Se realizaron entrevistas estructuradas, con un estándar previamente probado. Se encontró una prevalencia de sobrepeso por encima de 48.6%, la mayoría de la población eran mujeres (71.8%), blancos (84%), casados (56%). En cuanto al apoyo social, después de ajustar las características demográficas, socioeconómicas y el comportamiento, se observó el 12% más alto de sobrepeso en las personas con bajo apoyo, en comparación con aquellos con apoyo social alta o moderada (PR = 1.12 IC 95%: 0.96 a 1.31).⁶⁵

VI. JUSTIFICACIÓN.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de políticas adoptadas.¹¹

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. El impacto en equidad, en salud y bienestar, lo encontramos reflejado en la posición socioeconómica, la estructura social, la educación, ocupación, ingreso, género y determinantes psicosociales.¹¹

El sobrepeso y la obesidad en la actualidad están considerados como una epidemia global, que constituye un importante problema de salud pública, además de que tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta a medida que aumenta el índice de masa corporal ya que este índice se encuentra elevado, constituye un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades del aparato locomotor y algún tipo de cáncer como de endometrio, mama y colon.⁷

La epidemia de este tipo de enfermedades amenaza el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas. Aunque se consideraba un problema exclusivo de países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medio, sobre todo en el medio urbano.⁴²

Recientemente, se observa la coexistencia de sobrepeso y obesidad con desnutrición en las mismas poblaciones y en los mismos hogares. Se ha especulado que la generación actual de los niños puede vivir menos que los abuelos o los padres, por la falta de actividad física y la ingesta de una dieta no saludable como los factores cruciales. Esta situación impone retos adicionales la atención de seguridad alimentaria y nutricional, ya que ahora las políticas se han enfocado a aumentar el consumo calórico y de micronutrientes en las poblaciones vulnerables.¹⁸ México en la actualidad

ocupa el segundo lugar en obesidad en adultos a nivel mundial, precedido sólo por Estados Unidos, a nivel nacional Aguascalientes ocupa el primer lugar en obesidad infantil. Es necesario tomar estrategias en las que se identifique cual es la raíz del problema.⁴⁸

Existen programas dentro de las instituciones que trabajan en la prevención y tratamiento de este problema, pero pese a esto, la evidencia nacional e internacional sigue siendo limitada y es necesario abrir más líneas de investigación para estudiar las transiciones nutricionales, los factores subyacentes al aumento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad; las intervenciones y los cambios de política que propician una mayor oferta de alimentos nutritivos; los espacios seguros para hacer ejercicio; las estrategias de divulgación de conocimiento y adopción de conductas saludables, y por último, los efectos y los costos en un horizonte de tiempo amplio.¹¹

Es necesario abordar el sobrepeso y la obesidad a partir de los determinantes sociales, como un primer paso, para implementar estrategias y buscar las posibles soluciones de éstos, y así tomar medidas poblacionales para su control y la evaluación de su eficacia.⁸

VII. MARCO TEÓRICO

VII.1 TEORÍAS Y MODELOS QUE EXPLICAN LOS DETERMINANTES SOCIALES.

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos, es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de salud de varios países. La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud, se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este periodo surgieron la salud pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de las altas tasas de mortalidad entre la clase obrera.⁴⁹

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.¹¹ También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”.³⁶

Los resultados de los estudios en que se analizan los factores condicionantes de la situación de la salud, difieren cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual, de cuando se hace de una perspectiva social. Lo que hace diferente el estado de salud de un individuo a otro, no es necesariamente lo que lo que explica la diferencia entre los grupos sociales y entre sociedades enteras. En la práctica, en algunas ocasiones, lo que aparece como un determinante de la salud de una sociedad o un grupo social, no se confirma como un factor de riesgo en estudios de nivel individual, siendo los resultados válidos y verificables en ambos casos. En ocasiones, lo que realmente adiciona o sustrae salud a los grupos sociales cuenta muy poco en la variación de un individuo a otro y escapa a su detección. Dos aspectos han contribuido a acrecentar la preocupación por las inequidades en salud. El primero tiene que ver

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con el aumento en las desigualdades sociales entre países, entre grupos y estratos sociales, según el informe sobre el Desarrollo Humano de las Naciones Unidas “la diferencia de la renta de la quinta parte más rica de la población mundial respecto al quinto más pobre pasó de ser de 30 a 1 en 1960, a ser 60 en 1 en 1990 y 74 a 1 en 1997”. Para el año 2006 el estudio realizado por la Universidad de las Naciones Unidas señala que el 10% más rico tiene el 85% del capital mundial, y la mitad de toda la población del planeta tiene sólo el 1%. La explicación del origen de las inequidades en salud entre los grupos sociales usualmente se fundamenta en tres perspectivas teóricas. Se trata de acercamientos divergentes, que no por ello son mutuamente excluyentes, y se diferencian en las esferas de calidad de vida a las que le dan mayor peso para explicar el origen del fenómeno.⁴⁹

VII.1.1 La teoría psicosocial.

Propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración, que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades. De acuerdo con esta teoría la experiencia de vivir en sociedades altamente desiguales ejerce presión a las personas para comparar su estatus, posesiones y otros bienes, generando en algunos grupos sociales sentimientos de minusvalía y autodesprecio que tienen consecuencias comprobadas en un sistema neuroendocrino. Al mismo tiempo, estas sociedades desiguales rompen los vínculos y redes sociales, lo que conlleva un factor más de deterioro para la salud.⁴⁹

VII.1.2 La teoría de la producción social de la enfermedad.

Fundamentada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales, los lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad. Afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logran sacrificando el bienestar y estado de salud de los menos aventajados de la sociedad. Esta perspectiva

no niega que los factores psicosociales operen en sociedades desiguales, pero demanda un análisis más estructural de las condiciones materiales.⁴⁹

VII.1.3 La teoría del curso de la vida.

Destaca la importancia de considerar el factor tiempo para extender los vínculos causales entre la exposición a un riesgo como la pobreza o la desnutrición y los resultados en materia de salud, ya sea en la vida de una persona, a través de varias generaciones o en tendencias de las enfermedades en las poblaciones. Esta teoría, enfatiza que los determinantes sociales operan de manera diferenciada en las diferentes etapas de la vida de las personas: infancia, adolescencia y adultez, además de que pueden llegar a afectar la salud inmediatamente o en momentos posteriores. Un ejemplo de la aplicación de esta teoría, es la conocida hipótesis de Barker sobre la asociación de la carencia de nutrientes en la etapa fetal y el padecimiento de enfermedades en la edad adulta. Estas investigaciones, además de las dificultades teóricas que son comunes al estudio de los determinantes de las inequidades en general, presentan ciertos retos metodológicos.

Durante los últimos 15 años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan los estados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar los puntos estratégicos para la acción política.⁵⁰

VII.2.4 Dahlgren y Whitehead (Gráfica 1)

Las capas de influencia. Este modelo explica como las desigualdades sociales en la salud, son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales (Dahlgren y Whitehead, 1992). Los individuos están en el centro del cuadro, dotados de edad, sexo y factores genéticos que indudablemente influyen en su potencial final de salud. Yendo hacia el exterior del centro, la próxima capa representa conductas personales y estilos de vida. Las personas con carencias, tienden a exhibir una prevalencia superior de factores conductuales negativos como tabaquismo y mala alimentación, también deben afrontar barreras financieras mayores para escoger un

estilo de vida más saludable. Las influencias sociales y comunitarias se representan en la próxima capa. Estas interacciones sociales y las presiones de los pares influyen en las conductas personales. Los indicadores de la organización de la comunidad, registran menos redes y sistemas de apoyo para las personas en la base de la escala social, lo que a su vez tienen menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad de la comunidad. En el próximo nivel, encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios esenciales. En esta capa, las condiciones habitacionales más pobres, la exposición a condiciones de trabajo más peligrosas o estresantes y el limitado acceso a los servicios, crean los riesgos diferenciales para los menos beneficiados socialmente. Pero sobre todos los otros niveles, están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en conjunto, estas condiciones, como el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, producen presión sobre cada una de las otras capas. El modelo de vida alcanzado por una sociedad por ejemplo, puede influir en la elección de la vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como los hábitos de comida y bebida. Igualmente las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes con respecto a las comunidades étnicas minoritarias pueden influir sobre su patrón de vida y posición socioeconómica.⁵⁰

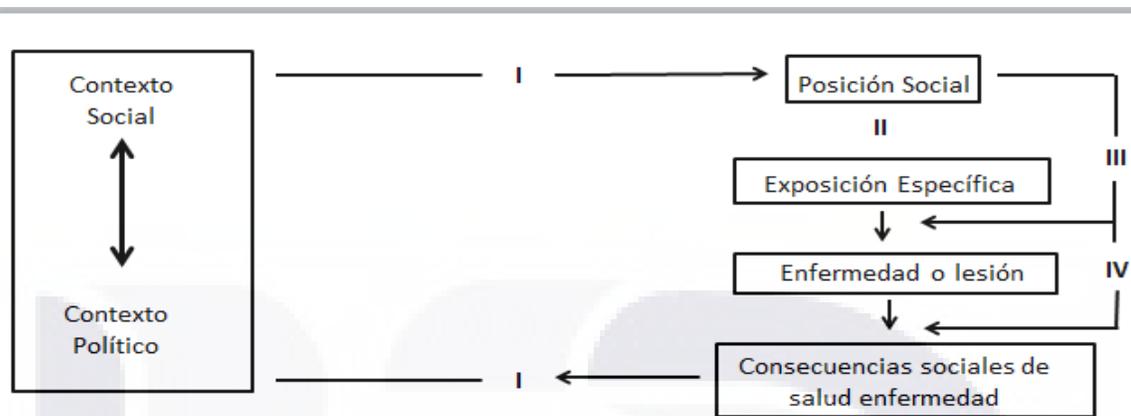
Gráfica 2. Modelo de Salud Pública y los Determinantes Sociales, propuesto por Dahlgren y Whitehead.⁵⁰



VII.3.- Diderichsen y colaboradores (Gráfica 2): la estratificación social y producción de la enfermedad.

Ese modelo, enfatiza el modelo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos. La posición social de las personas determina sus oportunidades de salud. Los mecanismos involucrados de la sociedad que generan y distribuyen el poder, riqueza y riesgo son, por ejemplo el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas. La estratificación social engendra, a su vez, el diferencial de exposición a las condiciones perjudiciales para la salud y el diferencial de vulnerabilidad, así como el diferencial de consecuencias de mala salud para los grupos más y menos aventajados. Las consecuencias sociales se refieren al impacto que un cierto evento de salud que puede tener en las circunstancias socioeconómicas de un individuo o una familia. Este modelo incluye la discusión de los puntos de entrada para la acción política.⁵⁰

Gráfica 3. Modelo de la Estratificación Social y la Producción de la Enfermedad, propuesto por Diderichsen y colaboradores.⁵⁰



VII.4 Brunner, Marmot y Wikilson

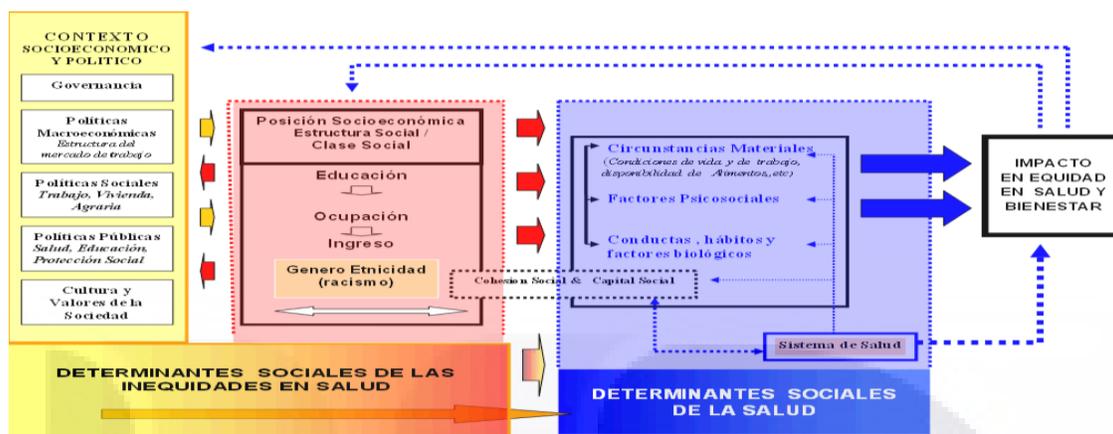
Las influencias múltiples en el ciclo de vida.

Este modelo fue originalmente desarrollado para conectar las perspectivas en salud de la clínica (curativa) y la salud pública (preventiva). El modelo ilustra como las desigualdades socioeconómicas en salud resultan del diferencial de la exposición de riesgos-medioambiental, psicológico y conductual a lo largo del ciclo de vida. Este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de las vías material, psicosocial y conductual. La genética, la infancia temprana y los factores de la cultura son importantes influencias de la salud de la población.⁵⁰

VII.5 Marco conceptual propuesto por la OMS (Gráfica 4).

El cuadro es necesariamente complejo, ya que busca representar en forma esquemática una realidad social y política intrincada. Los problemas clave son a) el contexto socio-político, b) los determinantes estructurales en contraposición a los intermedios y los niveles en los cuales pueden abordarse las inequidades en salud.⁵⁰

Gráfica 4. Modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la OMS.⁵⁰



VII.5. Contexto socio-político.

El contexto abarca un conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación pero que ejerce una influencia formativa poderosa en los modelos de estratificación social y en las oportunidades de salud de los individuos. En general la construcción/mapeo del contexto debe incluir cuatro puntos: 1.- Los sistemas y procesos políticos. 2.- La política macroeconómica. 3.- Las políticas que afectan factores como trabajo, tierra. 4.- La política pública.⁵⁰

VII.5.1 Determinantes estructurales e intermedios.

Los determinantes estructurales de salud o los determinantes sociales de inequidad de salud, son aquellos que generan la estratificación social configuran las oportunidades de salud de grupos sociales basadas en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Éstos incluyen los factores tradicionales ingreso y educación. Actualmente se reconocen también género, etnicidad y sexualidad como estratificadores sociales. Los determinantes intermedios fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida

saludable. El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona afecta su salud, pero no en forma directa, sino a través de los determinantes más específicos, intermediarios.⁵⁰

VII.5.1.1 Intervenciones y desarrollo de la política sobre las inequidades en salud.

Primero está la opción de alterar la estratificación social en sí misma, reduciendo las desigualdades “en el poder, el prestigio, ingreso y riquezas ligadas a las diferentes posiciones socioeconómicas”, por ejemplo las políticas que apuntan a disminuir las disparidades de género influirán en la posición de la mujer relativa a los hombres.⁵⁰

Actualmente, existe la oportunidad sin precedentes de mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo, atacando la raíz de las causas de las enfermedades y las inequidades en materia de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como determinantes sociales en salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales. Los más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y mortalidad prematura, pero la mala salud no afecta sólo a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia, con su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad, siguen un gradiente social, cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud.¹¹

Aunque el vínculo factores sociales situación de salud, se estableció hace tiempo, es durante las últimas tres décadas que ha renacido el interés por responder a preguntas como ¿qué factores sociales contribuyen a la situación de salud?, al considerarse a la salud como una condición necesaria para que las comunidades progresen y compitan en un mundo mucho más dinámico e interrelacionado. Las investigaciones han demostrado casi sin objeciones, que los principales factores determinantes de la salud, no se relacionan directamente con los sistemas sanitarios, sino con el ingreso económico, la educación, los derechos humanos y el acceso a los servicios básicos, la situación ambiental entre otros. Cada día surgen amenazas derivadas de esos y nuevos factores, por tanto es válido el interés por continuar con esos estudios para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

contribuir al diseño y ejecución de políticas públicas favorecedoras del desarrollo social integral, para elevar el nivel de salud y el bienestar de las poblaciones.¹⁷

Villermé examinó el estado de salud de los residentes en distintos barrios de París y después de una cuidadosa revisión de los datos, concluyó que existía relación entre el nivel de riqueza del barrio y la salud de sus residentes, detectó que quienes vivían en los barrios más pobres tenían mayores tasas de mortalidad y sus hijos, al momento de incorporarse al servicio militar eran más bajos de estatura, con mayor frecuencia de discapacidad y más predispuestos a sufrir enfermedades. En el informe de Chadwick elaborado a petición del gobierno británico de entonces, se consignaron las diferencias en las tasas de mortalidad y edades de la población según su estrato social, y se atribuyeron a las condiciones de insalubridad prevaleciente; para reducirlas se sugirió una política de saneamiento para el agua alcantarillado y disposición de residuos, sin dudas, esto podría considerarse como una de las primeras políticas públicas en salud.¹⁷

Del informe de Black y de la mayoría de los estudios elaborados durante las década de los 80's, surgieron tres diferentes tipos de explicaciones sobre la relación de las desigualdades sociales y el estado de salud de las personas. Las primeras se refieren a las condiciones materiales que caracterizan el entorno de los distintos grupos sociales y así, aspectos como la diferencia de ingreso o acceso a los servicios sanitarios pueden explicar los resultados desiguales en la salud de los individuos. El segundo grupo de explicaciones conciernen a las diferencias culturales y conductuales entre los distintos grupos sociales y finalmente, las explicaciones referidas al denominado "proceso de selección social", o sea, que las condiciones de salud del entorno en que nacen en que se desenvuelven las personas, son determinantes para la posición socioeconómica que alcanzarán a lo largo de su vida, lo cual limitará o facilitará el uso de servicios de salud y de la práctica de conductas favorables a la buena salud. Según Bartley, a partir de la década de 1990, se realizaron distintas investigaciones que cuestionaban la tipología establecida por el informe de Black y proponían explicaciones adicionales, para las diferencias sociales no ajustadas a las dimensiones establecidas en dicho informe.¹⁷

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Con estas explicaciones o argumentos, los investigadores contemporáneos proponen que el conjunto de factores de origen social que explican las diferencias en el estado de salud de las personas y en sus expectativas de vida, se agrupan en cinco dimensiones de estudio:

La primera referente al ámbito “material”, es decir, el ingreso personal o familiar, la exposición a riesgos de salud, la accesibilidad a los servicios sanitarios o las condiciones sanitarias del lugar de residencia.¹⁷

La segunda dimensión, aglutina a distintos factores relativos a los diferentes “estilos de vida”, o sea, patrones culturales o conductuales que pueden determinar las condiciones de salud de distintos grupos de población, entre estos, los hábitos de consumo de tabaco o alcohol, las costumbres nutricionales, tradiciones respecto a la vacunación y la realización de exámenes preventivos o los distintos niveles de actividad física.¹⁷

La tercera dimensión, se relaciona con las diferencias psicosociales: el estrés social, la privación relativa y los demás daños psicosociales provocados al pertenecer a estructuras sociales desiguales.¹⁷

El cuarto grupo de factores, se relaciona con las etapas de la vida, o sea, los distintos acontecimientos que ocurren desde el nacimiento y que tienen algún efecto en el estado de salud, como la educación, la clase social y las condiciones sanitarias durante la infancia.¹⁷

La quinta y última dimensión, aglutina a los factores relacionados con las políticas públicas, que pueden influir en el mejoramiento de la calidad de vida o la provisión de servicios sanitarios.¹⁷

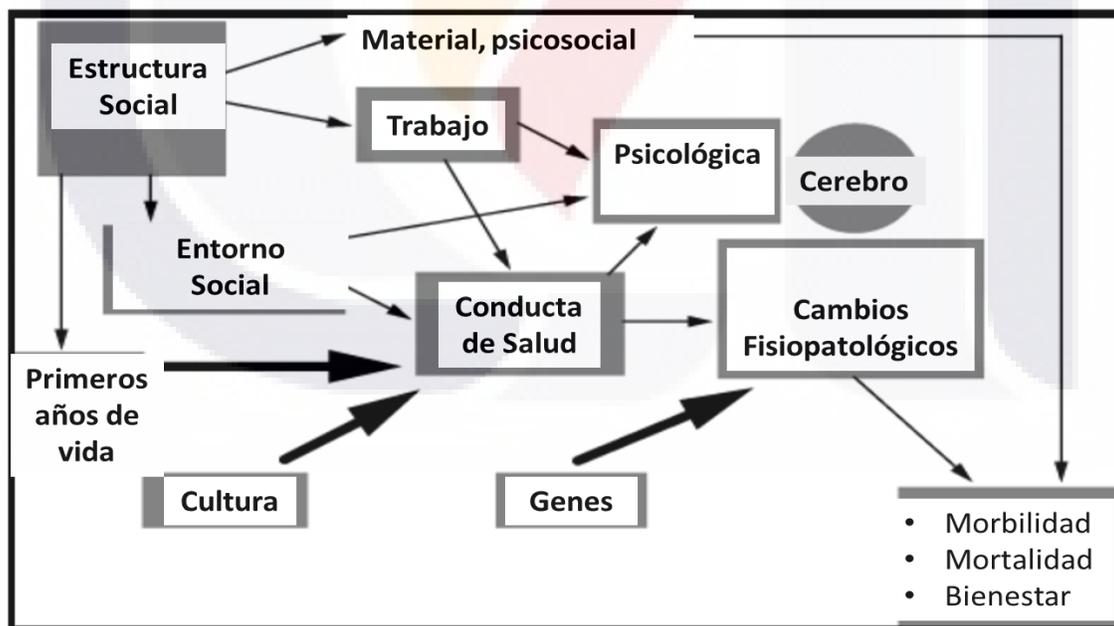
En cuanto a la investigación de las desigualdades sociales de salud en México, es poca la información que se tiene. Aún las investigaciones que se orientan a una visión multicausal y se enfocan al estado general de salud de la población, no sugieren soluciones amplias para el problema sanitario actual, más bien limitan su enfoque de

solución al desempeño del sistema público de salud, aunque dicho desempeño sea fundamental de la solución.¹⁷

El imperativo de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, el sobrepeso y la obesidad, para así identificar los puntos de entrada de las intervenciones.

Este modelo (**Gráfica 5**), considera las inequidades en salud como producto de exposiciones y vulnerabilidades diferenciales que surgen a partir de diferencias en las posiciones económicas de los individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida, generando interacciones socio-psico-biológicas. Destaca la importancia de los primeros años de vida y la conexión entre lo social y lo biológico, explorando las vías causales que van desde la estructura socioeconómica hasta los cambios fisiopatológicos que producen impacto en la salud.³⁶

Gráfica 5. Marco Conceptual de los Procesos Sociales que Impactan Sobre la Salud, el Sobrepeso y la Obesidad.³⁶

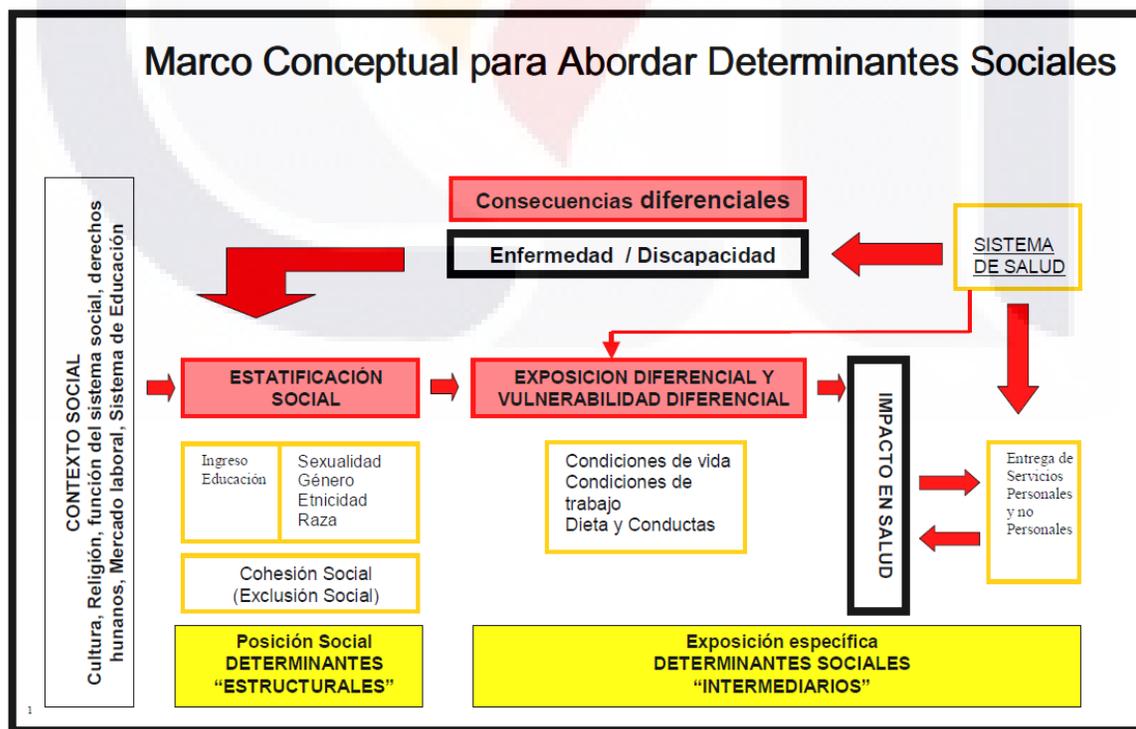


Construyendo sobre los modelos anteriores, intentando aclarar aún más los dos mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud y develando la relación entre los principales determinantes. La estratificación de los

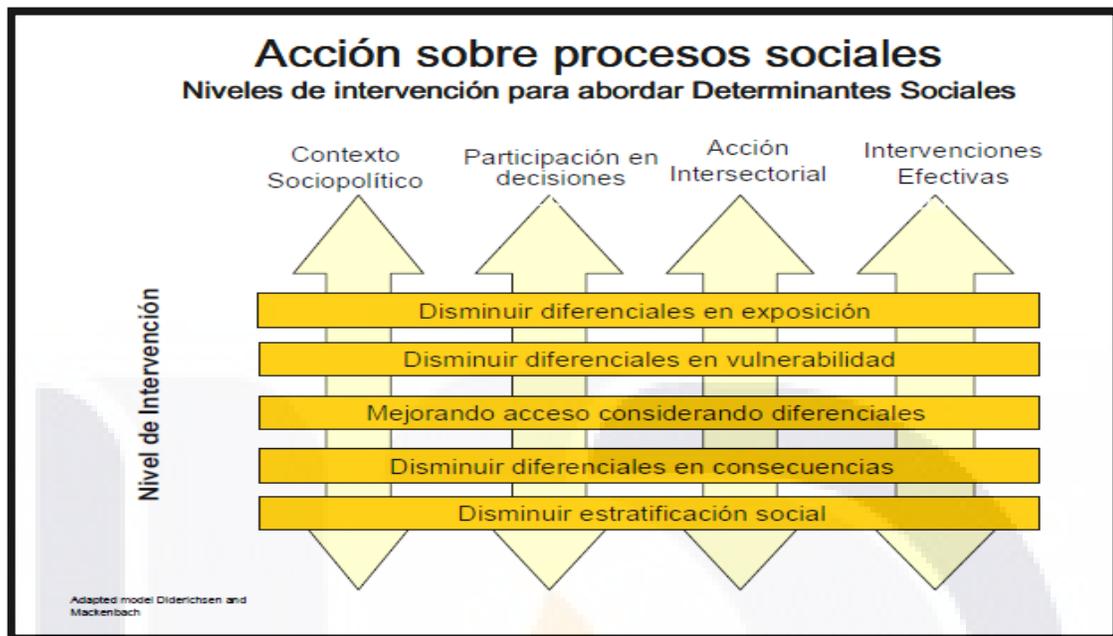
grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores lleva a la creación de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, incluyendo el sobrepeso y la obesidad, según diferencias en vulnerabilidades, exposición a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales tales como la calidad de la vivienda, y circunstancia psicosociales incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar y alimentarse mal. El marco conceptual incorpora al sistema de salud como un determinante social más, porque por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica por ejemplo el ingreso, y por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales.³⁶

Las políticas de acción sobre los determinantes sociales deben considerar un amplio rango de intervenciones, desde la disminución de exposiciones y vulnerabilidades, el mejoramiento de accesos a servicios. (Gráfica 5 y 6).³⁶

Gráfica 6. Marco Conceptual Para Abordar Determinantes Sociales.³⁶



Gráfica 7. Niveles de Intervención para Abordar los Determinantes sociales.³⁶



VII.6 TEORÍAS Y MODELOS DE LOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES.

VII.6.1 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.

Dentro de los factores determinantes psicosociales, existen diferentes teorías, como el **Modelo de Creencias en Salud** que se derivan de la hipótesis, de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si se circunscriben estas variables estrictamente al ámbito de la salud, tal y como hicieron Maiman y Becker (1974), se podría traducir en los siguientes términos: a) El deseo de evitar la enfermedad (o si está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).⁶⁶

La más temprana caracterización del Modelo de Creencias en Salud, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas fundamentales, se centra en que la posibilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas, primero que es susceptible de sufrirla, segundo que la ocurrencia de la enfermedad pueda tener una severidad (gravedad) moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción o motivación factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva así como las habilidades que el sujeto cree poseer para llevar a cabo determinada conducta (autoeficacia).⁶⁶

VII.6.1.1 Susceptibilidad percibida

Es la percepción de riesgo al que una persona se expone o se ha estado expuesta, que puede suponer otro factor condicionante del comportamiento. Enfocado al sobrepeso y a la obesidad, es la percepción que tiene un adulto de padecer dicha enfermedad. Cuyo indicador es el riesgo de exposición a la detección de sobrepeso u obesidad.⁶⁶

VII.6.1.2 Beneficios percibidos:

Se refiere a la efectividad percibida del comportamiento para disminuir el riesgo de muerte por sobrepeso u obesidad. Tiene variabilidad en la percepción de los adultos hacia las mejoras que una detección oportuna de sobrepeso y obesidad le traerá a su salud, cuyo indicador es la iniciativa de cambio de conductas, en este caso, hacia la detección de sobrepeso u obesidad.⁶⁶

VII.6.1.3 Barreras percibidas

Es lo relacionado a la experiencia personal tal como los costos, edad, miedo al sobrepeso u obesidad. Su variabilidad radica en una creencia incorrecta hacia la detección de sobrepeso u obesidad. Son los impedimentos personales que tienen los

adultos sobre una conducta adecuada de detección oportuna de sobrepeso u obesidad.⁶⁶

Existen numerosos estudios que demuestran el impacto que ejerce el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Investigaciones recientes, han relacionado el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando éste es insuficiente determina mayor riesgo de muerte, sobre todo en determinados grupos de población como son los ancianos y viudos.⁶⁷

VII.6.1.4 Apoyo Social.

El apoyo social se refiere a la información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor. Sus dimensiones son: apoyo emocional, que representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder en alguien y de tener intimidad con esa persona. Cuya variabilidad es la existencia de apoyo social con adultos que contribuyen positivamente a la práctica regular de cuidados en salud. Es la percepción que tienen las personas en cuanto al apoyo social, ayuda o seguridad brindada por los demás.⁶⁷

Otra dimensión del apoyo social es el apoyo tangible, el cual hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa, existe también la dimensión de apoyo afectivo, que expresa las demostraciones reales de amor, cariño o empatía. Y por último la interacción social positiva, que hace referencia a la disponibilidad para reunirse, divertirse o pasarla bien.

VII.6.1.5 Autoeficacia.

La autoeficacia, cuyo estudio fue iniciado por Bandura en la década de 1970-79, quien motivado por la importancia que tiene el pensamiento autorreferente en la conducta de las personas. El conocimiento que tiene cada persona de su capacidad, la estimula o la inhibe a realizar una determinada acción. Este autor definió la percepción de autoeficacia o autoeficacia percibida como los juicios de cada persona sobre sus

capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. La autoeficacia percibida, en el ámbito de la salud, cobra importancia en la prevención de conductas riesgosas y en la promoción de conductas que van en beneficio de las personas. Se ha observado que los cambios de conducta se realizan en forma activa cuando los profesionales de la salud motivan en las personas su capacidad de iniciarlos.⁶⁸

La autoeficacia, es el juicio personal sobre las creencias en las capacidades de una persona, para organizar y ejecutar cursos de acción requeridos para organizar para gestionar probables situaciones futuras, además Bandura propone que los individuos poseen un sistema propio que le permite ejercer cierto grado de control sobre sus sentimientos y acciones. Sus dimensiones son poder (saber) saber, que es la construcción abstracta legitimada académicamente. El poder (saber) hacer: que son los saberes experienciales aplicables y demostrables. Poder (saber) sentir: que es la re-significación de la experiencia para orientar la acción. Su variabilidad radica en la capacidad de que el adulto vaya al médico a pesarse y medirse. El indicador es la capacidad que los adultos tienen para decidir si van al médico para ser pesados y medidos.

VII.6.1.6 Teoría de la Acción Razonada.

En la Teoría de la Acción Razonada se excluyen todas aquellas explicaciones del comportamiento que tengan que ver con motivos inconscientes o deseos irrefrenables (Fishbein y Azjen 1996). La teoría plantea como meta última la predicción y comprensión del comportamiento; para lograrlo es necesario definir las intenciones que tenga el sujeto de realizar una acción o bien de no realizarla, como determinante inmediato de la conducta. Fishbein y Azjen dicen que la intención conductual se puede conocer midiendo la probabilidad de que una persona se involucre en la ejecución de una conducta. Una de las formas propuestas para medir las intenciones es pedirle al sujeto que indique cuál de las alternativas de conducta pretende ejecutar, de tal modo que la opción elegida permita predecir la ejecución o no de determinada acción. Con el fin de tener una mejor predicción del comportamiento futuro es necesario que las intenciones estén definidas en términos de acción, objetivo, contexto y tiempo.

VII.6.1.7 Normas Subjetivas

Son las creencias de lo que otras personas en su grupo social piensan acerca de un comportamiento, combinado con la motivación personal para satisfacer esas normas percibidas, en relación al sobrepeso y la obesidad⁶⁹

En cuanto a sus dimensiones se encuentran las creencias normativas, que se refieren a la percepción del sujeto en cuanto a la probabilidad de que un grupo social significativo apruebe (o desaprobe) acudir a una cita médica, que se relacione al sobrepeso u obesidad. Tiene su variabilidad en la aprobación o desaprobación por parte de referentes, finalmente su indicador son las creencias referentes acerca de la actitud ante el sobrepeso y la obesidad.

Otra dimensión de las normas subjetivas se refiere a la gravedad percibida, que es el grado de deseo o creencia que tiene una persona acerca de las consecuencias que tiene el sobrepeso u obesidad de que sean graves, es lo referente a las creencias de los adultos hacia los problemas provocados por el sobrepeso u obesidad, son las creencias de los adultos hacia las consecuencias del sobrepeso u obesidad.

La última dimensión es la motivación para la salud, que son los procesos autorregulatorios que involucran la selección, activación y la dirección sostenida de conductas que contribuyen positivamente para evitar el sobrepeso y la obesidad. Son las acciones correctas que conducen a la detección del sobrepeso u obesidad. Es el conjunto de acciones que conducen a la detección de sobrepeso u obesidad.

VII.6.1.8 Bienestar Social.

El estudio del bienestar en el seno de la psicología se remonta en la década de los setenta, y en su transcurso ha dado a dos grandes tradiciones (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002): la hedónica, representada por una sólida línea de investigación que se ha ocupado del estudio del bienestar subjetivo y la tradición “eudaemónica”, centrada en el bienestar psicológico.⁷⁰

El bienestar social es lo que permite una consideración más completa de las condiciones necesarias para el desarrollo humano. Un enfoque sobre las necesidades básicas que se concentra en las condiciones sin las cuales los seres humanos no pueden sobrevivir, evitar la miseria, relacionarse con otras personas y evitar el aislamiento, tener (las condiciones necesarias para la supervivencia), amar (necesidad de relacionarse con otras personas) o ser (necesidad de integrarse en la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza).⁷⁰

Dentro de sus dimensiones se encuentra la integración social, que es la evaluación de la calidad de las relaciones que se mantienen con la sociedad y con la comunidad, es la capacidad de la personas para sentirse parte de la sociedad, en el que se cultiva el sentimiento de pertenencia, cuyo indicador es el la capacidad de sentido de pertenencia.⁷⁰

Aceptación social: significa estar y sentirse perteneciente a un grupo, en una comunidad, su variabilidad radica en la confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros, aceptación de los aspectos positivos y negativos de la propia vida, su indicador es la capacidad de confiar en los demás.⁷⁰

Otra dimensión se refiere a la Contribución Social: que es la confianza en otros y en uno mismo, acompañada del sentimiento de utilidad y que lo que aporta sea valorado, tiene su variabilidad en el ejercicio del control. Y su indicador es la capacidad de sentirse útil e importante en la sociedad.⁷⁰

La actualización social es una dimensión que se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, que se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos. Son creencias de controlar su destino, saber hacia dónde se va y se traza intencionalmente el horizonte hacia donde se quiere llegar en el futuro. Capacidad de confianza en el futuro de la sociedad. Es la confianza en el progreso y desarrollo social.⁷⁰

Por último se tiene a la dimensión de la Coherencia Social, que es la capacidad que tenemos para entender la dinámica de la actualización social, además del

funcionamiento del mundo social, en donde incluye la preocupación de lo que ocurre en el mundo, es la sensación de tener la capacidad de lo que acontece en nuestro alrededor. Tiene variabilidad en la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social y preocupación de lo que ocurre en el mundo. El indicador es la capacidad de organización del funcionamiento del mundo social.⁷⁰

VII.7 TEORÍAS Y MODELOS DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS.

VII.7.1 Estatus Socioeconómico

La mayoría de los estudios sobre determinantes de la salud utilizan como indicadores de estatus socioeconómico, la clase social, el género, la etnia, el ingreso, el nivel educativo, la ocupación y en los últimos años aumentó el interés por la unidad de análisis vecindario. La posición social ejerce una poderosa influencia, sobre el tipo, la magnitud y distribución de la salud en las sociedades. El control, el poder y los recursos de las sociedades, genera estratificaciones en los arreglos institucionales y legales y distorsiona las fuerzas políticas y de mercado. El peso de los factores psicosociales: la cohesión social, la presencia de redes de apoyo, la participación social y la política, son bienes sociales cuya relación con el estado de salud de las personas hoy se plantea como incuestionable. La estructura del sistema de salud: El sistema nacional de salud de cualquier país condiciona el acceso a los servicios y programas de los diferentes grupos sociales y cumple (o deja de cumplir) varias funciones como: la prevención de las enfermedades o la curación o rehabilitación en casos en que la enfermedad se presenta. Este papel hace que cualquier sistema de salud sea un determinante del lugar que las personas alcanzan en la estructura social.^{49, 51.}

VII.7.2 Dimensiones de carencia social (CONEVAL).

El CONEVAL cuenta con indicadores que son específicos para medir la carencia social. Tiene un instrumento que se encuentra validado y que será aplicado en el presente protocolo.

Los indicadores son los siguientes:

VII.7.3 Rezago educativo promedio en el hogar.

La Norma de escolaridad Obligatoria del estado mexicano (NEOEM) establece que la población con carencia por rezago educativo es aquella que cumpla con los siguientes criterios: 1.- Tiene 3 a 15 años, no cuenta con la educación básica obligatoria y no asiste a un centro de educación formal. 2.- Nació antes de 1982 y no cuenta con un nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (primaria completa). 3.- Nació a partir de 1982 y no cuenta con un nivel de educación obligatoria (secundaria completa).³²

VII.7.4 Acceso a los servicios de salud.

El artículo 4º. De la Constitución establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. En términos de la Ley General de Salud, este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección social en salud y a partir de estos criterios se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando: no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.³²

VII.7.5 Acceso a la seguridad social.

La ley del seguro social, considerado de utilidad pública para los trabajadores, establece que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. A partir de esas consideraciones es posible identificar a la población con acceso a la seguridad social de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1.- En cuanto a la población económicamente activa, asalariada, se considera que no tiene carencia si disfruta por parte de su trabajo, de las prestaciones establecidas en el artículo 2º. De la LSS.³²
- 2.- En el caso de la población trabajadora no asalariada o independiente se considera que tiene acceso a la seguridad social cuando dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y, además, cuenta con SAR y Afore.³²
- 3.- Para la población en general, se considera que tiene acceso cuando goce de alguna jubilación o pensión, o sea familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social.³²
- 4.- En el acceso de la población en edad de jubilación (sesenta y cinco años o más), se considera que tiene acceso a la seguridad social si es beneficiario de algún programa social de pensiones para adultos mayores.³²

VII.7.6 Calidad y espacios de la vivienda.

En el artículo 4º. De la Constitución establece el derecho de toda familia a disponer de una vivienda digna y decorosa; sin embargo, ni en este ordenamiento ni en la Ley de vivienda se especifican las características mínimas que debe tener ésta. Los criterios formulados por la Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI) para el indicador de calidad y espacios de la vivienda incluyen dos subdimensiones: el material de construcción de la vivienda y sus espacios. De acuerdo con estos criterios, se considera como población en situación de carencia por calidad y espacios de la vivienda a las personas que residan en viviendas que presenten, al menos, una de las siguientes características:

- 1.- El material de los pisos de la vivienda es de tierra.
- 2.- El material de techo de la vivienda es de lámina o de cartón o desechos.
- 3.- El material de los muros de la vivienda es de embarro o bajareque, de carrizo, de bambú o palma; de lámina de cartón, metálica o asbesto; o material de desecho.
- 4.- La razón de personas por cuarto (hacinamiento es mayor de 2.5).³²

VII.7.7 Acceso a los servicios básicos de vivienda.

El artículo 4º. De la Constitución establece el derecho de toda familia a disponer de una vivienda digna y decorosa; sin embargo, ni este ordenamiento ni en la Ley de vivienda se especifican las características mínimas que debe tener ésta. De acuerdo a los criterios propuestos por la CONAVI, se considera como población en situación de carencia por calidad y espacios de la vivienda a las personas que residan en viviendas que presenten al menos, una de las siguientes características:

- 1.- El agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa; o bien, el agua entubada la obtienen por acarreo de otra vivienda, o de la llave pública o hidrante.
- 2.- No cuentan con servicio de drenaje, o el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta.
- 3.- No disponen de energía eléctrica.
- 4.- El combustible que se usa para cocinar o calentar los alimentos es leña o carbón sin chimenea.³²

VII.7.8 Acceso a la alimentación.

De acuerdo a la FAO (2006), la seguridad alimentaria comprende el acceso en todo momento a comida suficiente para llevar una vida activa y sana, lo cual está asociado a los conceptos de estabilidad, suficiencia y variedad de los alimentos. A fin de contar con una medida que refleje con la mayor precisión posible la existencia de limitaciones significativas en el ejercicio del derecho a la alimentación, se considera en situación de carencia de acceso a la alimentación a los hogares que presenten un grado de inseguridad alimentaria moderado a severo.³²

En cuanto a la obesidad, es un problema global, distribuido de forma desigual entre y dentro de los diferentes países, en sociedades ricas el exceso de peso es más común entre los grupos socialmente desfavorecidos y lo contrario pasa en los países de bajos ingresos. Esta distribución desigual es una consecuencia del complejo sistema operativo a nivel mundial, nacional y local. El centrarse solamente en la acción directa para que la gente coma más sano y sea más activo físicamente hace que se pierda el centro del problema: la distribución desigual de los factores subyacentes que respaldan

la oportunidad de tener un peso saludable. A menos de que dicho descuido se trate, la obesidad epidémica y sus injusticias persistirán y posiblemente aumentarán.³⁷

El patrón epidemiológico de la obesidad implica que las estructuras de la sociedad afecten en la distribución desigual del peso. Aunque los precios mundiales de los alimentos han caído, en promedio, en los países ricos recomiendan las guías de los alimentos saludables que son más caros que los menos saludables. La publicidad de los alimentos que se encuentran en los medios de comunicación, sobre todo de los países ricos, tratan de persuadir a las personas, sobre todo a los niños a que consuman alimentos con alto contenido de grasas saturadas, azúcares y sal. La densidad de viviendas y la mezcla de utilidades del suelo, junto con las calles conectadas y la capacidad de caminar de un lugar a otro, están directamente relacionados con un aumento en la actividad física. Se cree que los grupos con ingresos inferiores están más afectados en su ambiente, debido a que los espacios en donde se pudiera realizar actividad física son más pequeños, están limitados por la falta de transporte, y las carencias de oportunidades para comprar alimentos saludables. En cuanto a las condiciones de trabajo y de vida, tales como el dinero suficiente para un nivel de vida saludable, pueden afectar directamente en el peso, aunque la evidencia aún sigue siendo escasa. Las actuales condiciones de empleo precarias, están relacionadas con un trabajo sedentario.³⁷

A pesar de los esfuerzos que se han realizado, la epidemia global de la obesidad continúa y su gradiente social persiste. En la mayoría de las estrategias de la prevención de la obesidad falta el reconocimiento de la obesidad y su desigual distribución, que es la consecuencia de un sistema complejo que se ha formado de acuerdo a como la sociedad organiza sus asuntos. La acción debe hacer frente a las injusticias de este sistema, con el objetivo de garantizar una distribución equitativa de los alimentos abundantes y nutritivos a nivel mundial y nacional; entornos construidos que se presten a un fácil acceso y la adopción de opciones más saludables por parte de todos, la producción de trabajos más equitativos, entre y dentro de los grupos sociales, lo cual requiere una acción a nivel mundial, nacional y local.³⁷

Está descrito que los hábitos y conductas alimentarias tienen una relación directa con la morbilidad de la población, debido a las transformaciones vertiginosas que ha

tenido el estilo de vida y de las comunidades en desarrollo, cambios que ha derivado desde lo socioeconómico y han ocasionado una enorme dificultad para tratar de determinar los hábitos y las conductas alimentarias. La obesidad ha pasado de ser una “condición” que repercute en la salud, a una enfermedad y pandemia³⁷.

VIII. OBJETIVOS

VIII.1 OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la fuerza de asociación de los determinantes sociales con el sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad, de la UMF 1 IMSS Aguascalientes.

VIII.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar el IMC, para determinar la presencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.
- Describir los determinantes sociales (sociodemográficas, socioeconómicas, psicosociales y condiciones de vida) en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre los determinantes sociodemográficos y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre los determinantes sociodemográficos y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre los determinantes socioeconómicos en adultos de 20 a 64 años de edad con peso normal de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre los determinantes socioeconómicos y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre los determinantes socioeconómicos y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre los determinantes psicosociales y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación que entre los determinantes psicosociales y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

- Evaluar la asociación entre los hábitos y las condiciones de vida y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre los hábitos y las condiciones de vida y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre la disponibilidad de alimento y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre la disponibilidad de alimento y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 delegación Aguascalientes.



IX. HIPÓTESIS

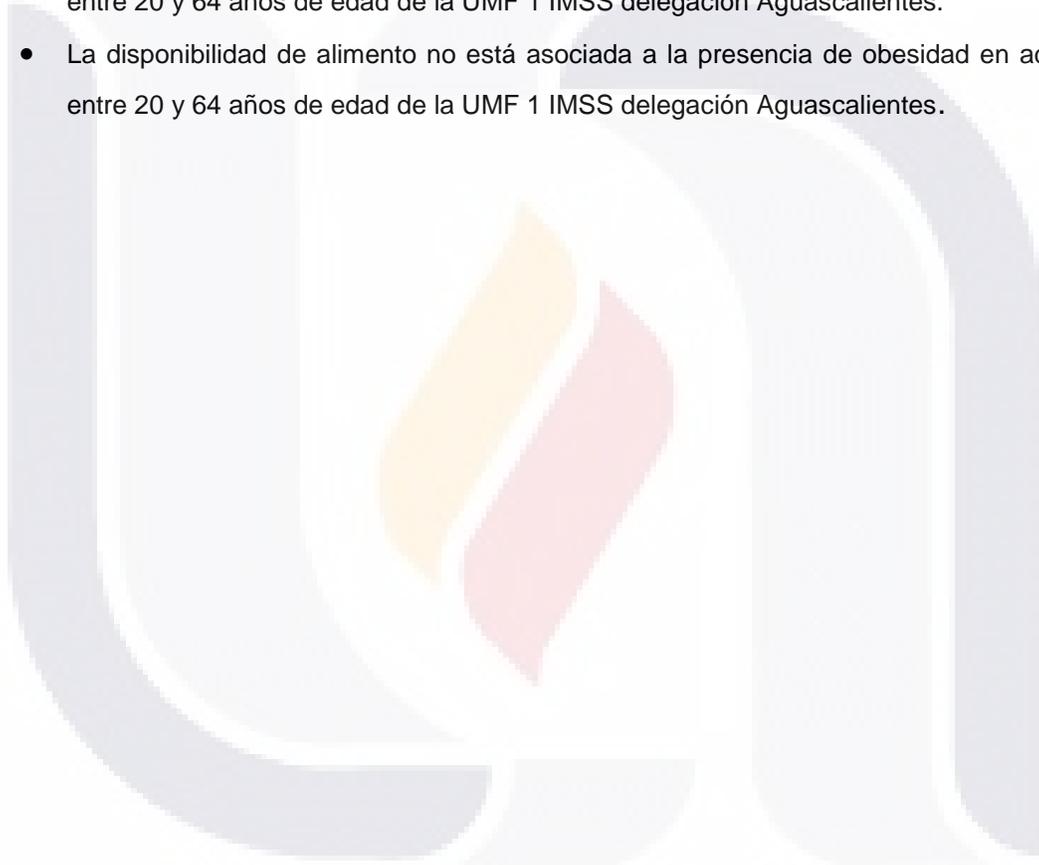
IX.1 HIPÓTESIS ALTERNA.

- Los determinantes sociodemográficos están asociados a la presencia de sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes sociodemográficos están asociados a la presencia de obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes socioeconómicos están asociados a la presencia de sobrepeso en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes socioeconómicos están asociados a la presencia de obesidad en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes psicosociales están asociados a la presencia de sobrepeso en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes psicosociales están asociados a la presencia de obesidad en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los hábitos y las condiciones de vida están asociadas a la presencia de sobrepeso en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los hábitos y las condiciones de vida están asociadas a la presencia de obesidad en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La disponibilidad de alimento está asociada a la presencia de sobrepeso en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La disponibilidad de alimento está asociada a la presencia de obesidad en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

IX.2 HIPÓTESIS NULA.

- Los determinantes sociodemográficos no están asociados a la presencia de sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes sociodemográficos no están asociados a la presencia de obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes socioeconómicos no están asociados a la presencia de sobrepeso en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes socioeconómicos no están asociados a la presencia de obesidad en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

- Los determinantes psicosociales no están asociados a la presencia de sobrepeso en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los determinantes psicosociales no están asociados a la presencia de obesidad en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los hábitos y las condiciones de vida no están asociados a la presencia de sobrepeso en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Los hábitos y las condiciones de vida no están asociados a la presencia de obesidad en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La disponibilidad de alimento no está asociada a la presencia de sobrepeso en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La disponibilidad de alimento no está asociada a la presencia de obesidad en adultos entre 20 y 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.



X. MATERIAL Y MÉTODOS

X.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio transversal comparativo, en la que se identificaron los determinantes sociales asociados al sobrepeso y a la obesidad, en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

X.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Fueron todos los derechohabientes adultos, de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

X.3 Universo de Trabajo.

Fueron los 316, 182 hombres y mujeres de 20 a 64 años de edad pertenecientes a la UMF 1 IMSS, del municipio de Aguascalientes.

X.4 Unidad de Análisis.

Hombres y mujeres de 20 a 64 años de edad pertenecientes a la UMF 1 IMSS del municipio de Aguascalientes.

X.5 Criterios de inclusión.

Se incluyeron a los adultos de 20 a 64 años de edad que acudieron a consulta médica por cualquier motivo, independientemente del género, a la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, que participaron de forma voluntaria, durante los meses de enero a junio del 2013.

X.6 Criterios de no inclusión.

No se incluyeron a los adultos que no se encuentren dentro del rango de edad entre los 20 y los 64 años de edad, a las mujeres que se encuentren embarazadas y que no hayan firmado la carta de consentimiento informado.

X.7 Criterios de eliminación.

Quienes no contestaron un 80% del total de la encuesta aplicada.

X.8 MUESTREO.

El tamaño de la muestra se calculó con los siguientes parámetros: nivel de confianza de 95%, poder de la muestra de 80%, la razón de frecuencia del número de no expuestos al determinante en relación a los expuestos a determinante fue 2 a 1. Para cada uno de los resultados esperados (sobrepeso y obesidad) se estableció su prevalencia esperada para los grupos sin los determinantes, para cada determinante se utilizó el OR más cercano a uno en función de los resultados observados en otros estudios y en la prueba piloto.

El tamaño de la muestra para cada determinante se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 2. El tamaño de la muestra para cada determinante

DETERMINANTE	NIVEL DE CONFIANZA	PODER	RAZÓN EXP/NO EXP	PREVALENCIA ESPERADA DE SOBREPESO-OBESIDAD EN EL GPO SIN DETERMINANTE	OR ESPERADO	TAMAÑO DE LA MUESTRA
						TOTAL
REZAGO EDUCATIVO	95%	80%	2:1	80.2%	2	207
CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE	95%	80%	2:1	71%	2	285

SALUD						
CARENCIA POR ACCESO A SEGURIDAD SOCIAL	95%	80%	2:1	90.7%	2	225
CARENCIA CALIDAD Y ESPACIO DE VIVIENDA	95%	80%	2:1	70.9%	2	324
CARENCIA POR ACCESO SERVICIOS BASICOS DE VIVIENDA	95%	80%	2:1	74.4%	2	252
CARENCIA POR ALIMENTACIÓN	95%	80%	2:1	93%	2	231
SUSCEPTIBILIDAD	95%	80%	2:1	73.4%	2	264
BENEFICIOS	95%	80%	2:1	78.1%	2	216
BARRERAS	95%	80%	2:1	75.3%	2	243
APOYO SOCIAL	95%	80%	2:1	80.4%	2	207
AUTOEFICACIA	95%	80%	2:1	80.1%	2	204
NORMAS SUBJETIVAS	95%	80%	2:1	79.1%	2	210
GRAVEDAD PERCIBIDA	95%	80%	2:1	83.7%	2	189
MOTIVACIÓN PARA LA SALUD	95%	80%	2:1	87%	2	192
BIENESTAR SOCIAL	95%	80%	2:1	75%	2	240

Dado que el tamaño de la muestra del factor carencia calidad y espacio de la vivienda fue con 324 derechohabientes usuarios, cubre al resto de las muestras, se tomó como tamaño de muestra para este estudio, sin embargo, dado que se estima un 20 % de

pérdidas por exclusión, se obtuvo una muestra de 388 derechohabientes usuarios. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico Epi Info 6, con su aplicación de muestra y poder.

IX.9 LOGÍSTICA.

Los licenciados en Salud Pública, aplicaron las entrevistas a los adultos de 20 a 64 años de edad, que acudieron a consulta y que previamente fueron seleccionados de forma aleatoria de todos los consultorios de ambos turnos de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes. Antes de entrar a su cita con el médico familiar, a los usuarios que aceptaron se les aplicaron las encuestas, se les dio a leer y firmar la carta de consentimiento informado. Una vez firmada la carta, se aplicaron los cuestionarios de los determinantes sociales asociados al sobrepeso y obesidad, asegurándose que el entrevistado entendiera las preguntas y las posibles respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, una vez aplicados todos los cuestionarios se procedió a capturarlas en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21 para su análisis e interpretación de resultados.

IX.10 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó una entrevista cara a cara en base a los instrumentos adaptados y validados de CONEVAL, L. Champions y Montano y Taplin, Vaile y colaboradores, a los derechohabientes de adultos de 20 a 64 años de edad, el tiempo para realizar la entrevista fue de aproximadamente 35 minutos. La encuesta de CONEVAL, constó de 76 ítems, valoradas con una escala cualitativa nominal dicotómica 1 (sí), 2 (no), que agrupa a las condiciones de vida en 6 rubros, los cuales son: rezago educativo: 3 ítems, carencia por acceso a los servicios de salud: 6 ítems, carencia por acceso a la seguridad social: 13 ítems, carencia por calidad y espacio de la vivienda: 22 ítems, carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda: 20 ítems, carencia por acceso a la alimentación: 27 ítems. Además de los determinantes psicosociales como autoeficacia de Bandura que consta de 10 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 5 (demasiado probable) a 1 (nada probable), Apoyo Social que consta de 19 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 1 (nunca) a 5 (todo el tiempo), Bienestar

Social, que consta de 33 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 5 (siempre) a 1 (nunca), Normas Subjetivas que consta de 7 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), Susceptibilidad que consta de 4 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 1 (demasiado probable) a 5 (nada probable), Beneficios que consta de 4 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 5 (demasiado probable) a 1 (nada probable), Barreras que consta de 19 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 1 (demasiado probable) a 5 (nada probable), Gravedad Percibida de que consta de 6 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo) y Motivación para la salud que consta de 7 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que va de 5 (siempre) a 1 (nunca), resultando un total de 201 ítems. Instrumento (Anexo A).

IX.11 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se llevó a cabo una entrevista cara a cara, que consistió en una entrevista directa o personal con cada encuestado, en la que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador, además de que se suele obtener más información que con otros medios.

Al abordar al usuario, se le explicó que fue seleccionado para que se le realizara la encuesta de los determinantes sociales asociados al sobrepeso y a la obesidad de la UMF 1 Delegación Aguascalientes, se le expone en que consiste la encuesta, se le dio a conocer la carta de consentimiento informado y se le pidió que lo firmara si estaba de acuerdo en contestar la encuesta.

Posterior a ello, se procedió a realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entendiera la pregunta, así como las posibles respuestas.

Para mejorar la calidad de la recolección de datos se realizó un manual operacional, en donde se describió cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem, en el cual se dieron ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor

entendimiento de los ítems, con este manual se capacitó a los encuestadores para estandarizar los procedimientos de recolección de datos. (Manual operacional anexo C).

X.12. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS.

Se realizó la traducción, adaptación y validación de los cuatro instrumentos, el primer paso fue la traducción y adaptación transcultural, posteriormente la traducción se reintegró al idioma original (ingles) para asegurar que con la traducción y adaptación no se perdiera el sentido de cada ítem, para terminar con el primer proceso se llevó a las unidades de medicina familiar donde se tomó una muestra de los usuarios para que respondieran, si las preguntas eran entendibles y con estos ítems que se pretendía preguntar, esto se repitió hasta saturar el contenido, con el objetivo de evaluar la comprensión y viabilidad de las preguntas.

X.12.1 Validez aparente

Se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje, se realizó un grupo focal donde se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se quería medir.

X.12.2 Validez de contenido

Se llevó a cabo por un grupo de expertos, dos de ellos expertos en metodología de la investigación. Los expertos refieren que cada ítem corresponde al concepto y dimensión, de acuerdo a la teoría que le corresponde. Verificaron que existiera similitud entre el cuestionario original y el adaptado. La operacionalización de las variables se encuentra en el anexo B.

Creencias en salud.

Confiabilidad (Alfa de Cronbach): El valor mayor obtenido fue 0.881 que indican una consistencia interna aceptable y sugieren que el instrumento puede aplicarse. Mide 6 escalas, la primer escala de susceptibilidad de 4 ítems y un alpha de .79, la segunda escala de Beneficios 4 ítems y un alpha de .73, la tercer escala de barreras de 19

ítems con alpha de .89 la cuarta escala de auto-eficacia consta de 10 ítems con un alpha de .88, la escala de gravedad de 6 ítems alpha de .84 con una escala tipo Likert de respuesta que van de van de 1.- demasiado probable, 2.- muy probable, 3.- probable, 4.- poco probable y 5.- nada probable.

Validez de constructo: Se realizó mediante un Análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX. Los 7 factores representaron el 80 por ciento de la variación común a todos los elementos y 47% de la varianza total y la escala de normas subjetivas con 7 ítems surgió del instrumento de Vaile y cols y de Montano y Taplin.

Apoyo social.

Confiabilidad (Alfa de Cronbach): El valor mayor obtenido fue 0.929 que indican una consistencia interna aceptable y sugirieron que el instrumento podía aplicarse. En este instrumento se observa un total de 19 ítems adecuados para el instrumento, con una escala tipo Likert de respuesta que van de 1.- nunca, 2.- pocas veces, 3.- algunas veces, 4.- la mayoría de las veces y todo el tiempo.

Validez del constructo.

Se realizó mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, del cual se obtuvieron 4 factores que explican el 76.755% de varianza. El primer factor fue apoyo emocional, está compuesto por 8 componentes que explican el 45.62 % de la varianza. El segundo factor fue apoyo tangible, explica un 16.44% de la varianza el cual consta de 4 componentes. El tercer factor apoyo afectivo, explica el 9.76% de la varianza y está compuesto por 3 componentes. El cuarto factor fue interacción positiva, explica un 4.91% de la varianza, el cual está compuesto por 4 componentes.

Autoeficacia.

Confiabilidad (Alfa de Cronbach): El valor mayor obtenido fue 0.810 que indican una consistencia interna aceptable que sugirieron que el instrumento puede aplicarse. En

este instrumento se observa un total de 10 ítems, los cuales tienen un alpha mayor a 0.6 adecuados para el instrumento, con una escala tipo Likert de respuesta que van de 5.- demasiado probable, 4.- muy probable, 3.- probable, 4.- poco probable, 1.- nada probable.

Validez del constructo. Se realizó mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, del cual se obtuvo 1 factor que explica el 33.134% de varianza. El factor es autoeficacia, compuesto por 10 ítems.

Bienestar Social.

Confiabilidad (Alfa de Cronbach): El valor mayor obtenido fue de .83, que indican una consistencia interna aceptable y se sugirió que el instrumento podía aplicarse. Se tomaron en consideración las dimensiones aceptación social de 8 ítems con un alpha de .83, integración social de 7 ítems y un alpha de .69, actualización social de 6 ítems y un alpha de .79, contribución social de 6 ítems y un alpha de .70, coherencia social de 6 ítems y un alpha de .68. Utilizaron una escala tipo Likert de respuesta que van de 5.- siempre, 4.- casi siempre, 3.- a veces, 2.- casi nunca, 1.- nunca.

Validez del constructo. Se realizó mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, del cual se obtuvieron 4 factores que explican el 51% de la varianza, compuesto por 33 ítems.

X.13 PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

X.13.1 Procesamiento de datos.

Se realizó una base de datos en el programa SPSS SPAW Versión 21, la cual tiene 201 variables, cada una de ellas tiene su nombre, anchura, decimales, etiqueta, valores perdidos, columna, alineación, medida y rol. Se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables continuas y categorizadas de las cuales se obtuvieron frecuencias y tablas de contingencia, para obtener la fuerza de asociación (OR) y el comando de regresión con el cual se realizó regresión logística binaria para obtener el ajuste de las variables asociadas. Además se utilizó la base de datos de Excel para la elaboración de gráficas de frecuencias.

X.13.2 Análisis de datos.

Variables con escala nominal: (Si, no).

Variables con escala categórica (Género, estado civil, nivel de estudios, ocupación, edad).

Variables con escala ordinal: (Escolaridad, escala tipo Likert).

Se describieron frecuencias absolutas, porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables independientes (variables sociodemográficas, de carencia social y factores psicosociales), así como para las variables dependientes (peso normal, sobrepeso y obesidad).

Se realizó un cruce de variables entre las variables dependientes y las variables independientes, para obtener fuerza de asociación (OR e IC), mediante tablas de contingencia.

Mediante una regresión logística binaria se obtuvieron valores de OR ajustados entre variables asociadas para eliminar el sesgo de confusión.

X.14 TRANSFORMACIÓN DE DATOS.

Para poder transformar los datos se recodificó primero en las mismas variables para dicotomizar las respuestas que había obtenido en cada pregunta a 1 y 0, después se calcularon las variables agrupándolas por categorías de determinantes psicosociales, carencias sociales y variables sociodemográficas. Después se recodificó en distintas variables para crear una nueva variable por cada una de las categorías agrupadas de la encuesta, en la cual se dicotomizó a criterio el resultado obtenido al calcular la variables agrupadas de los determinantes.

X.15 ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto se apegará a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el de respeto a la

dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegurará la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no habrá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se anexa carta de consentimiento informado. (Anexo D).



XI. RESULTADOS

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

	PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
	n (%)	n (%)	n (%)
GÉNERO			
FEMENINO	65 (23.3)	95 (34.1)	119 (42.7)
MASCULINO	21 (22.6)	47 (50.5)	25 (26.9)
ESCOLARIDAD			
ANALFABETA	2 (12.5)	6 (37.5)	8 (50)
ALFABETA SIN ESCOLARIDAD	3 (15)	11 (55)	6 (30)
PRIMARIA	13 (14)	35 (37.6)	45 (48.4)
SECUNDARIA	29 (23.8)	46 (37.7)	47 (38.5)
TÉCNICO PROFESIONAL	7 (23.3)	10 (33.3)	13 (43.3)
PREPARATORIA	18 (30.5)	27 (45.8)	14 (23.7)
PROFESIONAL	14 (45.2)	7 (22.6)	10 (32.3)
ESTADO CIVIL			
CASADO	49 (20.2)	98 (40.3)	96 (39.5)
UNION LIBRE	4 (20)	9 (45)	7 (35)
SOLTERO	23 (34.4)	19 (29.2)	23 (35.4)
DIVORCIADO	7 (30.4)	9 (39.1)	7 (30.4)
VIUDO	3 (14.3)	7 (33.3)	11 (52.4)
OCUPACIÓN			
TRABAJA	51 (27.9)	67 (36.6)	65 (35.5)
HOGAR	29 (17.5)	67 (40.4)	70 (42.2)
ESTUDIA	2 (50)	0	2 (50)
PENSIONADO/JUBILADO	4 (21.1)	8 (42.1)	7 (36.8)
TURNO			
MATUTINO	50 (22.9)	79 (36.2)	89 (40.8)
VESPERTINO	36(23.4)	63 (40.9)	55 (35.7)
		DS 43.39 ± 12.89	
EDAD*			

De acuerdo con la Tabla 1, el grupo con sobrepeso prevalece en la mayoría de los usuarios del género masculino, con un 50%. En escolaridad el 45.2% de los usuarios con peso normal tiene nivel profesional, para los usuarios con sobrepeso el mayor porcentaje se concentra en una escolaridad preparatoria del 45.8% y para obesidad el mayor porcentaje está en escolaridad primaria con un porcentaje de 48.4%.

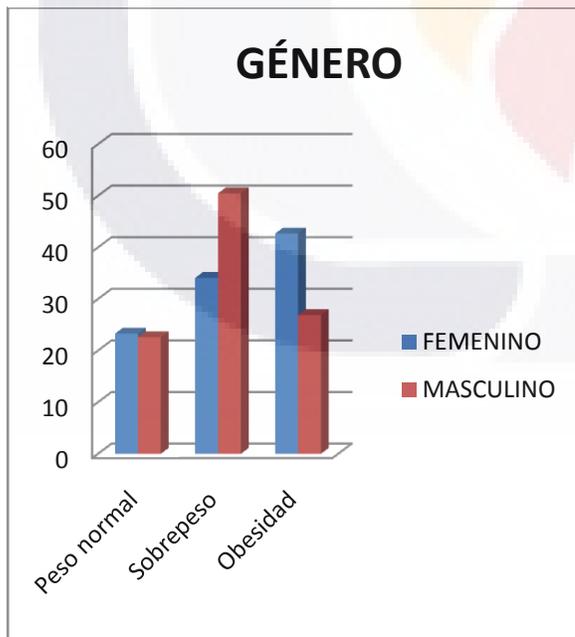
En cuanto el estado civil, la mayor concentración de usuarios con peso normal es soltero con un 34.4%, para los usuarios con sobrepeso el 40.3% están casados y los pacientes con obesidad son viudos con 52.4%.

Los usuarios con peso normal y obesidad con mayor porcentaje tienen por ocupación estudiantes y los usuarios con sobrepeso pensionado/jubilado.

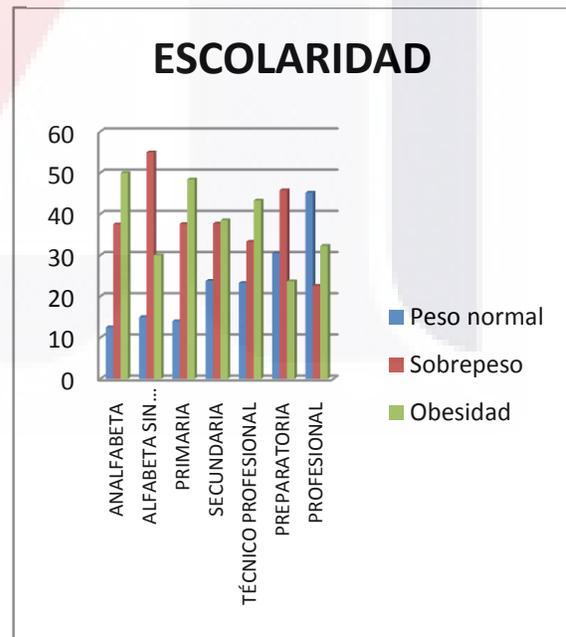
Los usuarios con peso normal y sobrepeso tuvieron mayor porcentaje en el turno vespertino a diferencia los usuarios con obesidad que tienen un mayor porcentaje el turno matutino.

La edad media de los tres grupos es de 43.39 años.

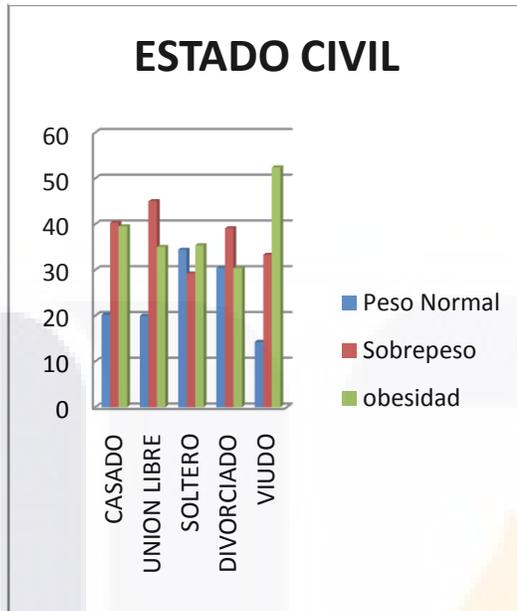
Gráfica 9. Género



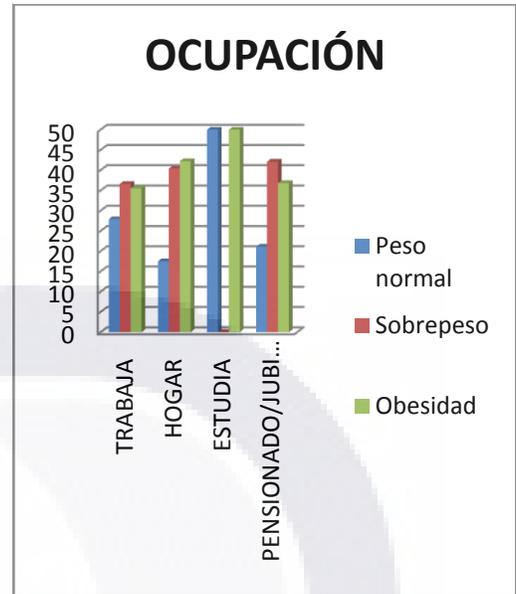
Gráfica 8. Escolaridad



Gráfica 10. Estado civil



Gráfica 12. Ocupación



Gráfica 11. Turno

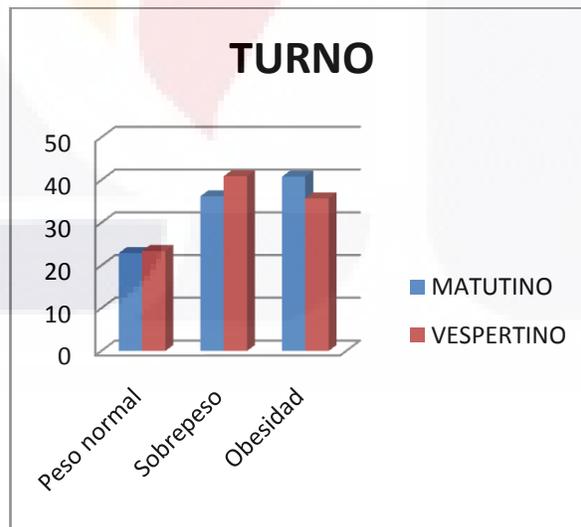


Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD

	PESO NORMAL n (%)	ORc	SOBREPESO n (%)	ORc	OBESIDAD n (%)	ORc
GÉNERO						
FEMENINO	65 (75.6)		95 (66.9)	0.65 (0.35-1.19)	119 (82.6)	1.53 (0.79-2.95)
MASCULINO	21 (24.4)	1	47 (33.1)		25 (17.4)	
ESCOLARIDAD						
ANALFABETA - SECUNDARIA	2 (2.3)	1	6 (4.2)		8 (5.6)	
	3 (3.5)		11 (7.7)		6 (4.2)	
	13 (15.1)		35 (24.6)		45 (31.5)	
	29 (33.7)		46 (32.4)		47 (32.9)	
TÉCNICO	7 (8.1)		10 (7)	1.84 (1.06-3.21)	13 (9.1)	
PROFESIONAL	18 (20.9)		27 (19)		14 (9.8)	2.37 (1.39-4.18)
PREPARATORIA - PROFESIONAL	14 (16.3)		7 (4.9)		10 (7)	
ESTADO CIVIL						
CON PAREJA (CASADO Y EN UNIÓN LIBRE)	49 (57)	1	98 (69)		96 (66.7)	
	4 (4.7)		9 (6.3)		7 (4.9)	
SIN PAREJA (SOLTERO, DIVORCIADO Y VIUDO)	23 (26.7)		19 (13.4)	0.52(0.29-0.93)	23 (16)	0.63 (0.36-1.12)
	7 (8.1)		9 (6.3)		7 (4.9)	
	3 (3.5)		7 (4.9)		11 (7.6)	
OCUPACIÓN						
TRABAJA / HOGAR	51 (59.3)	1	67 (47.2)		65 (45.1)	
	29 (33.7)		67 (47.2)		70 (48.6)	
ESTUDIA/ PENSIONADO	2 (2.3)		0	0.79 (0.26-2.37)	0	0.88 (0.30-2.58)
	4 (4.7)		8 (5.6)		9 (6.3)	
TURNOS						
MATUTINO	50(58.1)	1	79(55.6)		89(61.8)	
VESPERTINO	36 (41.9)		63(44.4)	1.10 (0.64-1.90)	55(38.2)	0.85 (0.49-1.47)
EDAD*		DS 43.39 ± 12.89		5.07(0.62-41.29)		1.19(0.10-13-40)

*Edad grupo de referencia de 20 a 40 años.

De acuerdo con la Tabla 2 los factores asociados al sobrepeso y obesidad fueron escolaridad y estado civil. Sobrepeso presento un OR crudo de 1.84 lo que indica que los usuarios con escolaridad superior tienen 1.84 veces mayor probabilidad de padecer sobrepeso en relación a las personas con peso normal y escolaridad básica. De igual manera para los pacientes con escolaridad básica tienen 2.37 veces mayor probabilidad de padecer obesidad.

Tabla 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CARENCIA SOCIAL

	PESO NORMAL n (%)	SOBREPESO n (%)	OBESIDAD n (%)
REZAGO EDUCATIVO			
CON REZAGO	69 (27.9)	90 (36.4)	88 (35.6)
SIN REZAGO	17(13.6)	52 (41.6)	56 (44.8)
CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD			
CON CARENCIA	1 (50)	1 (50)	0
SIN CARENCIA	85 (23)	141 (38.1)	144 (38.9)
CARENCIA POR ACCESO A SEGURIDAD SOCIAL			
CON CARENCIA	8 (19.5)	15 (36.6)	18 (43.9)
SIN CARENCIA	78 (23.6)	127 (38.4)	126 (38.1)
CARENCIA CALIDAD DE VIVIENDA			
CON CARENCIA	25 (27.8)	33 (36.7)	32 (35.6)
SIN CARENCIA	61 (21.6)	109 (38.7)	112 (39.7)
CARENCIA POR ACCESO SERVICIOS BASICOS DE VIVIENDA			
CON CARENCIA	28 (23.1)	52 (43)	41 (33.9)
SIN CARENCIA	58 (23.1)	90 (35.9)	103 (41)
CARENCIA POR ALIMENTACION			
CON CARENCIA	6 (23.1)	10 (38.5)	10 (38.5)
SIN CARENCIA	80 (23.1)	132 (38.2)	134 (38.7)
CARENCIA DE ESPACIO EN VIVIENDA			
CON CARENCIA	78 (21.8)	136 (38.1)	143 (40.1)
SIN CARENCIA	8 (53.3)	6 (40)	1 (6.7)

Como se puede observar en la tabla 3 el 44% de los usuarios con obesidad, no tienen rezago educativo, el 50% de los usuarios con peso normal y sobrepeso no tienen carencia por acceso a los servicios de salud, el 43.9% de los usuarios con obesidad tienen algún tipo de carencia por acceso a la seguridad social, el 39.7% de los usuarios con obesidad no tiene carencia por calidad a la vivienda, el 43% de los usuarios con sobrepeso tienen carencia por acceso a los servicios básicos, el 38.7% de los usuarios con obesidad no tienen carencia por alimentación el 53.3% de los usuarios con peso normal no tienen carencia por espacio en la vivienda.

Tabla 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CARENCIA SOCIAL ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD

	PESO NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD	
	n (%)	ORc (IC 95%)	n (%)	ORc (IC 95%)	n (%)	ORc (IC 95%)
REZAGO EDUCATIVO						
CON REZAGO	17 (19.8)		52 (36.6)	0.42 (0.22-0.80)	56 (38.9)	0.41 (0.22-0.78)
SIN REZAGO	69 (80.2)	1	90 (63.4)		88 (61.1)	
CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD						
CON CARENCIA	1(1.2)		1(0.7)	0.60 (0.03-9.76)	0	---
SIN CARENCIA	85(98.8)	1	141 (99.3)		144 (100)	
CARENCIA POR ACCESO A SEGURIDAD SOCIAL						
CON CARENCIA	8 (9.3)		15 (10.6)	1.51 (0.46-2.84)	18 (12.5)	1.39 (0.57-3.35)
SIN CARENCIA	78 (90.7)	1	127 (89.4)		126 (87.5)	
CARENCIA POR CALIDAD DE VIVIENDA						
CON CARENCIA	25 (29.1)		33 (23.2)	0.73 (0.40-1.35)	32 (22.2)	0.69 (0.37-1.28)
SIN CARENCIA	61 (70.9)	1	109 (76.8)		112 (77.8)	
CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS BASICOS DE VIVIENDA						
CON CARENCIA	28 (32.6)		52 (36.6)	1.19 (0.67-2.10)	41 (28.5)	0.82 (0.46-1.47)
SIN CARENCIA	58 (67.4)	1	90 (63.4)		103 (71.5)	
CARENCIA POR ALIMENTACION						
CON CARENCIA	6 (7)		10 (7)	1.01 (0.35- 2.88)	10 (6.9)	0.99 (0.34-2.84)
SIN CARENCIA	80 (93)	1	132 (93)		134 (93.1)	
CARENCIA POR ESPACIO EN LA VIVIENDA						
CON CARENCIA	8 (9.3)		6 (4.2)	0.43 (0.14-1.28)	1 (0.7)	0.06 (0.008-0.55)
SIN CARENCIA	78 (90.7)	1	136 (95.8)		143 (99.3)	

Existe asociación entre los usuarios con carencia de espacio y obesidad con un OR crudo de 0.06, lo que indica que los usuarios con carencia de espacio tienen 94% menos probabilidad de padecer obesidad en relación a los usuarios con peso normal y sin carencia de espacio en la vivienda.

El OR crudo presenta asociación protectora en rezago educativo y sobrepeso con un 0.42 y en obesidad con un 0.41, esto traduce que los usuarios que tienen rezago educativo, tienen 58% menos probabilidad de padecer sobrepeso y el 59% tiene menos probabilidad de padecer obesidad en relación a los usuarios con peso normal y sin rezago educativo.

Tabla 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

	PESO NORMAL n (%)	SOBREPESO n (%)	OBESIDAD n (%)
SUSCEPTIBILIDAD			
CON SUSCEPTIBILIDAD	53 (31)	77 (45)	41 (24)
SIN SUSCEPTIBILIDAD	33(16.4)	65 (32.3)	103 (51.2)
BENEFICIOS			
CON BENEFICIOS PERCIBIDOS	79 (23.6)	132 (39.4)	124 (37)
SIN BENEFICIOS PERCIBIDOS	7 (18.9)	10 (27)	20 (54.1)
BARRERAS			
CON BARRERAS PERCIBIDAS	47 (22.1)	88 (41.3)	78 (36.6)
SIN BARRERAS PERCIBIDAS	39 (24.5)	54 (34)	66 (41.5)
APOYO EMOCIONAL			
CON APOYO EMOCIONAL	67 (22.7)	115 (39)	113 (38.3)
SIN APOYO EMOCIONAL	19 (24.7)	27 (35.1)	31 (40.3)
APOYO TANGIBLE			
CON APOYO TANGIBLE	69 (24)	108 (37.6)	110 (38.3)
SIN APOYO TANGIBLE	17 (20)	34 (40)	34 (40)
APOYO AFECTIVO			
CON APOYO AFECTIVO	76 (23.7)	122 (38)	123 (38.3)
SIN APOYO AFECTIVO	10 (19.2)	20 (39.2)	21 (41.2)
INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA			
CON INTERACCIÓN SOCIAL	66 (23.1)	107 (37.4)	113 (39.5)
SIN INTERACCIÓN SOCIAL	20 (23.3)	35 (40.7)	31 (36)
AUTOEFICACIA			
CON AUTOEFICACIA	67 (24.3)	117 (42.4)	92 (33.3)
SIN AUTOEFICACIA	19 (19.8)	25 (26)	52 (54.2)
NORMAS SUBJETIVAS			
CON NORMAS	18 (17.1)	39 (37.1)	48 (45.7)
SIN NORMAS	68 (25.5)	103 (38.6)	96 (36)
GRAVEDAD PERCIBIDA			
CON GRAVEDAD PERCIBIDA	14 (20.9)	24 (35.8)	29 (43.3)
SIN GRAVEDAD PERCIBIDA	72 (23.6)	118 (38.7)	115 (37.7)
MOTIVACIÓN PARA LA SALUD			
CON MOTIVACIÓN PARA LA SALUD	37 (21.3)	74 (42.5)	63 (36.2)
SIN MOTIVACIÓN PARA LA SALUD	49 (24.7)	68 (34.3)	81 (40.9)
INTEGRACIÓN SOCIAL			
CON INTEGRACIÓN SOCIAL	42 (23.9)	69 (39.2)	65 (36.9)
SIN INTEGRACIÓN SOCIAL	44 (22.4)	73 (37.2)	79 (40.3)
ACEPTACIÓN SOCIAL			
CON ACEPTACIÓN SOCIAL	8 (18.2)	16 (36.4)	20 (45.5)
SIN ACEPTACIÓN SOCIAL	78 (23.8)	126 (38.4)	124 (37.8)
CONTRIBUCIÓN SOCIAL			
CON CONTRIBUCIÓN	48 (23.5)	84 (41.2)	72 (35.3)
SIN CONTRIBUCIÓN	38 (22.6)	58 (34.5)	72 (42.9)

ACTUALIZACIÓN SOCIAL			
CON ACTUALIZACIÓN	23 (18.9)	47 (38.5)	52 (42.6)
SIN ACTUALIZACIÓN	63 (25.2)	95 (38)	92 (36.8)
CARENCIA SOCIAL			
CON CARENCIA SOCIAL	19 (18.6)	43 (42.2)	40 (39.2)
SIN CARENCIA SOCIAL	67 (24.8)	99 (36.7)	104 (38.5)

En la tabla 5, podemos observar que el 51.2% de los usuarios no tiene susceptibilidad percibida, el 54.1% de los usuarios no tiene percibe los beneficios de tener mantener un peso normal, el 41.5% de los usuarios con obesidad tiene no tiene barreras percibidas, el 40.3% de los usuarios con obesidad no tiene apoyo emocional, el 40% de los usuarios con sobrepeso no tienen apoyo tangible al igual que los usuarios con obesidad, el 41.2% de los usuarios con obesidad no tienen apoyo afectivo, el 40.7% de los usuarios con sobrepeso no tienen interacción positiva, el 54.2% de los usuarios no tienen autoeficacia, 45.7% de los usuarios con obesidad tienen normas subjetivas, el 43.3% de los usuarios con obesidad tienen gravedad percibida, 42.5% de los usuarios con sobrepeso tienen motivación para la salud, el 40.3% de los usuarios con obesidad no tienen integración social, el 45.5% de los usuario con obesidad tienen aceptación social, el 42.9% de los usuarios con obesidad tienen contribución social, el 42.6% de los usuarios con obesidad tienen actualización social, el 39.2% de los usuarios con obesidad tienen carencia social.

Tabla 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD

	PESO NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD	
	n (%)	OR (IC 95%)	n (%)	ORc (IC 95%)	n (%)	ORc (IC 95%)
SUSCEPTIBILIDAD						
CON SUSCEPTIBILIDAD	53 (61.3)		77 (54.2)	0.73 (0.42-1.27)	41 (28.5)	0.24(0.14-0.43)
SIN SUSCEPTIBILIDAD	33 (38.4)	1	65 (45.8)		103 (71.5)	
BENEFICIOS						
CON BENEFICIOS PERCIBIDOS	79 (91.9)		132 (93)	1.69 (0.42-3.19)	124 (86.1)	0.54 (0.22-1.35)
SIN BENEFICIOS PERCIBIDOS	7 (8.1)	1	10 (7)		20 (13.9)	
BARRERAS						
CON BARRERAS PERCIBIDAS	47 (54.7)		88 (62)	2.47 (1.39-4.40)	78 (54.2)	1.03 (0.54-1.97)
SIN BARRERAS PERCIBIDAS	39 (45.3)	1	54 (38)		66 (45.8)	
APOYO EMOCIONAL						
CON APOYO EMOCIONAL	67 (77.9)		115 (81)	1.20 (0.62-2.33)	113 (78.5)	1.03 (0.54- 1.97)
SIN APOYO EMOCIONAL	19 (22.1)	1	27 (19)		31 (21.5)	
APOYO TANGIBLE						
CON APOYO TANGIBLE	69 (80.2)		108 (76.1)	0.78 (0.40-1.50)	110 (76.4)	0.79 (0.41-1.53)
SIN APOYO TANGIBLE	17 (19.8)	1	34 (23.9)		34 (23.6)	
APOYO AFECTIVO						
CON APOYO AFECTIVO	76 (88.4)		122 (85.9)	0.80 (0.35-1.80)	123 (85.4)	0.77 (0.34-1.72)
SIN APOYO AFECTIVO	10 (11.6)	1	20 (14.1)		21 (14.69)	
INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA						
CON INTERACCIÓN SOCIAL	66 (76.7)		107 (75.4)	0.92 (0.49-1.73)	113 (78.5)	1.10 (0.58-2.09)
SIN INTERACCIÓN SOCIAL	20 (23.3)	1	35 (24.6)		31 (21.5)	
AUTOEFICACIA						
CON AUTOEFICACIA	67 (77.9)		117 (82.4)	1.32 (0.68-2.58)	92 (63.9)	0.50 (0.27-0.92)
SIN AUTOEFICACIA	19 (22.1)	1	25 (17.6)		52 (36.1)	
NORMAS SUBJETIVAS						
CON NORMAS	18 (20.9)		39 (27.5)	1.43 (0.75-2.70)	48 (33.3)	1.88 (1.01- 3.52)
SIN NORMAS	68 (79.1)	1	103 (72.5)		96 (66.7)	
GRAVEDAD PERCIBIDA						
CON GRAVEDAD PERCIBIDA	14 (16.3)		24 (16.9)	1.04 (0.50-2.15)	29 (20.1)	1.29 (0.64-2.61)
SIN GRAVEDAD PERCIBIDA	72 (83.7)	1	118 (83.1)		115 (79.9)	
MOTIVACIÓN PARA LA SALUD						
CON MOTIVACIÓN PARA LA SALUD	37 (43)		74 (52.1)	1.44 (0.84-2.47)	63 (43.8)	1.03 (0.60-1.76)
SIN MOTIVACIÓN PARA LA SALUD	49 (57)	1	68 (47.9)		81 (56.3)	
INTEGRACIÓN SOCIAL						
CON INTEGRACIÓN SOCIAL	42 (48.8)		69 (48.6)	0.99 (0.57-1.69)	65 (45.1)	0.86 (0.50 -1.47)
SIN INTEGRACIÓN SOCIAL	44 (51.2)	1	73 (51.4)		79 (54.9)	
ACEPTACIÓN SOCIAL						
CON ACEPTACIÓN SOCIAL	8 (9.3)		16 (11.3)	1.23 (0.50-3.02)	20 (13.9)	1.51(0.63-3.59)
SIN ACEPTACIÓN SOCIAL	78 (90.7)	1	126 (88.7)		124 (86.1)	
CONTRIBUCIÓN SOCIAL						
CON CONTRIBUCIÓN	48 (55.8)		84 (59.2)	1.14 (0.66-1.97)	72 (50)	1 (0.57-1.74)
SIN CONTRIBUCIÓN	38 (44.2)	1	58 (44.2)		72 (50)	
ACTUALIZACIÓN SOCIAL						
CON ACTUALIZACIÓN	23 (26.7)		47 (33.1)	1.35 (0.74-2.44)	52 (36.1)	1.54 (0.86-2.78)
SIN ACTUALIZACIÓN	63 (73.3)	1	95 (66.9)		92 (63.9)	
CARENCIA SOCIAL						
CON CARENCIA SOCIAL	19 (22.1)		43 (30.3)	1.53 (0.82-2.85)	40 (27.8)	1.35 (0.72-2.53)
SIN CARENCIA SOCIAL	67 (77.9)	1	99 (69.7)		104 (72.2)	

De acuerdo con la tabla anterior podemos observar que el 71% de las personas con obesidad no tienen susceptibilidad percibida, la mayoría de las personas con peso normal, sobrepeso y obesidad tienen beneficios percibidos. En cuanto a barreras percibidas, aproximadamente el 45% de las personas con peso normal y obesidad perciben las barreras. En apoyo social aproximadamente el 20% en personas con peso normal, sobrepeso y obesidad no tienen apoyo emoción, al igual que apoyo tangible e interacción social; en cambio aproximadamente el 10% de las personas no tienen apoyo afectivo.

El 36.1% de las personas con obesidad no tienen autoeficacia, aproximadamente el 70% de las personas no tienen presiones sociales. Aproximadamente el 80% de las personas con peso normal, sobrepeso y obesidad no perciben la gravedad del sobrepeso y obesidad. Aproximadamente el 50% de la población en estudio no cuentan con la motivación para cuidar su salud y el 90% perciben que no pertenecen a su comunidad. El 50% de las personas con obesidad no contribuyen socialmente. Aproximadamente el 60% de la población no cree en la actualización social y el 70% no tiene la capacidad de comprender las dinámicas de la sociedad que les posibilitaría actualizarse.

Las personas que tienen barreras percibidas tienen 2.47 veces mayor probabilidad de tener sobrepeso en comparación con las personas que no tienen barreras percibidas. Las personas con susceptibilidad percibida tienen 76% menor probabilidad de tener obesidad, en comparación con las personas que no tienen susceptibilidad percibida. Las personas con autoeficacia tienen el 50% de probabilidad de padecer obesidad en relación a las personas que no tienen autoeficacia. Las personas que perciben las normas subjetivas positivamente tienen 1.88 veces mayor probabilidad de tener obesidad que las personas que perciben las normas subjetivas negativamente.

Tabla 9. FACTORES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD

	SOBREPESO	OBESIDAD
	ORa	ORa
ESCOLARIDAD: MEDIA SUPERIOR	0.24 (0.0043-0.49)	0.36(0.13-0.62)
REZAGO EDUCATIVO	0.36 (0.09-0.64)	0.41 (0.11-0.72)
SUSCEPTIBILIDAD	---	0.62 (0.35-0.89)
NORMAS SUBJETIVAS	---	1.06 (1.01-2.12)

Sig. <0.05

Con los determinantes en los que se identificó una asociación al valorar los ORs crudos, se construyó el modelo utilizado en la regresión logística binomial (escolaridad, rezago educativo, estado civil, espacio en la vivienda, susceptibilidad percibida, barreras percibidas, autoeficacia y normas subjetivas). Controlando por el efecto confusor en el modelo inicial, en el modelo final se identificó a: los pacientes con escolaridad superior tienen 76% menos probabilidad de padecer sobrepeso en relación a los pacientes con peso normal y escolaridad básica, de igual manera los pacientes con escolaridad superior tienen 64% menos probabilidad de padecer obesidad.

Los pacientes con rezago educativo tienen 64% menos probabilidad de padecer sobrepeso en relación a los pacientes que no tienen rezago educativo. De igual manera los pacientes con rezago educativo tienen 59% menos probabilidad de padecer obesidad en relación a otros pacientes sin rezago.

Los pacientes con susceptibilidad percibida tienen 38% menos probabilidad de padecer obesidad en relación a los pacientes sin susceptibilidad percibida.

Los pacientes que perciben las normas subjetivas positivamente, tienen 6% mayor probabilidad de padecer obesidad, en relación a pacientes que no perciben las normas subjetivamente.

XII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo al ENSANUT 2012, México tiene una prevalencia de sobrepeso del 39.05% y 32.15% de obesidad.⁴¹

La prevalencia observada en el estudio, fue muy similar al reportado a nivel nacional, con un sobrepeso de 38.2% y 38.7% en obesidad. Monteiro reporta una prevalencia menor en el noroeste de Brasil del 25.4% en sobrepeso y 8.8% en obesidad. En el sureste de Brasil reporta un 30.4% de sobrepeso y 10.5% de obesidad, diferencias marcadas entre una región y otra, ya que en el noroeste se encuentran los lugares económicamente menos desarrollados y en el sureste los económicamente más desarrollados.⁵³

Otros resultados que se reportan son el de Charrumathi y colaboradores en un estudio que realizan en una población China en Singapur, en donde engloban el sobrepeso y la obesidad, presentándose un 33.2%.³⁵ Resultado similar al resultado de nuestro estudio, pero que no especifica por separado la prevalencia de sobrepeso y de obesidad.

Ortiz Moncada reporta resultados muy similares a los encontrados también en nuestro estudio, con un 36.5% de sobrepeso y un 28.4% en obesidad, siendo discretamente más bajo.⁹ La diferencia que se encuentra en la prevalencia de obesidad, puede deberse a sesgos en la entrevista, ya que tanto el peso como la talla que se registraron, fueron autorreportados, ya que no se pesaron ni se midieron en ese momento.

Janice V. Bowie y colaboradores, reportan también resultados muy similares en mexicoamericanos, con una prevalencia de 36.78 en sobrepeso y 24.18 en obesidad. En centroamericanos un 39.39 en sobrepeso y 22.2% en obesidad, siendo discretamente menor en sobrepeso.⁴⁵

Ruiz Arregui y colaboradores encontraron un 43.32% de sobrepeso y 20.91% en obesidad.⁵⁴ Cifras que son diferentes a nuestro estudio, en donde prevalece el porcentaje de sobrepeso y en menor porcentaje se encuentra la obesidad. Esta

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

diferencia se presenta debido a que el grupo de edad es diferente, ya que se encuentra a población desde los 60, hasta los mayores de 80 años.⁵⁴

Por otro lado, el porcentaje reportado por Vanessa Backes es de 45.35%, frecuencia mayor a la obtenida en nuestro estudio, cuya diferencia se explica ya que sólo registró a los participantes que tenían un índice de masa corporal mayor a 25kg/m² sin categorizar a la obesidad.⁶⁵

En los determinantes psicosociales se observó una prevalencia de autoeficacia con sobrepeso del 45% y 24% con obesidad, Wayne y colaboradores encontraron una prevalencia menor, reportando un autoeficacia en personas con sobrepeso en un 41.1%, en este estudio no se contempla obesidad.⁷³

El resultado de apoyo social, en la dimensión de apoyo emocional y sobrepeso se obtuvo una prevalencia de 39%, apoyo emocional y obesidad 38.3%, en la dimensión de apoyo tangible y sobrepeso un 37.6%, apoyo tangible y obesidad un 38.3%, apoyo afectivo y sobrepeso de 38%, apoyo afectivo y obesidad de 38.3%, finalmente la dimensión de interacción social positiva y sobrepeso de 37.4%, interacción social positiva y obesidad de 39.5%. Vanessa Backes sólo reporta el factor de apoyo social en general y sólo en entrevistados con sobrepeso, el cual a su vez lo divide en alto/moderado en un 47% y bajo en un 53.8%.⁶⁵

La prevalencia de barreras percibidas en sobrepeso fue de 41.3% y de obesidad de 36.6%. A. Napolitano y colaboradores reportan una prevalencia de barreras y sobrepeso del 37.5%, y barreras y obesidad del 37.9%, porcentajes muy similares a los resultados obtenidos en nuestro estudio.⁷⁴

En cuanto a susceptibilidad percibida en sobrepeso, se encontró una prevalencia de 45% y de obesidad de 24%. Hanju Lee y colaboradores, encontraron una prevalencia de susceptibilidad del 6.1%, un porcentaje evidentemente muy por debajo del observado en el estudio.⁷⁶

Referente a las normas subjetivas, se encontró una prevalencia en sobrepeso del 37.1% y obesidad del 45.7%. Ramos y colaboradores, en un estudio que llevaron a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cabo, encontraron un 60.28%., en donde podemos observar que el porcentaje es discretamente más alto que en lo observado en el estudio.⁷⁵

En los resultados, se observó que una escolaridad media superior se asoció de forma negativa al sobrepeso y a la obesidad, esto quiere decir que los usuarios que cuentan con una escolaridad media superior, tienen menos probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad.

Ortiz Moncada y colaboradores, encontraron una asociación positiva en entrevistados sin estudios, con estudios de primaria, de secundaria, el sobrepeso y la obesidad, en dicho estudio se hizo un análisis multivariado de los determinantes sociales en España.⁹

Charrumathi y colaboradores encontraron que una escolaridad de primaria o menor, se asoció al sobrepeso y obesidad, manifestando un OR de 2.5 (1.5 – 4.0), resultado diferente al nuestro, en donde encuentro un sesgo por mala clasificación, ya que sólo estratifican a la escolaridad en primaria o menos y secundaria o más.³⁵

Vanessa Backes y colaboradores, encontraron una asociación positiva entre una escolaridad baja y sobrepeso, con un OR de 1.32 (1.05 – 1.66), pero también se detecta una mala clasificación en la escolaridad, ya que se considera alta, media y baja sin especificar los años para cada categoría.⁶⁵

Los resultados son similares a los identificados en el estudio, ya que baja escolaridad tiene asociación positiva con sobrepeso y obesidad, pero una escolaridad superior tiene una asociación negativa con sobrepeso y obesidad.

Ruiz Arregui y colaboradores encontraron una asociación negativa en una escolaridad menor a la primaria y el sobrepeso, con un OR de 0.81 (0.57 – 0.97), en donde se detecta una mala clasificación de la escolaridad, ya que solo considera a la población con menos de seis años de escolaridad, además de que se detectó, que tanto el peso como la talla fueron auto reportados por los entrevistados.⁵⁴

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Darren y colaboradores no encontraron una asociación positiva entre una escolaridad de secundaria y sobrepeso, ya que reportan un OR de 1.54 (0.53 – 4.44), tampoco encontraron una asociación entre un nivel educativo universitario y sobrepeso, reportando un OR de 0.85 (0.24 – 2.99), también se encuentra una mala clasificación de escolaridad, ya que sólo se consideran dos categorías y no se especifica el número de años.⁵⁹

Otra asociación negativa que se encontró fue rezago educativo, con sobrepeso y obesidad, lo que quiere decir que los usuarios que se encuentran sin rezago educativo tienen menor probabilidad de tener sobrepeso y obesidad.

En el resultado de susceptibilidad percibida, se encontró una asociación negativa con obesidad, lo cual quiere decir que los usuarios que tuvieron una percepción del riesgo al que estaban expuestos, tienen menor probabilidad de padecer obesidad. Esta es una dimensión importante, ya que valora como los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a padecer sobrepeso u obesidad, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer sobrepeso u obesidad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer sobrepeso u obesidad. Esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de tener sobrepeso u obesidad. Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto al sobrepeso u obesidad, que además se percibe como grave, se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí mismas conducta de salud, no definen por sí solas el curso particular que dicha conducta puede tomar.⁶⁶ No se identificaron investigaciones que valoraran la asociación entre susceptibilidad, sobrepeso y obesidad.

Y por último, en el resultado de normas subjetivas se observó una asociación positiva con obesidad, lo que quiere decir que los usuarios que toman en cuenta las creencias de lo que otras personas en el grupo social piensan acerca de un comportamiento, tienen mayor probabilidad de padecer obesidad. Esto se refiere a la presión social percibida para realizar o no el comportamiento. Esto refleja la influencia del entorno inmediato al sujeto sobre la conducta, esto tiene gran importancia, ya que el sujeto

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

crea que los “otros importantes” para él creen o esperan que debe (o no debe) hacer en relación a una conducta. El componente normativo, es una función de dos aspectos, por un lado las creencias que las personas tienen acerca de cuál es la opinión de “otras personas o grupos de referencia importantes” para él con respecto a si deben realizar o no la conducta en cuestión y por otro, la motivación del sujeto a secundar las expectativas o presiones de las otras personas de referencia.⁶⁹ No se identificaron investigaciones que valoraran la asociación entre normas subjetivas, sobrepeso y obesidad.

XII.1 LIMITACIONES.

Una limitación fue la selección de los entrevistados, ya que sólo se encuestaron a usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, sin tomar en consideración a personas no derechohabientes.

Otra limitación de selección que encontramos en el estudio, fue que sólo se entrevistaron a los usuarios que demandaron una cita a la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

XIII. CONCLUSIONES

Se caracterizó el índice de masa corporal y se clasificó en peso normal, sobrepeso y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Se identificó la fuerza de asociación de los determinantes sociales (sociodemográficos, socioeconómicos) al sobrepeso, en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Se identificó la fuerza de asociación de los determinantes sociales (sociodemográficos, socioeconómicos, condiciones de vida y psicosociales) a la obesidad, en adultos de 20 a 64 años de edad de la MF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Se identificaron los determinantes sociodemográficos asociados al sobrepeso: escolaridad media superior con un ORa 0.24 (0.0043 – 0.49), en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Se identificaron los determinantes socioeconómicos asociados al sobrepeso: rezago educativo con un ORa 0.36 (0.09 – 0.64), en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Se identificaron los determinantes sociodemográficos asociados a la obesidad: escolaridad media superior con un ORa de 0.36 (0.13 – 0.62), en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Se identificaron los determinantes socioeconómicos asociados a la obesidad: rezago educativo con un ORa de 0.41 (0.11 – 0.72), en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Se identificaron los determinantes psicosociales asociados a la obesidad: susceptibilidad con un ORa de 0.62 (0.35 – 0.89) y normas subjetivas con un ORa de 1.06 (1.01 – 2.12), en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

No se identificó asociación entre la disponibilidad de alimentos, el sobrepeso y la obesidad, en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Se rechaza la siguiente Ho: Los determinantes sociodemográficos (escolaridad) no están asociados al sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, ya que una escolaridad media superior aumenta 1.77 veces más la probabilidad de presentar sobrepeso en relación a los adultos que no tienen una escolaridad media superior.

Se rechaza la siguiente Ho: Los determinantes sociodemográficos (escolaridad) no están asociados a la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, ya que una escolaridad media superior aumenta 2.34 veces más la probabilidad de presentar obesidad en relación a los adultos que no tienen una escolaridad media superior.

Se rechaza la siguiente Ho: Los determinantes socioeconómicos (rezago educativo) no están asociadas al sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, ya que el rezago educativo tiene 2.34 veces más probabilidad de presentar sobrepeso, en relación a los adultos que no tienen rezago educativo.

Se rechaza la siguiente Ho: Los determinantes socioeconómicos (rezago educativo) no están asociadas a la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, ya que el rezago educativo tiene 2.61 veces más probabilidad de presentar obesidad, en relación a los adultos que no tienen rezago educativo.

Se rechaza la siguiente Ho: Los determinantes psicosociales (susceptibilidad) no están asociados a la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, ya que el tener una susceptibilidad percibida, tiene 4.24 veces más la probabilidad de presentar obesidad, en relación a los adultos que no tienen una susceptibilidad percibida.

Se rechaza la siguiente Ho: Los determinantes psicosociales (normas subjetivas) no están asociados a la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, ya que el tener el determinante de normas subjetivas tiene 0.39 veces menos la probabilidad de presentar obesidad, en relación a los adultos que no tienen el determinante de normas subjetivas.

La prevalencia de sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 del IMSS Delegación Aguascalientes fue de 38.2% y de obesidad de 38.7%.

La prevalencia de una escolaridad media superior en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes fue de 32.4%.

La prevalencia del estado civil en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes en solteros fue de 17.5%, divorciado 6.2% y viudo 5.6%.

La prevalencia de rezago educativo en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes fue de 66.4%.

La prevalencia de carencia por espacio en la vivienda en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes fue del 7%.

La prevalencia de susceptibilidad percibida en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes fue de 54%.

La prevalencia de normas subjetivas en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes fue del 71.8%.

Los adultos de 20 a 64 años de edad se caracterizaron de acuerdo al perfil sociodemográfico con una edad media de 43.39 años con DS 12.89, relación hombre-mujer de 2.5 a 7.5, con predominio del estado civil casado, grado de escolaridad preparatoria, por último, en cuanto a la ocupación, la mayoría trabaja.

Los adultos de 20 a 64 años de edad usuarios de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes con sobrepeso se caracterizaron de acuerdo al perfil sociodemográfico predominio del sexo femenino, con una escolaridad básica, con estado civil casado en su mayoría, en cuanto a su ocupación la mitad trabaja y la mitad se dedica al hogar,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

una minoría es jubilado. En cuanto a las condiciones de vida la mayoría se encuentra sin rezago educativo, sin carencia por acceso a los servicios de salud, sin carencia a la seguridad social, sin carencia por calidad en la vivienda, la mayoría se encuentra con carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda, sin carencia por acceso a la alimentación y la gran mayoría con carencia por espacio en la vivienda.

Con respecto a los factores psicosociales, en su gran mayoría presentó susceptibilidad percibida, beneficios percibidos, mostraron barreras percibidas, tuvieron apoyo emocional, además de apoyo tangible y apoyo afectivo. Presentaron una interacción social positiva, autoeficacia, no presentaron normas subjetivas, ni gravedad percibida, tuvieron motivación para la salud, no presentaron integración social, ni aceptación social. Tuvieron contribución social, no tuvieron actualización social y no mostraron carencia social.

Los adultos de 20 a 64 años de edad usuarios de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes con obesidad, se caracterizaron de acuerdo al perfil sociodemográfico con predominio del sexo femenino, escolaridad secundaria, estado civil casado, en su gran mayoría se dedica al hogar.

Las condiciones de vida que presentan son: rezago educativo, sin carencia por acceso a los servicios de salud, sin carencia por acceso a la seguridad social, sin carencia por calidad en la vivienda, sin carencia por acceso a los alimentos y casi en su totalidad con carencia por espacio en la vivienda.

El comportamiento de los factores psicosociales en usuarios con obesidad fue: sin susceptibilidad, con beneficios percibidos, con barreras, con apoyo emocional, con apoyo tangible, con apoyo afectivo, con interacción social positiva, autoeficacia, sin normas subjetivas, sin gravedad percibida, con motivación para la salud, con integración social, sin aceptación social, sin contribución social, sin actualización social y sin carencia social.

Los determinantes sociales que se asociaron en los adultos de 20 a 64 años de edad con sobrepeso u obesidad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes fueron escolaridad, rezago educativo, susceptibilidad y normas subjetivas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se evaluó la asociación de escolaridad con sobrepeso en los adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes obteniendo un ORa de 0.24 (0.0043 – 0.49).

Se evaluó la asociación de escolaridad con obesidad en los adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes obteniendo un ORa de 0.36 (0.13 – 0.62).

Se evaluó la asociación de rezago educativo con sobrepeso en los adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes obteniendo un ORa de 0.36 (0.09 – 0.64).

Se evaluó la asociación de rezago educativo con obesidad en los adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes obteniendo un ORa de 0.41 (0.11 – 0.72).

Se evaluó la asociación de susceptibilidad con obesidad en los adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes obteniendo un ORa de 0.62 (0.35 – 0.89).

Se evaluó la asociación de normas subjetivas con obesidad en los adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes obteniendo un ORa de 1.06 (1.01 – 2.12).

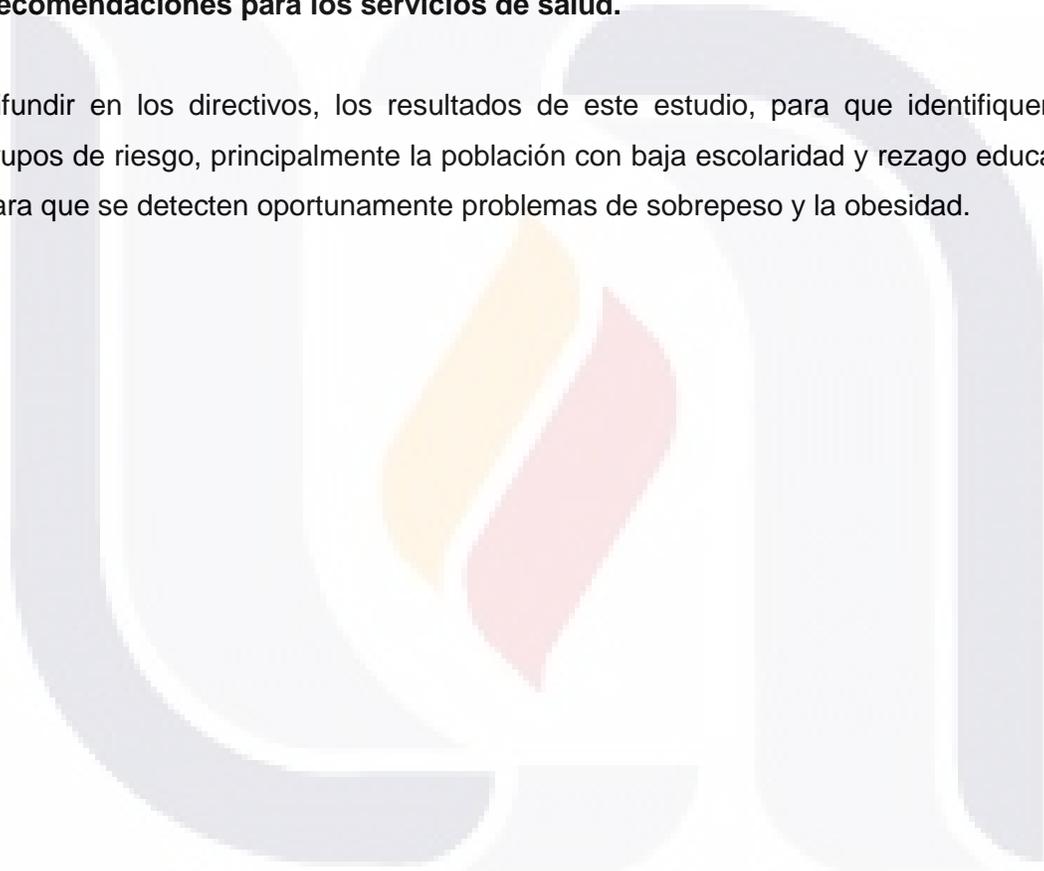
XIV. RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

Recomendaciones para futuras investigaciones.

Promover investigaciones que valoren estrategias para que el sobrepeso y la obesidad se perciban como un riesgo para la salud. Prevenir la influencia del entorno social o del grupo social en donde la obesidad culturalmente se acepta como sinónimo de salud.

Recomendaciones para los servicios de salud.

Difundir en los directivos, los resultados de este estudio, para que identifiquen los grupos de riesgo, principalmente la población con baja escolaridad y rezago educativo, para que se detecten oportunamente problemas de sobrepeso y la obesidad.



XV. BIBLIOGRAFÍA

1.- INEGI. [Revista electrónica] Publicado 2010 [consultado 20/10/ 2011]. Disponible en:

<http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/ags/poblacion/default.aspx?tema=me&e=01>

2.- INEGI. [Revista electrónica] Publicado 2010 [consultado 23/10/ 2011]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>.

3.- Estadísticas pacientes con obesidad. Departamento de informática. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes 2011.

4.- NOM. [Revista electrónica] Publicado 2010 [consultado 29/10/ 2011]. Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/obesidad/files/2012/02/norma-oficial-mexicana-nom-008-ssa3-2010-PARA-EL-TRATAMIENTO-INTEGRAL-DEL-SOBREPESO-Y-LA-OBESIDAD.pdf>

5.- Guía Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de sobrepeso y obesidad en el adulto. [Revista electrónica] Publicado 2012 [consultado 29/01/ 2012]. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_Obesidad_Adulto/IMSS_046_08_EyR.pdf

6.- IMSS. [Revista electrónica] Publicado 2011 [consultado 29/01/ 2012]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/046GRR.pdf>

7.- World Health Organization. [Revista electrónica] Publicado 2011 [consultado 11/11/ 2011]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

8.- Eduardo García-García, M. E., Manuel De la Llata-Romero, M Esp, Martha Kaufer-Horwitz, Dr en CS, María Teresa Tusié-Luna, D en Gen, Raúl and M. E. V. V.-V. Calzada-León, Psicol (2008). "La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión." salud pública de México 50(6): 18.

9.- Rocío Ortiz-Moncada, C. A.-D., Juan José Miralles-Bueno, María Teresa Ruiz-Cantero, María Ángeles dal Re-Saavedra (2011). "Determinantes sociales del sobrepeso y obesidad en España 2006." Med. Clin (Barc.) X: 7.

10. - Pullen Bianca (2009). "Social Determinants of Obesity in the Magnolia State" The Joint Center for Political and Economic Studies Health Policy Institute: 28.

11.- Miembros de la Comisión: Michael Marmot, F. B., Monique Bégin, Giovanni Berlinguer, Mirai Chatterjee, William H. Foege, Yan Guo, Kiyoshi Kurokawa, Ricardo Lagos Escobar, Alireza Marandi (2008). Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. O. M. d. I. Salud: 70.

12.- CONEVAL. [Revista electrónica] Publicado 2010 [consultado 12/12/ 2011]. Disponible en:
<http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/cifras/rezago%20social%202010.es.do>

13.- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. [Revista electrónica] Publicado 2007 [consultado 10/01/ 2012]. Disponible en:
<http://www.sct.gob.mx/obrapublica/MarcoNormativo/1/1-1/1-1-2.pdf>

14.- Ley General de Salud. [Revista electrónica] Publicado marzo del 2012 [consultado 15/05/ 2012]. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

15.- Secretaría de Salud. [Revista electrónica] Publicado 2 febrero del 2010 [consultado 10/03/ 2012]. Disponible en:
http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/reglamento_interior_SS.pdf

16.- Diario Oficial de la Federación. [Revista electrónica] Publicado 10 junio del 2011 [consultado 05/12/ 2011]. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_194_10jun11.pdf

17.- Padrón, H. S. (2011). "Los Determinantes Sociales, las Desigualdades en Salud y las Políticas, como temas de investigación." Revista de Salud Pública Cubana 37(Ciencias Médicas): 9.

18.- Obesity trends and determinant factors in Latin America. Juliana Kain, Fernando Vio, Cecilia Albala. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile. Casilla 138-11, Santiago, Chile. jkain@uec.inta.uchile.cl.

19.- Goldani, M. Z., Haeffner, L. S. B., Agranonik, M., M. A., Bettiol, H. y Silva A. M. (2007). "Do early life factors influence body mass index in adolescents?" Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 40: 6.

20.- Janssens, J., Bruckers, L., Joosens, J.V., Molenberghs, G., Vinck, J., Renard, D., Tafforeau, J. (2001). Overweight, obesity and beer consumption. Archives of Public Health, 59, 223- 238.

- 21.- Chou, S., Grossman, M., Saffer, H. (2004). An economic analysis of adult obesity: results from the behavioral risk factor surveillance system. *Journal of Health Economics*, 23, 565-587.
- 22.- Cutler, D. M., Glaeser, E., Y Shapiro, J. (2003) Why Americans become more obese? *Journal of Economic Perspectives*, 17(3), 93-118.
- 23.- Wilson, P. y Kannel, W. (2003). Obesity, diabetes and risk of cardiovascular disease in the elderly. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 11(2), 119-124
- 24.- Pagan, J. y Davila, A. (1997). Obesity, occupational attainment and earnings. *Social Science Quarterly*, 8(3), 756-77
- 25.- Costa-Font, J. y Gil, J. (2004). Social interactions and the contemporaneous determinants of individual's weight. *Applied Economics*, 36, 2253-2263
- 26.- Goode, A., Mavromaras, K. y Smith, M. (2008). Intergenerational transmission of healthy eating behavior and the role of household income. IZA Working Paper 35353, Bonn.
- 27.- Anthony G. Comuzzie and David B. Allison. The Search for Human Obesity Genes. *Science* 29 mayo 1998.
- 28.- David G. Blanchflower Andrew J. Oswald Bert Van Landeghem. Initiative obesity and relative utility. Department of Economics, Dartmouth College. 17 julio 2008.
- 29.- <http://www.imss.gob.mx/prestaciones/sociales/Documents/deporte.pdf>
- 30.- ISSSTE. [Revista electrónica] Publicado en 2012 [consultado 17/04/2011].
Disponible en: <http://www.prevenissste.gob.mx/>.
- 31.- Diario Oficial de la Federación. [Revista electrónica] Publicado el 16 de junio del 2010 [consultado 18/09/2012]. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5146940&fecha=16/06/2010
- 32.- CONEVAL. [Revista electrónica] Publicado en 2010 [consultado 03/03/2012].
Disponible en:
http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/indicadores_de_carencia_social.es.do
- 33.- Ley General de Desarrollo Social. [Revista electrónica] Publicado en 2004 [consultado 19/06/2012]. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264.pdf>
- 34.- IMSS. [Revista electrónica] Publicado en 2012 [consultado 20/06/2012]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/introducc.aspx>

- 35.- Charumathi Sabanayagam, A. S., Tien Yin Wong, Seang Mei Saw, Paul J. Foster (2007). "Socioeconomic Status and Overweight/obesity in an Adult Chinese Population in Singapore." *Journal of Epidemiology* 17: 8.
- 36.- Patricia Frenz, A., Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. (2006). "Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud." Ministerio de Salud: 12.
- 37.- Sharon Friel, M. C., David Satcher (2007). "Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic." *BMJ* 335: 3.
- 38.- José Luis Pino V., C. D. H., Miguel Ángel López E. (2011). "Development of a Questionnaire to Measure Behavior and Food Habits in Users of Primary Health care." *Revisita Chilena de Nutrición* 38: 11.
- 39.- CONEVAL. [Revista electrónica] Publicado en febrero del 2010 [consultado 15/07/2012]. Disponible en:
<http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/home/Evaluacion%20de%20Nutricion%20y%20Abasto%202010.pdf?view=true>
- 40.- Patricia Cerecero, M. e. C., Bernardo Hernández, Dr. en C, Dalia Aguirre, Dr. en Psic, and D. e. C. Roxana Valdés, Gerardo Huitrón, Esp TO (2009). "Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México." *Salud Pública de México* 51: 9.
- 41.- ENSANUT. [Revista electrónica] Publicado en octubre del 2012 [consultado 21/12/2012]. Disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- 42.- José Ángel Córdova Villalobos, J. A. B. M., María Elena Rivera Montiel, and C. M. M. Gabriel Manuel Lee (2010). "Sobrepeso y obesidad: Situación actual y perspectivas." *Acta Médica Grupo Ángeles* 8 (Medigraphic): 6.
- 43.- Saldaña Guzmán Ma. Elena, Maestra en Ciencias Del Castillo Arreola, et al. (2010). "Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad." Cap. 13: 18
- 44.- Barceló Acosta Malicela, Borroto Díaz Gerardo. (2001). "Estilo de Vida: Factor Culminante en la Aparición y el Tratamiento de la obesidad." *Revista Cubana Invest Biomed* 20: 9.
- 45.- Janice V. Bowie, M., Hee-Soon Juon, PhD, Juhee Cho, MA, Elisa M. Rodriguez, MS (2007). "Factors Associated With Overweight and Obesity Among Mexican Americans and Central Americans: Results From the 2001 California Health Interview

Survey." www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0036.htm • Centers for Disease Control and Prevention 4: 17

46.- Ley General de Salud. [Revista electrónica] Publicado el 7 de junio del 2012 [consultado 30/11/2012]. Disponible en:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

47.- Octavio Gómez Dantés, M., MSP, Sergio Sesma, Lic en Ec, M en Ec, L. e. E. Víctor M. Becerril, M en Soc, Felicia M. Knaul, PhD, et al. (2011). "Sistema de Salud de México." *Salud Pública de México* 53: 13.

48.- Centro Médico ABC. [Revista electrónica] Publicado en 2012 [consultado 07/09/2012]. Disponible en:

<http://www.abchospital.com/centro-de-nutricion/articulos/obesidad-en-mexico>

49.- Álvarez C. Luz Stella. *Rev. Geren. Política Salud Bogotá*. Junio-diciembre 2009. "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo".

50.- Moiso, A. (2006). *Fundamentos de Salud Pública. Determinantes de la Salud*.

51.- World Health Organization. [Revista electrónica] Publicado en 2010 [consultado 15/11/2011]. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf

52.- Lindsay McLaren, J. G. a. I. A. S. M. (2009). "Social class, gender, and time use: Implications for the social determinants of body weight?" *Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE • Health Reports Vol. 20, no.4*: 10

53.- Monteiro CA, C. W., Popkin BM. (2001). "Independent Effects of Income and Education on the Risk of Obesity in the Brazilian Adult Population." *The American Society for Nutritional Sciences* 131: 6.

54.- Liliana Ruiz-Arregui, L. C.-M., Arturo Orea-Tejeda, and A. M.-J. Silvia Mejía-Arango (2007). "Prevalence of self-reported overweight-obesity and its association with socioeconomic and health factors among older Mexican adults." *Salud Pública de México* 49: 6.

55.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. [Revista electrónica] Publicado en 2007 [consultado 8/11/2011]. Disponible en:

http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf

56.- ISSSTE. [Revista electrónica] Publicado en 2012 [consultado 21/07/2012]. Disponible en:

www.prevenissste.gob

- 57.- Elizondo Cano Miguel. Determinantes socioeconómicos de la obesidad en hombres y mujeres adultos que participan en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares
58. - Randall F. Gearhart Jr., D. M. G., David F. Vanata (2008). "Obesity in the Lower Socio-Economic Status Segments of American Society." Forum on Public Policy: 21.
- 59.- Darren L. Dahly, Penny Gordon-Larsen, Barry M. Popkin, Jay S. Kaufman, and Linda S. Adair. Associations between Multiple Indicators of Socioeconomic Status and Obesity in Young Adult Filipinos Vary by Gender, Urbanicity, and Indicator Used. The Journal of Nutrition. Community and International Nutrition. December 6, 2011.
- 60.- C. Joan Benach de Rovira, Muntaner Bonet C. Carles, Tarafa Gemma, Vergara C. Montse. "Impacto del Informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud cuatro años después". Revista Cubana de Salud Pública 2012; 38(5): 794-802.
- 61.- Alcibiades Bustamante V., André F. Seabra, Rui M. Garganta, José A. Maia. "efectos de la actividad física y del nivel socioeconómico en el sobrepeso y obesidad de escolares, lima este 2005" Rev Perú Med Exp Salud Publica 2007; 24(2): 121-28.
- 62.- Carlos Galindo Gómez, Liliana Juárez Martínez, Teresa Shamah Levy, Armando García Guerra, Abelardo Ávila Curiel, Marco Antonio Quiroz Aguilar. "Conocimientos en nutrición, sobrepeso u obesidad en mujeres de estratos socioeconómicos bajos de la Ciudad de México". Archivos latinoamericanos de nutrición vol. 61 no 4, 2011.
- 63.- Doris Álvarez-Dongo, José Sánchez-Abanto, Guillermo Gómez-Guizado, Carolina Tarqui-Mamani. "Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010)" Rev Perú Med Exp Salud Publica 2012; 29(3):303-13.
- 64.- Simone Croezen, H Susan J Picavet, Annemien Haveman-Nies, WM Monique Verschuren, Lisette CPGM de Groot¹ and Pieter van't Veer. "Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study" Biomed Central (2012); 12:65.
- 65.- Backes Vanesa, Anselmo Olinto Ma. Teresa, Liane Henn Ruth, Cremones Cleber, Pattussi Marcos Pascoal. "Association between psychosocial factors and self-reported overweight in Brazilian adults" Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(3):573-580, mar, 2011.
- 66.- Moreno San Pedro Emilio, Roales-Nieto Jesús Gil. "El Modelo de Creencias en Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis

funcional de las creencias en salud”. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Universidad de Almeria (España). ISSN 1557-7057. Jun, año 2003/vol 3 número 001.

67.- Revilla Ahumada L de la, Luna de Castillo J, Bailón Muñoz E., Medina Moruno I. “Validación del Cuestionario de Moss de apoyo social en Atención Primaria”. Medicina de Familia (And) Vol. 6 No. 1, Abril 2005.

68.- Cid H. Patricia, Oreyana Y. Alda, Barriga Omar. “Validación de la Escala de Autoeficacia General”. Rev. Med Chile 2010; 138: 551:557.

69.- Reyes Rodríguez L. “La Teoría de la Acción Razonada: “Implicaciones para el estudio de las Actitudes”. Investigación Educativa. Universidad Pedagógica de Durango. No. 7 Septiembre del 2007.

70.- Blanco Amalio, Díaz Darío. “El Bienestar Social: Su Concepto y Medición”. Universidad Autónoma de Madrid. Psicotherma 2005, Vol. 17, no. 4, pp. 582-589.

71.- Luckie D. Angélica, Cortés Fabiola, Ibarra M. Salvador. “Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social”. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas 2009; 14(4):191-211.

72.- López Arellano Olivia, Carlos Escudero José, Dary Carmina Luz. “Los determinantes Sociales de la Salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES”. Medicina Social. Volumen 3, número 4, noviembre 2008.

73. - Wayne C. Miller, Todd A. Miller. “Perceived Behavioral Control and Self-Efficacy of Overweight and Normal Weight Adults Regarding Exercise at a Health Club”. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2011. Vol. 95 No. 2 ISSN 1540-580 X.

74. - A. Napolitano Melissa, Papandonatos George D. Borradaile Kelley E. “Effects of Weight Status and Barriers of Physical Activity Adoption among Previously Inactive Women” Obesity (2011) 19, 2183-2189. Doi:10.1038/oby.2011.87.

75.- Ramos Frausto VM, Rico Venegas, Benavides Torres, Subjective Norms For HIV and Sexual Attitudes. Revista de docencia e investigación. No. 22 abril 2011.

76.- Hanju Lee, Jiyun Kim, Hae-Ra Han, “Do Cultural factors predict mammography behavior among Korean Inmigrants?” J. Adv Nurs 2009 December: 65(12): 2574-2584 doi: 10.1111/j.

SECCIÓN II		
INDICADORES DE CARENCIA SOCIAL		
II.1.- Rezago educativo.		
	SI	NO
II.1.a.- ¿Tiene certificado de primaria?	1	2
II.1.b.- ¿Tiene certificado de secundaria?	1	2

II.2.- Carencia por acceso a los servicios de salud.		
	Si	No
II.2.a.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular?	1	2
II.2.b.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al IMSS?	1	2
II.2.c.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al ISSSTE ó ISSTE estatal?	1	2
II.2.d.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en PEMEX, la defensa o la marina?	1	2
II.2.e.- ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en alguna otra institución?	1	2
II.2.f.- ¿Actualmente cuenta usted con acceso a consultorios y hospitales privados?	1	2

II.3.- Carencia por acceso a la Seguridad Social		
	Si	No
II.3.a.- ¿En su trabajo actual o en el trabajo de la persona a la que le proporcionan el seguro social, cuenta con incapacidad en caso de enfermedad accidente o maternidad?	1	2
II.3.b.- ¿Usted o el familiar que lo tiene inscrito al seguro social se encuentra afiliado por prestación en el trabajo?	1	2
II.3.c.- ¿Está usted afiliado ó inscrito por contratación propia?	1	2
II.3.d.- ¿Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) cuenta con pensión en caso de invalidez?	1	2
II.3.e.- ¿Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) cuenta con pensión para sus familiares en caso de fallecimiento?	1	2

II.3.f.- ¿Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) cuenta con SAR o AFORE?	1	2
II.3.g.- ¿Usted cuenta con seguridad social por parte de su cónyuge?	1	2
II.3.h.- ¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, tiene acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?	1	2
II.3.i.- ¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, tiene acceso directo a la seguridad social, es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?	1	2
II.3.j.- ¿Es usted el/la cónyuge del jefe(a) del hogar, y pertenece a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?	1	2
II.3.k.- ¿Es usted el/la cónyuge del jefe(a) del hogar, y éste pertenece a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?	1	2
II.3.l.- ¿Es usted el padre o la madre de la persona del jefe del hogar y no es económicamente activa, y el jefe tiene acceso directo a la seguridad social?	1	2
II.3.m.- ¿Es usted el suegro del jefe de familia y no es económicamente activo y el cónyuge del jefe del hogar tiene acceso a la seguridad social?	1	2
II.3.n.- ¿Cuenta usted con servicios médicos de alguna institución de seguridad social por algún familiar del hogar o de otro hogar, por muerte del asegurado?	1	2

II.4.- Carencia por calidad y espacio de la vivienda.		
	Si	No
II.4.a.- ¿El material de la mayor parte del piso de su vivienda es de tierra?	1	2
II.4.b.- ¿El material de la mayor parte del piso de su vivienda es de cemento firme?	1	2
II.4.c.- ¿El material de la mayor parte del piso de su vivienda es de madera, mosaico o recubrimiento?	1	2
II.4.d.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de desecho?	1	2
II.4.e.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de lámina de cartón?	1	2
II.4.f.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de lámina metálica?	1	2
II.4.g.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de asbesto?	1	2
II.4.h.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de palma o paja?	1	2
II.4.i.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de madera o tejamanil?	1	2

II.4.j.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de teja?	1	2
II.4.k.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de terrado con vigería?	1	2
II.4.l.- ¿El material de la mayor parte del techo de su vivienda es de concreto o viguetas con bovedilla?	1	2
II.4.m.- ¿El material de la mayor parte de los muros o paredes de su vivienda es de desecho?	1	2
II.4.n.- ¿La mayor parte de los muros de su vivienda es de lámina de cartón?	1	2
II.4.ñ.- ¿La mayor parte de los muros de su vivienda es de lámina de asbesto o metálica?	1	2
II.4.o.- ¿La mayor parte de los muros de su vivienda es de carrizo bambú o palma?	1	2
II.4.p.- ¿La mayor parte de los muros de su vivienda es de barro o bajareque?	1	2
II.4.q.- ¿La mayor parte de los muros de su vivienda es de madera?	1	2
II.4.r.- ¿La mayor parte de los muros de su vivienda es de adobe?	1	2
II.4.s.- ¿La mayor parte de los muros de su vivienda es de tabique, ladrillo, block, piedra cantera, cemento o concreto?	1	2
II.4.t.- ¿Cuántos cuartos se usan en su vivienda para dormir sin contar pasillos ni baños? Anote el número.		
II.4.u.- ¿Cuántas personas duermen por cuarto? Anote el número.		

II.5- Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda.		
	Si	No
II.5.a.- ¿Su vivienda obtiene el agua de un pozo, río, lago, arroyo u otra?	1	2
II.5.b.- ¿Su vivienda obtiene el agua de pipa?	1	2
II.5.c.- ¿Su vivienda obtiene el agua entubada que acarrearán de otra vivienda?	1	2
II.5.d.- ¿Su vivienda obtiene el agua entubada de la llave pública o hidrante?	1	2
II.5.e.- ¿Su vivienda obtiene el agua entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno?	1	2
II.5.f.- ¿Usted obtiene el agua dentro de la vivienda?	1	2

II.5.g.- ¿Su vivienda tiene drenaje?	1	2
II.5.h.- ¿Su vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a una tubería que va a dar a un río, lago o mar?	1	2
II.5.i.- ¿Su vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a una tubería que va a dar a una grieta o una barranca?	1	2
II.5.j.- ¿Su vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a una fosa séptica?	1	2
II.5.k.- ¿Su vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a la red pública?	1	2
II.5.l.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica?	1	2
II.5.m.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica del panel solar u otra fuente?	1	2
II.5.n.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica de una planta particular?	1	2
II.5.ñ.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica del servicio público?	1	2
II.5.o.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es leña o carbón sin chimenea?	1	2
II.5.p.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es leña o carbón con chimenea?	1	2
II.5.q.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es gas de tanque?	1	2
II.5.r.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es gas natural o de tubería?	1	2
II.5.s.- ¿El combustible que más utiliza para cocinar es electricidad?	1	2

II.6.- Carencia por acceso a la alimentación.		
	Si	No
II.6.a.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos se quedaron sin comida en el hogar?	1	2
II.6.b.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	1	2
II.6.c.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos dejó de desayunar, comer o cenar?	1	2
II.6.d.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?	1	2
II.6.e.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa que debía comer?	1	2

II.6.f.- ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?	1	2
II.6.g.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?	1	2
II.6.h.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía comer?	1	2
II.6.i.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en el hogar?	1	2
II.6.j.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?	1	2
II.6.k.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar se acostó con hambre?	1	2
II.6.l.- En los últimos tres meses, por falta de dinero de recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió una vez al día o dejó de comer todo un día?	1	2

III.- Susceptibilidad					
	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
III.1.- ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad en los próximos cinco años?..... (+)	1	2	3	4	5
III.2.- ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad en los próximos diez años?..... (+)	1	2	3	4	5
III.3.- ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad durante mi vida?..... (+)	1	2	3	4	5
III.4.- ¿En comparación con otras personas, las probabilidades de que yo padezca sobrepeso u obesidad son mayores?..... (+)	1	2	3	4	5

IV.- Beneficios					
	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
IV.1.- Si el sobrepeso u obesidad es detectado, ¿hay probabilidades de que sea tratado exitosamente?..... (+)	5	4	3	2	1
IV.2.- ¿El pesarme y el medirme me puede ayudar a detectar si tengo sobrepeso u obesidad?..... (+)	5	4	3	2	1
IV.3.- ¿Hay probabilidades de que si acudo al médico me ayude a detectar algún problema de	5	4	3	2	1

sobrepeso u obesidad?..... (+)					
IV.4.- ¿Hay la probabilidad de que la detección oportuna de sobrepeso u obesidad, disminuya mis posibilidades de morir por esta causa?..... (+)	5	4	3	2	1

V.- Barreras

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.1.- ¿Es probable que una revisión médica sea inconveniente para mí?..... (+)	1	2	3	4	5
V.2.- ¿Es probable que el tratamiento de sobrepeso u obesidad sea peor que el mismo sobrepeso u obesidad?..... (+)	1	2	3	4	5
V.3.- ¿Es probable que si acudo a consulta me perjudique para no prevenir sobrepeso u obesidad?.....(+)	1	2	3	4	5
V.4.- ¿Qué tan probable es que el tratamiento de sobrepeso u obesidad, me ocasione muchos problemas?..... (+)	1	2	3	4	5
V.5.- Si yo tengo problemas de salud, ¿es probable que no acuda a una revisión por padecer sobrepeso u obesidad?... (+)	1	2	3	4	5
V.6.- ¿Qué tan probable es que mi edad evite que acuda a una consulta médica?..... (+)	1	2	3	4	5
V.7.- Si mi doctor ya examino mi peso, ¿existe la probabilidad de que sea visto por un nutriólogo?..... (-)	5	4	3	2	1
V.8.- ¿Qué tan probable es que por temor a que me digan que tengo sobrepeso u obesidad no vaya a una consulta médica?..... (+)	1	2	3	4	5
V.9.- Debido a los problemas que implica, ¿es probable que no acuda a una consulta médica, para revisión de mi peso?..... (+)	1	2	3	4	5
V.10.- Debido a la pena que me causa que me digan que tengo sobrepeso u obesidad, ¿es probable que no acuda a consulta?..... (+)	1	2	3	4	5
V.11.- Si mi cuerpo me avergüenza, ¿es probable que no vaya a una consulta médica para que me digan el estado de	1	2	3	4	5

mi peso?..... (+)					
V.12.- ¿Qué tan probable es que no tenga tiempo para checar mi peso?..... (+)	1	2	3	4	5
V.13.- ¿Qué tan probable es que no vaya a una cita médica debido a su costo?..... (+)	1	2	3	4	5
V.14.- Si tengo preocupación por el sobrepeso u obesidad, ¿es probable que no vaya a una cita médica?..... (+)	1	2	3	4	5
V.15.- Si tengo temor al tratamiento del sobrepeso u obesidad, ¿es posible que no acuda a una consulta médica?..... (+)	1	2	3	4	5
V.16.- ¿Qué tan probable es que no vaya a una consulta médica porque se me olvida hacer una cita?..... (+)	1	2	3	4	5
V.17.- ¿Es probable que no acuda a una consulta médica debido a que se me olvide la fecha de la cita?..... (+)	1	2	3	4	5
V.18.- Si tengo temor a que me traten con rudeza, ¿es probable que no acuda a una consulta médica para que me detecten un problema de sobrepeso u obesidad?..... (+)	1	2	3	4	5
V.19.- Por no querer saber los resultados acerca de mi peso, ¿es probable de que no acuda a una consulta médica?..... (+)	1	2	3	4	5

VI.- Apoyo Social					
VI.1.- Apoyo Emocional					
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Todo el tiempo
VI.1.a.- ¿Cuenta usted con alguien que lo pueda escuchar cuando usted necesita hablar sobre temas de salud, incluyendo el tema de sobrepeso y obesidad? (+)	1	2	3	4	5
VI.1.b.- ¿Cuenta usted con alguna persona que le dé información que le sea de ayuda para entender problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad.....(+)	1	2	3	4	5
VI.1.c.- ¿Cuenta usted con alguien que le dé un buen consejo acerca de momentos	1	2	3	4	5

difíciles?..... (+)					
VI.1.d.- ¿Tiene usted alguien en quien confiar o hablar acerca de usted o sus problemas relacionados a la salud como lo son el sobrepeso y la obesidad?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.1.e.- ¿Cuenta usted con alguien cuyo consejo relacionado a la salud o a problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad usted quiera de verdad? ...(+)	1	2	3	4	5
VI.1.f.- ¿Cuenta con alguien con quien pueda compartir sus problemas privados relacionados con su salud o problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad, además de sus miedos?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.1.g.- ¿Tiene usted a quien recurrir para obtener sugerencias de cómo enfrentar problemas personales, incluyendo problemas relacionados al sobrepeso y la obesidad?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.1.h.- ¿Cuenta usted con alguien quien entienda sus problemas, incluyendo los problemas de salud como el sobrepeso y la obesidad?..... (+)	1	2	3	4	5

VI.2.- Apoyo Tangible					
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Todo el tiempo
VI.2.a.- ¿Cuenta con alguien que le ayude si se encuentra muy enfermo a consecuencia de problemas como el sobrepeso y la obesidad?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.2.b.- ¿Cuenta con alguien que lo lleve al nutriólogo si lo llega a necesitar?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.2.c.- ¿Cuenta con alguien que prepare sus comidas si no lo puedes hacer usted mismo?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.2.d.- ¿Cuenta con alguien que lo ayude con sus tareas diarias si se encuentra enfermo/a?..... (+)	1	2	3	4	5

VI.3.- Apoyo Afectivo					
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Todo el tiempo
VI.3.a.- ¿Cuenta con alguien que le demuestre amor, cariño y afecto?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.3.b.- ¿Cuenta con alguien a quien amar y le haga sentir querido/a?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.3.c.- ¿Cuenta con alguien quien lo/la abrace?..... (+)	1	2	3	4	5

VI.4.- Interacción Social Positiva					
	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayorías de las veces	Todo el tiempo
VI.4.a.- ¿Cuenta con alguien con quien pasar un buen rato?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.4.b.- ¿Cuenta con alguien con quien reunirse para relajarse o para hacer ejercicio?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.4.c.- ¿Cuenta con alguien con quien hacer algo agradable?..... (+)	1	2	3	4	5
VI.4.d.- ¿Cuenta con alguien con quien hacer cosas que le ayudaran a tener la mente en otras cosas? (distrarse)..... (+)	1	2	3	4	5

VII.- Autoeficacia					
	Demasiado Probable	Muy probable	Probable	Poco probable	Nada probable
VII.1.- ¿En el momento de que me tuviera que enfrentar a un problema de sobrepeso y obesidad, puedo encontrar la forma de obtener un peso adecuado aunque alguien opine lo contrario?..... (+)	5	4	3	2	1
VII.2.- Creo poder resolver problemas de sobrepeso y obesidad en caso de que los tuviera si me esfuerzo lo suficiente..... (+)	5	4	3	2	1
VII.3.- Me es más fácil persistir en alcanzar mis objetivos en el caso de tener un problema de sobrepeso y obesidad, hasta llegar a mi peso normal..... (+)	5	4	3	2	1

VII.4.- Tengo confianza en que podría manejar eficazmente problema incluido problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad.....(+)	5	4	3	2	1
VII.5.- Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar los problemas de salud, incluidos el sobrepeso y la obesidad..... (+)	5	4	3	2	1
VII.6.- Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones o circunstancias difíciles de salud como el sobrepeso y la obesidad.....(+)	5	4	3	2	1
VII.7.- Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejar los problemas de salud, incluso de sobrepeso y obesidad..... (+)	5	4	3	2	1
VII.8.- Puedo resolver la mayoría de los problemas, incluidos los relacionados con sobrepeso y obesidad, si me esfuerzo lo necesario.....(+)	5	4	3	2	1
VII.9.- En el caso de que me encuentre en una situación de sobrepeso y obesidad, generalmente se me ocurre que debo hacer.....(+)	5	4	3	2	1
VII.10.- Cuando hay necesidad de hacer frente al problema del sobrepeso u obesidad, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo debo resolverlo..... (+)	5	4	3	2	1

VIII.- Normas Subjetivas					
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
VIII.1.- Según mi esposo(a) yo debería de pesarme periódicamente..... (+)	1	2	3	4	5
VIII.2.- Según mi hermana (o) yo debería pesarme periódicamente..... (+)	1	2	3	4	5
VIII.3.- Según mi hijo(a), yo debería pesarme periódicamente.....(+)	1	2	3	4	5
VIII.4.- Según mis amigos (as), yo debería de pesarme periódicamente.....(+)	1	2	3	4	5
VIII.5.- Según los medios de comunicación y las revistas especializadas yo debería de	1	2	3	4	5

pesarme periódicamente..... (+)					
VIII.6.- Según el médico yo debería pesarme periódicamente..... (+)	1	2	3	4	5
VIII.7.- La mayor parte de la gente que me importa cree que yo debería pesarme periódicamente..... (+)	1	2	3	4	5

IX.- Gravedad percibida					
	Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
IX.1.- La idea de padecer sobrepeso u obesidad me da miedo.....(+)	1	2	3	4	5
IX.2.- Tengo miedo de pensar en el sobrepeso u obesidad..... (+)	1	2	3	4	5
IX.3.- Los problemas que se experimentan con sobrepeso u obesidad podrían durar largo tiempo..... (+)	1	2	3	4	5
IX.4.- El sobrepeso u obesidad puede poner en peligro mi relación con mi marido.....(+)	1	2	3	4	5
IX.5.- Si alguien tuviera sobrepeso u obesidad, toda su vida podría cambiar.....(+)	1	2	3	4	5
IX.6.- Si alguien desarrolla sobrepeso u obesidad, no vivirá más de 5 años.....(+)	1	2	3	4	5

X.- Motivación para la salud.					
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
X.1.- Quiero descubrir problemas de sobrepeso u obesidad a tiempo.....(+)	5	4	3	2	1
X.2.- Mantener un peso adecuado es muy importante para mí.....(+)	5	4	3	2	1
X.3.- Puedo buscar información nueva para mejorar mi estado de peso.....(+)	5	4	3	2	1
X.4.- Siento que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi peso.....(+)	5	4	3	2	1
X.5.- Me alimento balanceadamente..... (+)	5	4	3	2	1

X.6.- Hago ejercicio al menos tres veces por semana..... (+)	5	4	3	2	1
X.7.- Tengo chequeo regular, incluso cuando yo no estoy enfermo.....(+)	5	4	3	2	1

XI.- Bienestar Social.

XI.1.- Integración Social

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
XI.1.a.- Siento que soy una parte importante de mi fraccionamiento.....(+)	5	4	3	2	1
XI.1.b.- Creo que la gente me valora como persona.(+)	5	4	3	2	1
XI.1.c.- Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.....(+)	5	4	3	2	1
XI.1.d.- Me siento cercano a otra gente..... (+)	5	4	3	2	1
XI.1.e.- Si tuviera algo que decir, siento que la gente no se lo tomaría en serio.....(-)	1	2	3	4	5
XI.1.f.- No me siento pertenecer a ningún grupo social..... (-)	1	2	3	4	5
XI.1.g.- La sociedad en la que vivo es una fuente de bienestar.....(+)	5	4	3	2	1

XI.2.- Aceptación Social

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
XI.2.a.- Creo que la gente no es de fiar..... (-)	1	2	3	4	5
XI.2.b.- Creo que las personas solo piensan en sí mismas..... (-)	1	2	3	4	5
XI.2.c.- Creo que no se debe confiar en la gente..... (-)	1	2	3	4	5
XI.2.d.- Creo que la gente es egoísta..... (-)	1	2	3	4	5
XI.2.e.- Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto..... (-)	1	2	3	4	5
XI.2.f.- Las personas no se preocupan de los problemas de	1	2	3	4	5

otros.....(-)					
XI.2.g.- Creo que las personas son amables..... (+)	5	4	3	2	1
XI.2.h.- Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor.....(+)	5	4	3	2	1

XI.3.- Contribución Social.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
XI.3.a.- Creo que puedo aportar algo al mundo.....(+)	5	4	3	2	1
XI.3.b.- No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.(-)	1	2	3	4	5
XI.3.c.- Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.....(-)	1	2	3	4	5
XI.3.d.- No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.....(-)	1	2	3	4	5
XI.3.e.- Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.....(+)	5	4	3	2	1
XI.3.f.- Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras personas.....(+)	5	4	3	2	1

XI.4.- Actualización Social

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
XI.4.a.- Para mí el progreso social es algo que no existe..... (-)	1	2	3	4	5
XI.4.b.- La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo. ..(-)	1	2	3	4	5
XI.4.c.- Veo que la sociedad está en continuo desarrollo..... (+)	5	4	3	2	1
XI.4.d.- No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.....(-)	1	2	3	4	5
XI.4.e.- La sociedad ya no progresa.....(-)	1	2	3	4	5
XI.4.f.- El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente..... (+)	5	4	3	2	1

XI.5.- Carencia social					
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
XI.5.a.- No entiendo lo que está pasando en el mundo..... (-)	1	2	3	4	5
XI.5.b.- El mundo es demasiado complejo para mí..... (-)	1	2	3	4	5
XI.5.c.- No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.....(-)	1	2	3	4	5
XI.5.d.- Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.....(-)	1	2	3	4	5
XI.5.e.- Los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo.....(-)	1	2	3	4	5
XI.5.f.- Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el futuro..... (+)	5	4	3	2	1

ANEXO B

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES



CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	ÍTEMS	INDICES
Factores Sociodemográficos: Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo.	Características demográficas Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Género: Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres.	Fenotipo	Categoría 1.- Masculino. 2.- Femenino.	1.2.b.- Género	1.- Masculino. 2.- Femenino.
	Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen.	Nivel de estudios: Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento reconocido legalmente,	Años cumplidos de educación formal	Ordinal. 1.- Analfabeta. 2.- Alfabeto sin escolaridad. 3.- Primaria. 4.- Secundaria. 5.- Técnico profesional. 6.- Preparatoria. 7.- Profesional.	1.2.c.- Nivel de estudios.	
		Estado civil Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.		Categoría. 1.- Casado. 2.- Soltero. 3.- Unión libre. 4.- Divorciado (a). 5.- Viudo (a).	1.2.d- Estado civil actual.	
	Características económicas: Estudia el comportamiento humano en relación a sus necesidades	Actividad laboral Es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.	Tipo de ocupación según sectores	Categoría. 1.- Trabaja. 2.- Estudia. 3.- Hogar. 4.- Pensionado/jubilado.	1.2.e- ¿A qué se dedica actualmente?	
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
Peso normal: Es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masas corporal entre 18 y 24.9 kg/m ²	Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos. Talla: crecimiento lineal del organismo expresado en metros	Kilogramos	Peso en kilogramos	Nominal. 1.- Tiene peso normal.	1.2.f.- Peso en kilogramos registrado en el expediente electrónico en la última consulta. 1.2.g.- Talla en	IMC = kg/m ² Peso normal: IMC 18.5 a 24.9 1 = Con Peso Normal 2 = Sin Peso Normal

		Metros	Talla en metros		metros registrada en el expediente electrónico en la última consulta.	
				2.- No tiene peso normal.		
<p>Sobrepeso:</p> <p>Es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor o igual a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m²</p>	<p>Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.</p> <p>Talla: crecimiento lineal del organismo expresado en metros</p>	<p>Kilogramos</p> <p>Metros</p>	<p>Peso en kilogramos</p> <p>Talla en metros.</p>	<p>Nominal.</p> <p>1.- Tiene sobrepeso.</p> <p>2.- No tiene sobrepeso.</p>	<p>Peso en kilogramos registrado en el expediente electrónico en la última consulta.</p> <p>Talla en metros registrada en el expediente electrónico en la última consulta.</p>	<p>IMC = kg/m²</p> <p>Sobrepeso: IMC 25 a 29.9 kg/m²</p> <p>1 = Con sobrepeso</p> <p>2 = Sin sobrepeso</p>
<p>Obesidad:</p> <p>Es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m²</p>	<p>Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos</p> <p>Talla: crecimiento lineal del organismo expresado en metros.</p>	<p>Kilogramos.</p> <p>Metros.</p>	<p>Peso en kilogramos.</p> <p>Talla en metros.</p>	<p>Nominal.</p> <p>1.- Tiene obesidad.</p> <p>2.- No tiene obesidad.</p>	<p>Peso en kilogramos registrado en el expediente electrónico en la última consulta.</p> <p>Talla en metros registrada en el expediente electrónico en la última consulta.</p>	<p>IMC = kg/m²</p> <p>Obesidad: IMC>30 kg/m²</p> <p>1 = Con obesidad</p> <p>2 = Sin obesidad.</p>
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
<p>Carencia por rezago Educativo:</p> <p>Ser incapaz de leer, escribir, o realizar operaciones matemáticas básicas o incluso no tener un nivel de escolaridad que la sociedad considera básico, que limita las perspectivas culturales y económicas de todo ser humano, lo que restringe su capacidad</p>	Año en que nació.	<p>Año de nacimiento: Diferencia simple entre el año en que se realiza la medición y la edad del individuo.</p> <p>Edad: número de años cumplidos por una persona al momento de</p>	<p>Si el año de nacimiento es antes de 1982 y su edad es mayor de 16 años y cuenta con primaria.</p> <p>Si su año de nacimiento es después de 1982</p>	<p>Categoría.</p> <p>1.- La persona nació después de 1982 y tiene más de 16 años y no cuenta con certificado de secundaria.</p> <p>2.- La persona nació después de 1982 y tiene más de 16 años y cuenta con certificado de secundaria.</p> <p>1.- La persona nació antes de 1982 y tiene</p>	<p>I.2.a.- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?</p> <p>Día Mes Año</p> <p>II.1.a.- ¿Tiene certificado de primaria?</p> <p>1= Si</p> <p>2 = No</p>	<p>Con rezago Educativo:</p> <p>Nació antes de 1982 y no cuenta con certificado de primaria. Nació después de 1982 y no cuenta con certificado de secundaria.</p>

			médicos. Cuenta con servicios médicos privados.	médicos. 2.- La persona no cuenta con otros servicios médicos. 1.- La persona cuenta con servicio Médico Privado (de gastos médicos mayores y menores). 2.- La persona no cuenta con servicio Médico Privado (de gastos médicos mayores y menores).	inscrito en otra institución? Sí_____ No_____ II.2.f.- ¿Actualmente cuenta usted con acceso a consultorios y hospitales privados? Si_____ No_____	
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
Carencia por acceso a la seguridad social. Es cuando no se garantizan los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades, como circunstancias socialmente reconocidas, como la vejez y el embarazo. La exclusión de los mecanismos sociales de protección vulnera la capacidad de los individuos para enfrentar contingencias fuera de su control que pueden disminuir de modo significativo su nivel de vida y el de sus familias.	Protección de los medios de subsistencia: Es el resguardo del conjunto de recursos necesarios para el sustento de la vida humana, que se relaciona con las prestaciones económicas, que de no resolverse significaría la reducción o la pérdida de los ingresos a causa de contingencias. Servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo: Prestaciones médicas institucionales que tienen como finalidad fomentar la salud,	Acceso a salarios. Acceso a servicios médicos.	En el caso de la población económicamente activa, asalariada, se considera que no tiene carencia en esta dimensión si disfruta por parte de su trabajo de las prestaciones establecidas en el artículo 2o. de la Ley del Seguro Social (o sus equivalentes en las legislaciones aplicables al apartado B del artículo 123 constitucional. La población trabajadora no asalariada o independiente,	Nominal. 1.- Usted o la persona a la que le proporcionan directamente el seguro social, cuenta con incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad. 2.- Usted o la persona a la que le proporcionan directamente el seguro social, no cuenta con incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad. 1.- Usted o la persona que lo tiene inscrito al seguro social se encuentra afiliado por prestación en el trabajo. 2.- Usted o la persona que lo tiene inscrito al seguro social no se	II.3.a.- ¿En su trabajo actual o en el trabajo de la persona a la que le proporcionan el seguro social, cuenta con incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad? Sí_____ No_____ II.3.b.- ¿Usted o el familiar que lo tiene inscrito al seguro social se encuentra afiliado por prestación en el trabajo? Sí_____ No_____	Se considera con carencia a la seguridad social cuando: 1.- En su trabajo actual o en el trabajo de la persona a la que le proporcionan el seguro social, no cuenta con incapacidad en caso de enfermedad accidente o maternidad. 2.- Usted o el familiar que lo tiene inscrito al seguro social no se encuentra afiliado por prestación en el trabajo. 3.- Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) no cuenta con SAR o AFORE.

	<p>prevenir accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población además de los servicios de fondo de ahorro para el retiro.</p>	<p>Acceso en los financiamientos para el retiro.</p>	<p>dado el carácter voluntario de la inscripción al sistema por parte de ciertas categorías ocupacionales, se considera que tiene acceso a la seguridad social cuando dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y, además dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y, además dispone de SAR o Afore.</p> <p>La población en general se considera que tiene acceso cuando goce de alguna jubilación o pensión, o sea familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social.</p>	<p>encuentra afiliado por prestación en el trabajo.</p> <p>1.- Usted está afiliado por contratación propia, 2.- Usted no está afiliado por contratación propia.</p> <p>1.- Usted o el familiar que lo (a) tiene asegurado (a) cuenta con pensión en caso de invalidez. 2.- Usted o el familiar que lo (a) tiene asegurado (a) no cuenta con pensión en caso de invalidez,</p> <p>1.- Usted o el familiar que lo (a) tiene asegurado (a) cuenta con pensión para sus familiares en caso de fallecimiento. 2.- Usted o el familiar que lo (a) tiene asegurado (a) no cuenta con pensión para sus</p>	<p>II.3.c.- ¿Está usted afiliado o inscrito por contratación propia? Sí_____ No_____</p> <p>II.3.d.- ¿Usted o el familiar que lo (a) tiene asegurado (a) cuenta con pensión en caso de invalidez? Sí_____ No_____</p> <p>II.3.e.- ¿Usted o el familiar que lo (a) tiene asegurado (a) cuenta con pensión para sus familiares en caso de fallecimiento? Sí_____ No_____</p>	
--	--	--	---	--	--	--

				<p>familiares en caso de fallecimiento.</p> <p>1.- Usted o el familiar que lo (la) tiene asegurado (a) cuenta con SAR o AFORE. 2.- Usted o el familiar que lo (la) tiene asegurado (a) no cuenta con SAR o AFORE.</p> <p>1.- Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, tiene acceso a la seguridad social y no es jubilado o pensionado. 2.- Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, no tiene acceso a la seguridad social y no es jubilado o pensionado</p> <p>1.- Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población económicamente activa tiene acceso directo a la seguridad social, es jubilado, pensionado y tiene más de 25 años.</p>	<p>II.3.f.- ¿Usted o el familiar que lo (la) tiene asegurado (a) cuenta con SAR o AFORE? Sí _____ No _____</p> <p>II.3.g.- ¿Usted cuenta con seguridad social por parte de su cónyuge?</p> <p>II.3.h.- ¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, tiene acceso a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?</p> <p>II.3.i.- ¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población económicamente activa tiene acceso directo a la seguridad social, es jubilado,</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				<p>2.- Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población económicamente activa no tiene acceso directo a la seguridad social, es jubilado, pensionado y tiene más de 25 años.</p> <p>1.- Es usted el/la cónyuge del jefe (a) del hogar, y pertenece a la población económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado.</p> <p>2.- Es usted el/la cónyuge del jefe (a) del hogar, y pertenece a la población económicamente activa y tiene algún hijo sin acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado.</p> <p>1.- Es usted el/la cónyuge del jefe (a) del hogar, y éste pertenece a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años.</p> <p>2.- Es usted el/la cónyuge del jefe (a) del hogar, y éste pertenece</p>	<p>pensionado y tiene más de 25 años?</p> <p>II.3.j.- ¿Es usted el/la cónyuge del jefe (a) del hogar, y pertenece a la población económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?</p> <p>II.3.k.- ¿Es usted el/la cónyuge del jefe (a) del hogar, y éste pertenece a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años.</p> <p>1.- Es usted el padre o la madre de la persona del jefe del hogar y no es económicamente activa, y el jefe tiene acceso directo a la seguridad social.</p> <p>2.- Es usted el padre o la madre de la persona del jefe del hogar y no es económicamente activa, y el jefe no tiene acceso directo a la seguridad social.</p> <p>1.- Es usted el suegro del jefe de familia y no es económicamente activo y el cónyuge del jefe del hogar tiene acceso a la seguridad social.</p> <p>2.- Es usted el suegro del jefe de familia y no es económicamente activo y el cónyuge del jefe del hogar no tiene acceso a la seguridad social.</p> <p>1.- Cuenta usted con servicios médicos de alguna institución de seguridad social por algún familiar del hogar</p>	<p>II.3.1.- ¿Es usted el padre o la madre de la persona del jefe del hogar y no es económicamente activa, y el jefe tiene acceso directo a la seguridad social?</p> <p>II.3.m.- ¿Es usted el suegro del jefe de familia y no es económicamente activo y el cónyuge del jefe del hogar tiene acceso a la seguridad social?</p> <p>II.3.n.- ¿Cuenta usted con servicios médicos de alguna institución de seguridad social</p>	
--	--	--	--	---	---	--

CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
				o de otro hogar, por muerte del asegurado. 2.- No cuenta usted con servicios médicos de alguna institución de seguridad social por algún familiar del hogar o de otro hogar, por muerte del asegurado.	por algún familiar del hogar o de otro hogar, por muerte del asegurado.	
<p>Carencia por calidad y espacios de la vivienda: Es cuando en el hogar, los pisos, muros y techos no se encuentran contruidos con materiales resistentes y adecuados. De la misma forma, cuando no hay una dimensión adecuada para los habitantes en un hogar, tiene implicaciones de la privacidad y libre circulación de sus residentes, lo cual ocasiona alteraciones en la salud física y mental.</p>	<p>Calidad de vivienda. Se refiere al tipo de material con que se encuentra construida la misma.</p>	<p>Material de pisos Se refiere a los elementos de construcción, predominante en el suelo de la vivienda</p> <p>Material de techos: Elementos que conforman las cubiertas de una vivienda</p>	<p>La vivienda tiene pisos de tierra.</p> <p>La vivienda tiene piso de cemento firme.</p> <p>La vivienda tiene piso de madera, mosaico u otro recubrimiento.</p> <p>La vivienda tiene techos de material de desechos.</p>	<p>Nominal. 1.- En el hogar el piso es de tierra. 2.- Ene l hogar el piso no es de tierra.</p> <p>1.- En el hogar el piso es de cemento firme. 2.- En el hogar el piso no es de cemento firme.</p> <p>1.- En el hogar la vivienda tiene piso de madera, mosaico u otro recubrimiento, 2.- En el hogar la vivienda no tiene piso de madera, mosaico u otro recubrimiento.</p> <p>1.- En el hogar los techos tienen material de desecho. 2.- En el hogar los techos no tienen material de desecho.</p> <p>1.- En el hogar los techos son de lámina</p>	<p>II.4.a.- ¿El material de la mayor parte del piso de esta vivienda es de tierra? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.b.- ¿El material de la mayor parte del piso de esta vivienda es de cemento firme? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.c.- ¿El material de la mayor parte del piso de esta vivienda es de madera, mosaico o recubrimiento? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.d.- ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es material de desecho? Si_____ No_____</p> <p>II.4.e.- ¿La mayor</p>	<p>Con carencia por calidad y espacios de vivienda Si:</p> <p>El material de los pisos de la vivienda es de tierra</p> <p>Con carencia por material de techo: El material del techo de la vivienda es de lámina de cartón o desechos ó</p>

			<p>La vivienda tiene techos de lámina de cartón.</p> <p>La vivienda tiene techos de lámina metálica.</p> <p>La vivienda tiene techos de lámina de asbesto</p> <p>La vivienda tiene techos de palma o paja.</p> <p>La vivienda tiene techos de madera o tejamanil.</p> <p>La vivienda tiene techos de teja.</p> <p>La vivienda tiene techos de terrado con vigería.</p>	<p>de cartón. 2.- En el hogar los techos no son de lámina y cartón</p> <p>1.- En el hogar los techos tienen lámina metálica. 2.- En el hogar los techos tienen lámina metálica.</p> <p>1.- En el hogar los techos son de lámina de asbesto. 2.- En el hogar los techos no son de lámina de asbesto.</p> <p>1.- En el hogar los techos son de palma o paja. 2.- En el hogar los techos no son de palma o paja.</p> <p>1.- En el hogar los techos son de madera tejamanil. 2.- En el hogar los techos no son de madera tejamanil.</p> <p>1.- En el hogar el techo es de teja. 2.- En el hogar el techo no es de teja.</p> <p>1.- En el hogar el techo es de terrado con vigería. 2.- En el hogar el techo no es de terrado con</p>	<p>parte del techo de esta vivienda es Lámina de cartón? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.f.- ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es lámina metálica? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.g.- ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es lámina de asbesto? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.h.- ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es palma o paja? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.i.- ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es madera o tejamanil? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.j.- ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es teja? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.k.- ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es terrado con vigería?</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>viguería.</p> <p>La vivienda tiene techos de losa de concreto o viguetas con bovedilla</p> <p>La vivienda tiene muros de material de desecho.</p> <p>La vivienda tiene muros de lámina de cartón.</p> <p>La vivienda tiene muros de lámina metálica o de asbesto.</p> <p>La vivienda tiene muros de carrizo, bambú o palma.</p>	<p>1.- En el hogar los techos son de losa de concreto o viguetas con bovedilla.</p> <p>2.- En el hogar los techos no son de losa de concreto o viguetas con bovedilla.</p> <p>1.- En el hogar los muros tienen material de desecho.</p> <p>2.- En el hogar los muros no tienen material de desecho.</p> <p>1.- En el hogar los muros tienen lámina de cartón.</p> <p>2.- En el hogar los muros no tienen lámina de cartón</p> <p>1.- En el hogar los muros tienen lámina metálica o asbesto.</p> <p>2.- En el hogar los muros no tienen lámina metálica o asbesto.</p> <p>1.- En el hogar los muros tienen carrizo, bambú o palma.</p> <p>2.- En el hogar los muros no tienen carrizo, bambú o</p>	<p>Sí _____ No _____</p> <p>II.4.l.- ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es losa de concreto o viguetas con bovedilla? Sí _____ No _____</p> <p>II.4.m.- ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de material de desecho? Sí _____ No _____</p> <p>II.4.n.- ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de lámina de cartón? Sí _____ No _____</p> <p>II.4.ñ.- ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de lámina de asbesto o metálica? Sí _____ No _____</p> <p>II.4.o.- ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de carrizo, bambú o</p>	<p>Con carencia por material de paredes o muros: Si el material de los muros es de barro, bajareque, carrizo, bambú o palma, de lámina de cartón, metálica o asbesto o material de desecho.</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

	<p>Espacios de la vivienda: Se refiere al espacio correspondiente a un cuarto que se encuentra destinado para un determinado número de personas.</p>	<p>Índice de hacinamiento: Se refiere a la densidad de ocupación de los espacios de la vivienda.</p>	<p>La vivienda tiene muros de barro o bajareque.</p> <p>La vivienda tiene muros de madera.</p> <p>La vivienda tiene muros de adobe.</p> <p>La vivienda tiene muros de tabique, ladrillo, block, piedra y concreto.</p> <p>Es el resultado de dividir el número de personas que residen</p>	<p>palma.</p> <p>1.- En el hogar los muros tienen barro o bajareque. 2.- En el hogar los muros no tienen barro o bajareque.</p> <p>1.- En el hogar los muros tienen madera. 2.- En el hogar los muros no tienen madera.</p> <p>1.- En el hogar los muros tienen adobe. 2.- En el hogar los muros no tienen adobe.</p> <p>1.- En el hogar los muros tienen tabique, ladrillo, block, piedra y concreto. 2.- En el hogar los muros no tienen ladrillo, block, piedra o concreto.</p> <p>1.- En el hogar el índice de hacinamiento es mayor de 2.5. 2.- En el hogar el índice</p>	<p>palma? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.p.- ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de barro o bajareque? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.q.- ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de madera? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.r.- ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de adobe? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.s.- ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto? Sí_____ No_____</p> <p>II.4.t.- ¿Cuántos cuartos se usan en su vivienda para dormir, sin contar pasillos ni baños?</p>	<p>Con carencia por espacio de la vivienda: Cuando la división del número de personas</p>
--	--	--	--	--	---	--

			cotidianamente en la vivienda entre el número de cuartos de ésta, el cual no debe ser mayor a 2.5	de hacinamiento no es mayor de 2.5.	Anote número____ II.4.u.- ¿Cuántas personas duermen por cuarto?_____	que residen cotidianamente en la vivienda entre el número de cuartos de ésta es mayor a 2.5. Sin carencia por espacio de la vivienda: Cuando la división del número de personas que residen cotidianamente en la vivienda entre el número de cuartos de ésta es menor a 2.5.
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda: De acuerdo a la CONAVI, este se presenta cuando no se satisfacen de forma adecuada los servicios de agua potable, servicio de drenaje, servicio de electricidad y servicio de combustible para cocinar.	Agua potable: servicio de agua que se obtiene en la vivienda proveniente de distintas fuentes.	Fuentes de donde proviene el agua	El agua se obtiene de un pozo, lago, arroyo, río u otro. El agua se obtiene de una pipa. El agua entubada se acarrea de otra vivienda. La vivienda tiene agua entubada	Nominal. 1.- En el hogar la obtención del agua es mediante un pozo, lago arroyo, río u otro. 2.- En el hogar la obtención del agua no es mediante un pozo, lago arroyo, río u otro. 1.- En el hogar la obtención del agua es mediante una pipa. 2.- En el hogar la obtención del agua no es mediante una pipa. 1.- En el hogar el agua entubada se acarrea de otra vivienda. 2.- En el hogar el agua entubada no se acarrea de otra vivienda. 1.- En el hogar el agua se obtiene de la llave	II.5.a.- ¿Su vivienda obtiene agua de un pozo, río, lago arroyo u otra? Sí_____ No_____ II.5.b.- ¿Su vivienda obtiene el agua de pipa? Sí_____ No_____ II.5.c.- ¿Su vivienda obtiene agua entubada que acarrea de otra vivienda? Sí_____ No_____ II.5.d.- ¿Su vivienda obtiene	Sin acceso al agua: Cuando el agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa; o bien el agua entubada la obtienen por acarreo de otra vivienda, o de la llave pública o hidrante ó

	<p>Servicio de drenaje: disposición de una tubería mediante la cual se eliminan de las viviendas las aguas negras y jabonosas (grises o sucias), independientemente de donde se desagüen.</p>	<p>Disposición y desagüe o eliminación de aguas negras y jabonosas</p>	<p>de la llave pública o hidrante.</p> <p>La vivienda tiene agua entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno.</p> <p>La vivienda tiene agua entubada dentro de la vivienda.</p> <p>La vivienda no tiene drenaje.</p> <p>La vivienda tiene drenaje conectado a una tubería que va a dar a un río, lago o mar.</p> <p>La vivienda tiene drenaje conectado a una tubería que va a dar a un barranco o grieta.</p>	<p>pública o hidrante. 2.- En el hogar el agua no se obtiene de la llave pública o hidrante.</p> <p>1.- En el hogar hay agua entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno. 2.- En el hogar no hay agua entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno.</p> <p>1.- En el hogar hay agua entubada dentro de la vivienda. 2.- En el hogar no hay agua entubada dentro de la vivienda.</p> <p>1.- El hogar no tiene drenaje. 2.- El hogar tiene drenaje</p> <p>1.- El hogar cuenta con drenaje conectado a una tubería que va a dar a un río, lago o mar. 2.- El hogar no cuenta con drenaje conectado a una tubería que va a dar a un río, lago o mar.</p> <p>1.- El hogar cuenta con drenaje conectado a una tubería que a dar a un barranco o grieta. 2.- El hogar no cuenta con drenaje conectado a una tubería que a dar</p>	<p>agua entubada de llave pública o hidrante? Sí _____ No _____</p> <p>II.5.e.- ¿Su vivienda obtiene el agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? Sí _____ No _____</p> <p>II.5.f.- ¿Su vivienda obtiene el agua entubada dentro de las viviendas? Sí _____ No _____</p> <p>II.5.g.- ¿Su vivienda tiene drenaje? Sí _____ No _____</p> <p>II.5.h.- ¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una tubería que va a dar a un río, lago o mar? Sí _____ No _____</p> <p>II.5.i.- ¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una tubería que va a dar a una barranca o grieta? Sí _____ No _____</p>	<p>No cuenta con servicio de drenaje si el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta.</p>
--	---	--	--	---	--	---

	<p>Servicio de electricidad: Disposición de electricidad dentro de la vivienda.</p>	<p>Fuentes de donde proviene la luz eléctrica.</p>	<p>La vivienda tiene drenaje conectado a una fosa séptica.</p> <p>La vivienda tiene drenaje conectado a la red pública.</p> <p>La vivienda no tiene luz eléctrica.</p> <p>En la vivienda la luz eléctrica se obtiene del panel solar o de otra fuente.</p> <p>En la vivienda se obtiene la luz eléctrica de una planta particular.</p> <p>En la vivienda se obtiene luz eléctrica del servicio público.</p>	<p>a un barranco o grieta.</p> <p>1.- El hogar cuenta con drenaje conectado a una fosa séptica. 2.- El hogar no cuenta con drenaje conectado a una fosa séptica.</p> <p>1.- El hogar cuenta con drenaje conectado a la red pública. 1.- El hogar no cuenta con drenaje conectado a la red pública.</p> <p>1.- En el hogar no se cuenta con luz eléctrica. 2.- En el hogar se cuenta con luz eléctrica.</p> <p>1.- En el hogar se cuenta con luz eléctrica del panel solar o de otra fuente. 2.- En el hogar no se cuenta con luz eléctrica del panel solar o de otra fuente.</p> <p>1.- En el hogar la luz eléctrica se obtiene de una planta particular. 2.- En el hogar la luz eléctrica no se obtiene de una planta particular.</p> <p>1.- En el hogar la luz eléctrica es obtenida del servicio público. 2.- En el hogar la luz</p>	<p>II.5.j.- ¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una fosa séptica? Sí_____ No_____</p> <p>II.5.k.- ¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a la red pública? Sí_____ No_____</p> <p>II.5.l.- ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica? Sí_____ No_____</p> <p>II.5.m.- ¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica de un panel solar u otra fuente? Sí_____ No_____</p> <p>II.5.n.- ¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica de una planta particular? Sí_____ No_____</p> <p>II.5.ñ.- ¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica del servicio público?</p>	<p>No cuenta con servicio de electricidad: Si la vivienda no cuenta con luz eléctrica.</p>
--	---	--	---	---	---	---

	se utiliza en la vivienda para preparar o calentar alimentos.	Typo de combustible utilizado.	<p>La vivienda utiliza leña o carbón sin chimenea para cocinar.</p> <p>En la vivienda utiliza gas de tanque para cocinar.</p> <p>En la vivienda utilizan gas natural o de tubería para cocinar.</p> <p>En la vivienda utilizan electricidad para cocinar.</p> <p>En la vivienda utilizan otro combustible para cocinar.</p>	<p>eléctrica no es obtenida del servicio público.</p> <p>1.- En el hogar se utiliza leña o carbón sin chimenea para cocinar. 2.- En el hogar se utiliza leña o carbón con chimenea para cocinar.</p> <p>1.- En el hogar lo que se utiliza para cocinar es gas de tanque. 2.- En el hogar no se utiliza para cocinar es gas de tanque.</p> <p>1.- En el hogar se utiliza gas natural de tubería para cocinar. 2.- En el hogar no se utiliza gas natural de tubería para cocinar.</p> <p>1.- En el hogar se utiliza electricidad para cocinar. 2.- En el hogar no se utiliza electricidad para cocinar.</p> <p>1.- En el hogar se utiliza otro combustible para cocinar. 2.- En el hogar no se utiliza otro combustible para cocinar.</p>	<p>Sí ____ No ____</p> <p>II.5.o.- ¿El combustible que más usa para cocinar es leña o carbón con chimenea? Sí ____ No ____</p> <p>II.5.p.- ¿El combustible que más usa para cocinar es gas de tanque? Sí ____ No ____</p> <p>II.5.q.- ¿El combustible que más usa para cocinar es gas natural o de tubería? Sí ____ No ____</p> <p>II.5.r.- ¿El combustible que más usa para cocinar es electricidad? Sí ____ No ____</p> <p>II.5.s.- ¿El combustible que más usa para cocinar es otro? Sí ____ No ____</p>	<p>No se cuenta con servicio de combustible para cocinar si en la vivienda utilizan leña o carbón sin chimenea para cocinar.</p> <p>Se cuenta con servicio de combustible para cocinar si en la vivienda utilizan leña o carbón con chimenea para cocinar, si utilizan tanque de gas, si utilizan gas natural o de tubería para cocinar o si utilizan electricidad para cocinar.</p>
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
Carencia por acceso a la alimentación: Las personas	Inseguridad alimentaria: se determina a partir de	Estabilidad: es una constante que permite la adquisición de	Por falta de dinero o de recursos se	Nominal. 1.- En el hogar se quedaron sin comer por	II.6.a.- ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero	Grados de inseguridad alimentaria. Severo: hogares con

			<p>dinero o de recursos, algún adulto en el hogar comió menos de lo que piensa debía comer.</p>	<p>comer. 2.- En el hogar ninguna persona comió menos de lo que piensa comer.</p>	<p>por falta de dinero o de recursos, alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer? Sí _____ No _____</p>	
		<p>Variedad: diversidad de alimentos con los que se cuenta para una dieta balanceada</p>	<p>Por falta de dinero o recursos, algún adulto en el hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos.</p>	<p>1.- En el hogar alguna persona tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos por falta de dinero o de recursos. 2.- En el hogar ninguna persona tuvo una alimentación basada en muy poca variedad por falta de dinero o de recursos.</p>	<p>II.6.f.- ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí _____ No _____</p>	
				<p>1.- En el hogar alguna persona menor de 18 años tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos. 2.- En el hogar ninguna persona menor de 18 años tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos.</p>	<p>II.6.g.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí _____ No _____</p>	
				<p>1.- En el hogar alguna persona menor de 18 años por falta de dinero o de recursos comió menos de lo que debía comer. 2.- En el hogar ninguna</p>	<p>II.6.h.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿algún menor de 18 años en su hogar comió menos</p>	

				<p>persona menor de 18 años por falta de dinero o de recursos comió menos de lo que debía comer.</p> <p>1.- En el hogar por falta de dinero o de recursos algún menor de 18 años tuvo que disminuir la cantidad de la comida.</p> <p>2.- En el hogar por falta de dinero o de recursos ningún menor de 18 años tuvo que disminuir la cantidad de comida.</p> <p>1.- En el hogar por falta de dinero o de recursos algún menor de 18 años sintió hambre, pero no comió.</p> <p>2.- En el hogar ningún menor de 18 años por falta de dinero o de recursos sintió hambre pero no comió.</p> <p>1.- En el hogar algún menor de 18 años por falta de dinero o de recursos se acostó con hambre.</p> <p>2.- En el hogar ningún menor de 18 años por falta de dinero o de recursos se acostó con hambre.</p> <p>1.- En el hogar algún menor de 18 años por falta de dinero o de recursos, comió una</p>	<p>de lo que debía comer? Sí _____ No _____</p> <p>II.6.i.- En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en el hogar?</p> <p>II.6.j.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió? Sí _____ No _____</p> <p>II.6.k.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar se acostó con hambre? Sí _____ No _____</p> <p>II.6.l.- En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				vez al día o dejó de comer todo un día. 2.- En el hogar ningún menor de 18 años por falta de dinero o de recursos, comió una vez al día o dejó de comer todo un día.	¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí _____ No _____	
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
<p>MODELO DE CREENCIAS EN SALUD. La más temprana caracterización del MCS, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas fundamentales, se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es susceptible de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad(gravedad) moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción o motivación factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la</p>	<p>SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA la percepción de susceptibilidad o riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento.</p>	Percepción que tiene un adulto de padecer sobrepeso u obesidad.	Riesgo de exposición a la detección de sobrepeso u obesidad.	<p>Ordinal. Se utiliza una escala de Likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, ejemplo:</p> <p>1.- Demasiado probable. 2.- Muy probable. Probable. 4.- Poco probable. 5.- Nada probable.</p>	<p>III.1 ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad en los próximos cinco años? III.2 ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad en los próximos diez años? III.3 ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad durante mi vida? III.4 En comparación con otras personas, las probabilidades de que yo padezca sobrepeso u obesidad son mayores.</p>	Se considera que tiene el factor con 3 ítems positivos.

<p>susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva así como las habilidades que el sujeto cree poseer para poder llevar acabo determinada conducta(autoeficacia)</p>						
	<p>BENEFICIOS PERCIBIDOS Efectividad percibida del comportamiento para disminuir el riesgo de muerte por sobrepeso u obesidad</p>	<p>Percepción de los adultos hacia las mejoras que una detección oportuna de sobrepeso y obesidad le traerá a su salud</p>	<p>Iniciativa de cambio de conductas hacia la detección de sobrepeso u obesidad</p>	<p>Ordinal. Se utiliza una escala de Likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, ejemplo: 5.- Demasiado probable. 4.- Muy probable. 3.- Probable. 2.- Poco probable. 1.- Nada probable</p>	<p>IV.1 Si el sobrepeso u obesidad es detectado, ¿hay probabilidades de que sea tratado exitosamente? IV.2 ¿Hay probabilidades de que si acudo al médico me ayude a detectar algún problema de sobrepeso u obesidad? IV.3 ¿Hay la probabilidad de que la detección oportuna de sobrepeso u obesidad, disminuya mis posibilidades de morir por esta causa?</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 3 ítems positivos.</p>
	<p>BARRERAS PERCIBIDAS Son las barreras</p>	<p>Creencia incorrecta hacia la detección de sobrepeso u obesidad.</p>	<p>Impedimentos personales que tienen los adultos</p>	<p>Ordinal. Se utiliza una escala de</p>	<p>V.1 ¿Es probable que una revisión médica sea</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 16 ítems positivos.</p>

	<p>relacionadas a la experiencia personal tal como los costos, edad, miedo al sobrepeso u obesidad.</p>		<p>sobre una conducta adecuada de detección oportuna de sobrepeso u obesidad</p>	<p>Likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Demasiado probable. 2.- Muy probable. 3.- Probable. 4.- Poco probable. 5.- Nada probable. 	<p>inconveniente para mí?</p> <p>V.2.- ¿Es probable que si acudo a consulta me perjudique para no prevenir sobrepeso u obesidad?</p> <p>V.3 ¿Es probable que el tratamiento de sobrepeso u obesidad sea peor que el mismo sobrepeso u obesidad?</p> <p>V.4 ¿Qué tan probable es que el tratamiento de sobrepeso u obesidad, me ocasione muchos problemas?</p> <p>V.5 Si yo tengo problemas de salud, ¿Es probable que no acuda a una revisión por padecer sobrepeso u obesidad?</p> <p>V.6 ¿Qué tan probable es que mi edad evite que acuda a una consulta médica?</p> <p>V.7 Si mi doctor ya examino mi peso, ¿existe la probabilidad de que sea visto por un nutriólogo?</p> <p>V.8 ¿Qué tan probable es que por temor a que me</p>	
--	---	--	--	---	---	--

					<p>digan que tengo sobrepeso u obesidad no vaya a una consulta médica?</p> <p>V.9 Debido a los problemas que implica, es probable que no acuda a una consulta médica, para revisión de mi peso.</p> <p>V.10 Debido a la pena que causa, es probable que me digan que tengo sobrepeso u obesidad no acudo a consulta.</p> <p>V.11 Si mi cuerpo me avergüenza, es probable de que no vaya a una consulta médica para que me digan el estado de mi peso.</p> <p>V.12 ¿Qué tan probable es que no tenga tiempo para checar mi peso?</p> <p>V.13 ¿Qué tan probable es que no vaya a una cita médica debido a su costo?</p> <p>V. 14 Si tengo preocupación por el sobrepeso u obesidad, ¿es probable que no vaya a una cita médica?</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>V.15. Si tengo temor al tratamiento del sobrepeso u obesidad, ¿es posible que no acuda a una consulta médica?</p> <p>V.16 ¿Qué tan probable es que no vaya a una consulta médica porque se me olvida hacer una cita?</p> <p>V. 17 ¿Es probable que no acuda a una consulta médica debido a que se me olvide la fecha de la cita?</p> <p>V.18 Si tengo temor a que me traten con rudeza, ¿Es probable de que no me vaya a una consulta médica para tratar mi sobrepeso u obesidad?</p> <p>V.19 Por no querer saber los resultados ¿es probable de que no acuda a una consulta médica?</p>	
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA	ITEM	INDICES
<p>Apoyo social:</p> <p>Información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o</p>	<p>Apoyo emocional:</p> <p>Representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder en alguien y de tener</p>	<p>Existencia de apoyo social con adultos que contribuyen positivamente a la práctica regular de</p>	<p>Percepción que tienen las personas en cuanto al apoyo social, ayuda o seguridad</p>	<p>Ordinal.</p> <p>Se utiliza una escala de Likert en la que se establecen la</p>	<p>Apoyo Emocional</p> <p>VI.1.a.- ¿Cuenta usted con alguien que lo pueda escuchar cuando</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 5 ítems positivos.</p>

<p>inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.</p>	<p>intimidad con esa persona.</p>	<p>cuidados en salud</p>	<p>brindada por los demás</p>	<p>clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Nunca, 2.- Pocas veces, 3.- Algunas veces, 4.- La mayoría de las veces, 5.- La mayoría del tiempo 	<p>usted necesita hablar sobre temas de salud, incluyendo el tema de sobrepeso y obesidad?</p> <p>VI.1.b.- ¿Cuenta usted con alguna persona que le dé información que le sea de ayuda para entender problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>VI.1.c.- ¿Cuenta usted con alguien que le dé un buen consejo acerca de momentos difíciles?</p> <p>VI.1.d.- ¿Tiene usted alguien en quien confiar o hablar acerca de usted o sus problemas relacionados a la salud como lo son el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>VI.1.e.- ¿Cuenta usted con alguien cuyo consejo relacionado a la salud o a problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad usted quiera de verdad?</p> <p>VI.1.f.- ¿Cuenta con alguien con quien pueda compartir sus problemas privados relacionados con su salud o problemas relacionados con el</p>	
--	-----------------------------------	--------------------------	-------------------------------	---	--	--

	<p>Apoyo tangible: Hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa.</p>				<p>sobrepeso y la obesidad, además de sus miedos? VI.1.g.- ¿Tiene usted a quien recurrir para obtener sugerencias de cómo enfrentar problemas personales, incluyendo problemas relacionados al sobrepeso y la obesidad? VI.1.h.- ¿Cuenta usted con alguien quien entienda sus problemas, incluyendo los problemas de salud como el sobrepeso y la obesidad?</p> <p>Apoyo Tangible VI.2.a.- ¿Cuenta con alguien que le ayude si se encuentra muy enfermo a consecuencia de problemas como el sobrepeso y la obesidad? VI.2.b.- ¿Cuenta con alguien que lo lleve al nutriólogo si lo necesita? VI.2.c.- ¿Cuenta con alguien que prepare sus comidas si no lo puedes hacer usted mismo? VI.2.d.- ¿Cuenta con alguien que lo ayude con sus tareas diarias si se encuentra enfermo/a?</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 3 ítems positivos.</p> <p>Se considera que tiene el factor con 2 ítems positivos.</p> <p>Se considera que tiene el factor con 3 ítems positivos.</p>
--	--	--	--	--	---	--

	<p>Apoyo afectivo: Expresa las demostraciones reales de amor, Cariño o empatía.</p> <p>Interacción social positiva: Hace referencia a la disponibilidad para reunirse, divertirse o pasarla bien.</p>				<p>Apoyo Afectivo VI.3.a.- ¿Cuenta usted con alguien quien le muestre amor y cariño/afecto? VI.3.b.- ¿Cuenta usted con alguien a quien amar y te haga sentir querido/a? VI.3.c.- ¿Cuenta usted con alguien quien lo/la abraze?</p> <p>INTERACCION SOCIAL POSITIVA VI.4.a.- ¿Cuenta usted con alguien con quien pasar un buen rato? VI.4.b.- ¿Cuenta usted con alguien con quien reunirse para relajarse para hacer ejercicio? VI.4.c.- ¿Cuenta usted con alguien con quien hacer algo agradable? VI.4.d.- ¿Cuenta usted con alguien con quien hacer cosas que le ayudaran a tener la mente en otras cosas (distraerse)?</p>	
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA	ITEM	INDICES
<p>Autoeficacia: Juicio personal sobre las creencias en las capacidades de uno para organizar y</p>	<p>Poder (saber) saber: Construcción abstracta legitimado académicamente</p>	<p>Capacidad de que el adulto vaya al médico a pesarse y a medirse.</p>	<p>Capacidad que los adultos tienen para decidir si van al médico para que ser pesados y</p>	<p>Ordinal. Se utiliza una escala de Likert en la que se establecen la clasificación de los</p>	<p>VII.1.- En el momento de que me tuviera que enfrentar a un problema de sobrepeso y obesidad, puedo</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 8 ítems positivos.</p>

<p>ejecutar cursos de acción requeridos para gestionar probables situaciones futuras.</p> <p>Bandura propone que los individuos poseen un sistema propio que le permite ejercer cierto grado de control sobre sus sentimientos y acciones.</p>	<p>Poder (saber) hacer:</p> <p>Saberes experienciales aplicables y demostrables</p> <p>Poder (saber) sentir:</p> <p>Re significación de la experiencia para orientar la acción</p>		<p>medidos.</p>	<p>ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, ejemplo:</p> <p>5.- Demasiado probable,</p> <p>4.- Muy probable,</p> <p>3.- Probable,</p> <p>2.- Poco probable,</p> <p>1.- Nada probable.</p>	<p>encontrar la forma de obtener un peso adecuado aunque alguien opine lo contrario</p> <p>VII.2.- Creo poder resolver problemas de sobrepeso y obesidad si me esfuerzo lo suficiente</p> <p>VII.3.- Me es más fácil persistir en alcanzar mis objetivos en el caso de tener un problema de sobrepeso y obesidad, hasta llegar a mi peso normal.</p> <p>VII.4.- Tengo confianza en que podría manejar eficazmente problemas incluido problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad</p> <p>VII.5.- Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar los problemas de salud, incluidos el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>VII.6.- Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones o circunstancias difíciles de salud como el sobrepeso</p>	
--	--	--	-----------------	---	---	--

					<p>y la obesidad. VII.7.- Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejar los problemas de salud, incluso de sobrepeso y obesidad VII.8.- Puedo resolver la mayoría de los problemas, incluidos los relacionados con sobrepeso y obesidad, si me esfuerzo lo necesario. VII.9.- En el caso de que me encuentre en una situación de sobrepeso y obesidad, generalmente se me ocurre que debo hacer. VII.10.- Cuando hay necesidad de hacer frente al problema del sobrepeso u obesidad, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo debo resolverlo.</p>	
CONCEPTO	DIMENSION	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA	ITEM	INDICES
<p>Normas subjetivas Son las Creencias de lo que otras personas en su grupo social piensan acerca de un comportamiento combinado con la motivación personal para satisfacer esas</p>	<p>Creencias normativas. Se refieren a la percepción del sujeto en cuanto a la probabilidad de que un grupo social significativo apruebe (o desapruébe) de acudir a una cita médica, que</p>	<p>Aprobación o desaprobación por parte de referentes.</p>	<p>Creencias de referentes acerca de la actitud ante el sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>Ordinal. Se utiliza una escala de Likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o</p>	<p>VIII.1.- Según mi esposo(a) yo debería de pesarme periódicamente. VIII.2.- Según mi hermana(o) yo debería pesarme periódicamente.</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 6 ítems positivos.</p>

<p>normas percibidas, en relación al sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>se relacione al sobrepeso u obesidad.</p>			<p>cuantificadores lingüísticos, ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Nunca. 2.- Casi nunca. 3.- A veces. 4.- Casi siempre. 5.- Siempre. 	<p>VIII.3.- Según mi hijo(a), yo debería pesarme periódicamente. VIII.4.- Según mis amigos (as), yo debería de pesarme periódicamente. VIII.5.- Según los medios de comunicación y las revistas especializadas yo debería de pesarme periódicamente. VIII.6.- Según el médico yo debería pesarme periódicamente.</p>	
	<p>GRAVEDAD PERCIBIDA Es el grado en el deseo que una persona cree que las consecuencias del sobrepeso u obesidad sean graves.</p>	<p>Creencia de los adultos hacia los problemas provocados por el sobrepeso u obesidad</p>	<p>Creencia de los adultos hacia las consecuencias del sobrepeso u obesidad</p>	<p>Ordinal. Se utiliza una escala de Likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Totalmente de acuerdo. 2.- Muy de acuerdo. 3.- De acuerdo. 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en 	<p>IX.1 La idea de padecer sobrepeso u obesidad me da miedo IX.2 Tengo miedo de pensar en el sobrepeso u obesidad. IX.3 Los problemas que se experimentan con sobrepeso u obesidad podrían durar un largo tiempo. IX.4 El sobrepeso u obesidad pueden poner en peligro mi relación con mi marido. IX.5 Si alguien tuviera sobrepeso u obesidad, toda su</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 6 ítems positivos.</p>

				desacuerdo	vida podría cambiar. IX.6 Si alguien desarrolla sobrepeso u obesidad, no vivirá más de 5 años.	
	<p>MOTIVACIÓN PARA LA SALUD. Procesos auto regulatorios que involucran la selección, activación y la dirección sostenida de conductas que contribuyen positivamente para evitar el sobrepeso y la obesidad.</p>	Acciones correctas que conducen a la detección del sobrepeso u obesidad	Conjunto de acciones que conducen a la detección de sobrepeso u obesidad	<p>Ordinal. Se utiliza una escala de Likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, ejemplo:</p> <p>5.- Siempre. 4.- Casi siempre. 3.- A veces. 2.- Casi nunca. 1.- Nunca.</p>	<p>X.1 Quiero descubrir problemas de sobrepeso y obesidad a tiempo. X.2 Mantener un peso adecuado es muy importante para mí. X.3 Puedo buscar información nueva para mejorar mi estado de peso. X.4 Siento que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi peso. X.5 Me alimento balanceadamente. X.6 Hago ejercicio al menos 3 veces a la semana. X.7 Tengo chequeo regular, incluso cuando yo no estoy enfermo.</p>	Se considera que tiene el factor con 6 ítems positivos.
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADOR	ESCALA	ITEM	INDICES
<p>BIENESTAR SOCIAL: Es lo que permite una consideración más completa de las condiciones necesarias para el desarrollo humano. Un</p>	<p>XI.1.- Integración Social. Evaluación de la calidad de las relaciones que se mantienen con la sociedad y con la</p>	Es la capacidad de las personas para sentirse parte de la sociedad, en el que se cultiva el sentimiento de pertenencia.	Capacidad de sentido de pertenencia.	<p>Ordinal Se utiliza una escala de Likert en la que se establecen la clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de</p>	<p>XI.1.a.- Siento que soy parte importante de mi fraccionamiento. XI.1.b.- Creo que la gente me valora como persona. XI.1.c- Si tengo algo que decir, creo</p>	Se considera que tiene el factor con 6 ítems positivos.

<p>enfoque sobre las necesidades básicas, tener (las condiciones necesarias para la supervivencia), amar (necesidad de relacionarse con otras personas) y ser (necesidad de integrarse en la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza).</p>	<p>comunidad.</p> <p>XI.2.- Aceptación Social Es estar y sentirse perteneciente a un grupo, en una comunidad.</p> <p>XI.3.- Contribución Social.</p>	<p>Confianza, aceptación y actitudes positivas y hacia los otros, aceptación de los aspectos positivos y negativos de la propia vida.</p> <p>Capacidad del ejercicio del control.</p>	<p>Capacidad de confiar en los demás.</p> <p>Capacidad de sentir se útil e importante en la sociedad.</p>	<p>categorías o cuantificadores lingüísticos, ejemplo:</p> <p>5.- Siempre.</p> <p>4.- Casi siempre.</p> <p>3.- A veces.</p> <p>2.- Casi nunca.</p> <p>1.- Nunca.</p>	<p>que la mayoría de la gente me escucharía</p> <p>XI.1.d.- Me siento cercano a otra gente.</p> <p>XI.1.e.- Si tuviera algo que decir, siento que la gente no se lo tomaría en serio.</p> <p>XI.1.f.- No me siento pertenecer a ningún grupo social.</p> <p>XI.1.g.- La sociedad en la que vivo es una fuente de bienestar.</p> <p>XI.2.a.- Creo que la gente no es de fiar.</p> <p>XI.2.b.- Creo que las personas solo piensan en sí mismas.</p> <p>XI.2.c.- Creo que no se debe confiar en la gente.</p> <p>XI.2.d.- Creo que la gente es egoísta.</p> <p>XI.2.e.- Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.</p> <p>XI.2.f.- Las personas no se preocupan de los problemas de otros.</p> <p>XI.2.g.- Creo que las personas son amables.</p> <p>XI.2.h.- Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor.</p> <p>XI.3.a.- Creo que no puedo aportar</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 7 ítems positivos.</p> <p>Se considera que tiene el factor con 5 ítems positivos.</p>
--	--	---	---	--	---	---

	<p>La confianza en otros y en uno mismo acompañada del sentimiento de utilidad y que lo que se aporta sea valorado.</p> <p>XI.4.- Actualización Social. Se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, que se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos.</p> <p>XI.5.- Coherencia Social.</p>	<p>Creencia de controlar su destino, saber hacia dónde se va y se traza intencionalmente el horizonte hacia donde se quiere llegar en el futuro. Capacidad de confianza en el futuro de la sociedad.</p> <p>Percepción de la cualidad, organización y</p>	<p>Es la confianza en el progreso y desarrollo social.</p> <p>Capacidad de organización del</p>		<p>algo al mundo. XI.3.b.- No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad. XI.3.c.- Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad. XI.3.d.- No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad. XI.3.e.- Pienso que lo que hago es importante para la sociedad, XI.3.f.- Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras personas.</p> <p>XI.4.a.- Para mí el progreso social es algo que no existe. XI.4.b.- La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo. XI.4.c.- Veo que la sociedad está en continuo desarrollo. XI.4.d.- No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida. XI.4.e.- La sociedad ya no progresa. XI.4.f.- El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente.</p> <p>XI.5.a.- No entiendo lo que está pasando en el</p>	<p>Se considera que tiene el factor con 5 ítems positivos.</p> <p>Se considera que tiene el factor con 5 ítems positivos.</p>
--	--	---	---	--	---	---

	<p>Es la capacidad que tenemos para entender la dinámica de la actualización social, además del funcionamiento del mundo social, en donde incluye la preocupación de lo que ocurre en el mundo, es la sensación de tener la capacidad de lo que acontece en nuestro alrededor.</p>	<p>funcionamiento del mundo social y preocupación de lo que ocurre en el mundo.</p>	<p>funcionamiento del mundo social.</p>		<p>mundo. XI.5.b.- El mundo es demasiado complejo para mí. XI.5.c.- No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo. XI.5.d.- Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas. XI.5.e.- Los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo. XI.5.f.- Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el mundo.</p>	
--	--	---	---	--	--	--

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1.

AGUASCALIENTES, AGS.

DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS AL SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 a 64 AÑOS DE EDAD DE LA UMF 1 IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

MANUAL OPERACIONAL.

1.- La Residente de tercer año de medicina familiar y 3 licenciados en Salud Pública aplicarán las entrevistas de determinantes sociales asociados al sobrepeso y obesidad en adultos de 20 – 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

2.- Se seleccionará de forma aleatoria a las personas que acudan a consulta de entre 20 y 64 años de edad, de los 20 consultorios que se encuentran ubicados en la Unidad de Medicina Familiar tanto del turno matutino, como del turno vespertino y al mismo tiempo de identificarlas se le dará una carta de consentimiento informado, se le explicará que se le hará una entrevista sobre la identificación de determinantes sociales asociados a sobrepeso y obesidad, ya que este problema es uno de los más importantes a nivel nacional, el estudio para determinar socialmente el sobrepeso y la obesidad es de gran importancia ya que con este estudio se identificarán las causas asociadas y se podrán llevar a cabo estrategias para controlar este problema ya que los determinantes asociados a este padecimiento son de gran importancia en nuestra sociedad.

3.- La entrevista consta de 201 preguntas y la duración será de 35 minutos aproximadamente, la información que se maneja en esta entrevista será confidencial y no le afectará en la atención que le brindan en la institución.

Se le comunicara al entrevistado que en el momento en que no quiera contestar una pregunta, o no quiera continuar con la entrevista se puede retirar.

Sección I. Ficha de Identificación

En esta sección la información se sacará del sistema que tiene la Unidad de Medicina Familiar No 1, si en la ficha clínica no se tienen los datos completos se le preguntara a los entrevistados los datos que hagan falta para la identificación.

Sección I.1. Características Demográficas.

Las características demográficas se obtendrán de la base de datos del IMSS, en donde se pondrá la clave y contraseña de la Unidad de Medicina Familiar 1, en la agenda electrónica de citas se pone el turno en el que el entrevistador identificará a las personas que reúnan los siguientes criterios:

- Selección de forma aleatoria por consultorio.
- Edad de 20 a 64 años.
- Derechohabientes de la UMF 1.

I.1.- Ficha de identificación:

En el nombre no es necesario preguntarle ya que este lo obtendremos de la base de datos del IMSS.
Ejemplo:

I.1.a.- Nombre:

Romo Hernández Gabriela

I.1.b.- Fecha de aplicación: se anotara la fecha del día que se aplique la encuesta, empezando por el día, el mes y el año, ejemplo:

Fecha de aplicación :

DIA MES AÑO

I.1.c.-Número de afiliación: este se sacara de la base de dtos del IMSS

Número de afiliación: _____

Domicilio: En este apartado se preguntará directamente al derechohabiente como se llama la calle número, colonia, en donde está ubicada su casa y cuál es la ciudad en donde vive.

Ejemplo:

I.1.d.- Domicilio: Soledad # 201 Jesús María Aguascalientes Ags. 20900
Calle y numero Colonia Ciudad CP

I.1.e.- Teléfono: Se preguntará si tiene teléfono en su domicilio y si lo pueden proporcionar.

Ejemplo:

Teléfono: 9-10-11-12

I.1. f.- UMF de adscripción: en este apartado solo se le pondrá el número de la UMF a la que se asistirá que en este caso a la Unidad Médico Familiar No 1.

Ejemplo:

UMF de adscripción

I.1.g.- Número de consultorio: Se pondrá el número de consultorio al que pertenece el derechohabiente encuestado y este se obtendrá de la base de datos del IMSS.

Ejemplo:

Número de consultório:

1.1.h.- Turno: El turno se pondrá a partir de la hora en que el derechohabiente tenga su cita o sea encuestado, esto se obtendrá de la base de datos del IMSS

Ejemplo:

Turno:

- 1. Matutino 2. Vespertino**

I.2 - Características sociodemográficas

I.2.a.- Fecha de nacimiento: se sacará del expediente electrónico que está en la base de datos del IMSS, solo pondremos a mujeres y hombres seleccionados de forma aleatoria por consultorio, ya que nos interesa ver el rango de edad de los 20 años a los 64 años de edad; se pondrá primero día, después el mes y al último el año, ejemplo:

Fecha de nacimiento:
 DIA MES AÑO

I.2.b.-Género: en esta sección de la encuesta se preguntará el sexo de los derechohabientes.

Ejemplo:

Género:

- 1. Masculino 2. Femenino**

I.2.c.- Nivel de estudios:

En esta sección se le preguntará a los derechohabientes que si estudió, si contesta que sí se le preguntara hasta que nivel de estudios terminó, si nos contesta que no, se le preguntará que si sabe escribir o no y se codificara con los números del ejemplo.

- 1. Analfabeta 2. Alfabeto sin escolaridad 3. Primaria 4. Secundaria 5**
5. Técnico profesional 6. Preparatoria 7. Profesional

I.2.d.- Estado civil actual: en esta sección se le preguntará a los derechohabientes sobre su estado civil actual y se codificara de acuerdo a su respuesta

- 1. Casado (a) 2. Soltero (a) 3. Unión libre**
4. Divorciado (a) 5. Viudo (a)

I.2.e.- ¿A qué se dedica actualmente? Se preguntará directamente al derechohabiente a que se dedica y se codificará dependiendo su respuesta

Ejemplo:

3

- 1. *Trabaja*
- 2. *Estudia*
- 3. *Hogar*
- 4. *Pensionado/jubilado*

12.f.- Peso: la información será extraída del expediente electrónico del consultorio al que pertenece el derechohabiente, se pondrá directamente el peso que se encuentre registrado el día que se le otorgará su consulta, expresado en kilogramos.

Ejemplo: **Peso:** 75 kg.

12.g.- Talla: la información será extraída del expediente electrónico del consultorio al que pertenece el derechohabiente, se pondrá directamente la talla que se encuentre registrada el día que se le otorgará su consulta, expresada en metros.

Ejemplo: **Talla:** 1.70 m.

12.h.- Índice de masa corporal: la información será extraída del expediente electrónico del consultorio al que pertenece el derechohabiente, se pondrá directamente el índice de masa corporal que se encuentre registrado el día que se le otorgará su consulta.

Ejemplo: **IMC:** 27 kg/m²

Sección II Indicadores de Carencia Social.

Los indicadores de carencia social se encuentran en la Ley General de Desarrollo Social y el CONEVAL, que es el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, es en donde se establecen los lineamientos y criterios para realizar la definición, identificación y medición de la pobreza en México tomando en consideración los indicadores que se irán describiendo.

II.1. Carencia por Rezago Educativo.

En esta sección se pretende saber si el encuestado tiene la carencia por rezago educativo. El criterio de esta carencia se encuentra establecido en la Norma de Escolaridad Obligatoria del Estado Mexicano, y se considera rezago educativo si nació antes de 1982 y no cuenta con primaria completa o nació después de 1982 y no cuenta con secundaria completa.

II.1.a. ¿Tiene certificado de primaria?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cuenta usted con el documento oficial que dan al terminar la primaria que confirma que usted terminó la primaria?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Tiene certificado de primaria?

II.1.b. ¿Tienes certificado de Secundaria?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cuenta usted con el documento oficial que dan al terminar la primaria que confirma que usted terminó la secundaria?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Tiene certificado de secundaria?

II.2. Carencia por acceso a los servicios de salud.

En esta sección se pretende saber si el encuestado tiene la carencia por acceso a los servicios de salud. Esta carencia se da cuando no se cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.

II.2.a. ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted pagó el Seguro Popular para que lo viera un médico cuando se enfermara?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular?

II.2.b. ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en el IMSS?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted tiene en este momento derecho a recibir atención médica por parte del Seguro Social?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

1

II.2.c. ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en el ISSSTE o ISSSTE estatal?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En estos momentos es usted trabajador del estado o federal y tiene derecho a los servicios médicos que se dan por parte del ISSSTE?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito al ISSSTE ó ISSSTE estatal?

1

II.2.d. ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en PEMEX, la defensa o la Marina?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En la actualidad usted tiene derecho a recibir atención médica por parte de una institución porque sea trabajador o familiar de un trabajador que labore en petróleos mexicanos o en la policía marina?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en PEMEX, la defensa o la Marina?

1

II.2.e. ¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en alguna institución?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En la actualidad usted tiene derecho a recibir atención médica en algún lugar en el que se encuentre registrado para recibir atención médica cuando llegue a necesitarlo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Actualmente se encuentra usted afiliado o inscrito en alguna institución?

1

II.2.f. ¿Actualmente cuenta usted con acceso a consultorios y hospitales privados?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En estos momentos usted tendría el dinero suficiente para pagar una consulta de forma particular porque se encuentra enfermo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Actualmente se encuentra usted con acceso a consultorios y hospitales privados?

1

II.3. Carencia por acceso a la seguridad social.

En esta sección se pretende saber si el encuestado tiene la carencia por acceso a la seguridad social. Esta carencia se presenta cuando no cuenta con SAR o Afore, cuando no tiene acceso a una jubilación o pensión y cuando tiene 65 años o más y no cuenta con un programa social de pensiones para adultos mayores.

II.3.a. ¿En su trabajo actual o en el trabajo de la persona a la que le proporcionan el seguro social, cuenta con incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En caso de que usted o la persona trabajadora que es a la que le otorgan el seguro social, si se llegara a enfermar y no pudiera ir a su trabajo, los días que falta por esa razón se los pagan, ya sea por alguna enfermedad que se le presente o porque estaba embarazada si así fuera su caso?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿En su trabajo actual o en el trabajo de la persona a la que le proporcionan el seguro social, cuenta con incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad?

1

II.3.b. ¿Usted o su familiar que lo tiene inscrito al seguro social se encuentra afiliado por prestación en el trabajo?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted cuenta con seguro social porque en su trabajo o en el trabajo de su familiar se lo proporcionan?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Usted o su familiar que lo(a) tiene inscrito(a) al seguro social se encuentra afiliado por prestación en el trabajo?

1

II.3.c. ¿Está usted afiliado o inscrito por contratación propia?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted cuenta con servicios médicos del seguro social porque paga una cantidad de dinero, cada determinado tiempo para que le atiendan en caso de que se llegara a enfermar, sin que haya un patrón o una empresa de por medio?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Está usted afiliado o inscrito por contratación propia?

1

II.3.d. ¿Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) cuenta con pensión en caso de invalidez?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En el caso de que usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) sufriera un accidente en el que se encontrara incapacitado para volver a trabajar, su empresa le proporciona el beneficio de pagarle una

cuota cada mes y pueda seguir recibiendo atención médica? En caso de que el encuestado no sea el titular o trabajador, preguntar que si conoce de esta situación por parte del trabajador.

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificara 2.

¿Usted cuenta con pensión en caso de invalidez?

1

II.3.e. ¿Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) cuenta con pensión para sus familiares en caso de fallecimiento?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En determinado caso de que usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) muriera, los miembros de su familia quedarían protegidos con una cuota monetaria que se les otorga cada mes, además de recibir atención médica en la institución del seguro social de forma gratuita? En caso de que el encuestado no sea el titular o trabajador, preguntar que si conoce de esta situación por parte del trabajador.

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Usted o el familiar que lo tiene asegurado cuenta con pensión para sus familiares en caso de fallecimiento?

1

II.3.f. ¿Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado (a) cuenta con SAR o AFORE?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a), tiene derecho a recibir una cantidad de dinero que es como un fondo de ahorro, que le tiene que ser entregado en el momento en el que se retire de trabajar?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Usted o el familiar que lo(a) tiene asegurado(a) cuenta con SAR o AFORE?

1

II.3.g. ¿Usted cuenta con seguridad social por parte de su cónyuge?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cuenta usted con servicios médicos porque su esposo o esposa lo inscribieron para que pudiera recibir este servicio?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Usted cuenta con seguridad social por parte de su cónyuge?

1

II.3.h. ¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, tiene acceso a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa, el jefe de la familia tiene algún hijo que no perciba sueldo por algún trabajo, pero que cuente con servicios médicos de alguna institución sin estar jubilado o pensionado?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, tiene acceso a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?

1

II.3.i. ¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, tiene acceso a la seguridad social y es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa, el jefe de familia tiene algún hijo que no recibió alguna vez en su vida sueldo por algún trabajo, pero cuenta con servicios médicos de alguna institución y está jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Algún hijo del jefe del hogar que pertenece a la población no económicamente activa, tiene acceso a la seguridad social y es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?

1

II.3.j. ¿Es usted el/la cónyuge del jefe del hogar y pertenece a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Es usted la/el esposa/o del jefe de familia y no recibe algún sueldo por el trabajo que usted realiza y tiene un hijo que tiene derecho a recibir atención médica por parte de alguna institución y no es jubilado o pensionado?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Es usted el/la cónyuge del jefe del hogar y pertenece a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y no es jubilado o pensionado?

1

II.3.k. ¿Es usted el/la cónyuge del jefe del hogar y pertenece a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Es usted la/el esposa/o del jefe de familia y no recibe algún sueldo por el trabajo que usted realiza y tiene un hijo que tiene derecho a recibir atención médica por parte de alguna institución y es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Es usted el/la cónyuge del jefe del hogar y pertenece a la población no económicamente activa y tiene algún hijo con acceso directo a la seguridad social y es jubilado o pensionado y tiene más de 25 años?

1

II.3.l. ¿Es usted el padre o la madre de la persona del jefe del hogar y no es económicamente activa y el jefe tiene acceso directo a la seguridad social?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Es usted el papá o la mamá del jefe de familia usted no cuenta con un sueldo que reciba por realizar algún trabajo y el jefe de familia tiene derecho a recibir atención médica por parte de alguna institución?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Es usted el padre o la madre de la persona del jefe del hogar y no es económicamente activa y el jefe tiene acceso directo a la seguridad social?

1

II.3.m. ¿Es usted el suegro del jefe de familia y no es económicamente activo y el cónyuge del jefe del hogar tiene acceso a la seguridad social?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted es el suegro del jefe de familia y no recibe ningún sueldo por realizar alguna actividad y el jefe de familia tiene derecho a recibir atención médica en caso de que lo necesite?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Es usted el suegro del jefe de familia y no es económicamente activo y el cónyuge del jefe del hogar tiene acceso a la seguridad social?

1

II.3.n. ¿Cuenta usted con servicios médicos de alguna institución de seguridad social por algún familiar o del hogar o de otro hogar o por muerte del asegurado?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted tiene atención médica por parte de alguna institución por parte de un pariente que vive en su casa, que vive en otra casa o que ya murió?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Cuenta usted con servicios médicos de alguna institución de seguridad social por algún familiar o del hogar o de otro hogar o por muerte del asegurado?

1

II.4. Carencia por calidad y espacios de la vivienda

En esta sección se pretende saber si el encuestado tiene la carencia por calidad y espacios de la vivienda. Los criterios para considerar carencia por calidad y espacios en la vivienda fueron formulados por la Comisión Nacional de Vivienda y quien presente por lo menos uno de los siguientes criterios, se considera en dicha situación: el material de los pisos de la vivienda es de tierra, el material del techo de la vivienda es de lámina de cartón o desechos, el material de los muros de la vivienda es de barro cocido, de cañas entrelazadas, de bambú, de hojas de árboles, de cartón o de asbesto, además de que por cuarto duerman más de 2 personas.

II.4.a. ¿El material de la mayor parte del piso de su vivienda es de tierra?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El piso de su vivienda es en su mayor parte de tierra?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿El material de la mayor parte del piso de esta vivienda es de tierra?

II.4.b. ¿El material de la mayor parte del piso de esta vivienda es de cemento firme?

1

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿La mayor parte del piso de su vivienda es de cemento exclusivamente?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si

2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿El material de la mayor parte del piso de esta vivienda es de cemento firme?

1

II.4.c. ¿El material de la mayor parte del piso de su vivienda es de madera, mosaico o recubrimiento?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿La mayor parte del material del piso de su vivienda es de madera, mosaico o algún tipo de material que lo recubra?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1.- Si

2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿El material de la mayor parte del piso de esta vivienda es de madera, mosaico o recubrimiento?

1

II.4.d. ¿La mayor parte del techo de su vivienda es material de desecho?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El techo de su vivienda está hecho de material que se considera como de basura o material que ya no tiene utilidad?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

1.- Si

2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es material de desecho?

II.4.e. ¿La mayor parte del techo de su vivienda es lámina de cartón?

1

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿La mayor parte del techo de su vivienda está hecha de en base a material de cartón como el de la caja de huevo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es lámina de cartón?

1

II.4.f. ¿La mayor parte del techo de su vivienda es lámina metálica?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El techo de su casa está hecho en base a hoja de metal?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es lámina metálica?

1

II.4.g. ¿La mayor parte del techo de su vivienda es lámina de asbesto?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El techo de su casa se encuentra construido de material de láminas onduladas o curvas, que están hechas de fibra y cemento, la cual es llamada también uralita?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es lámina de asbesto?

1

II.4.h. ¿La mayor parte del techo de esta vivienda es palma o paja?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El material del techo de su casa está hecho de tallos secos de plantas u hojas de árboles tropicales?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es palma o paja?

1

II.4.i. ¿La mayor parte del techo de su vivienda es madera o tejamanil?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El techo de su vivienda está hecho de madera o de tabla delgada y cortada como en listones?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es madera o tejamanil?

1

II.4.j. ¿La mayor parte del techo de su vivienda es teja?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El techo de su vivienda es de un material como barro cocido que generalmente sirve para canalizar el agua de lluvia, la nieve o granizo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es teja?

1

II.4.k. ¿La mayor parte del techo de su vivienda es terrado con viguería?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El techo de su vivienda está construido con colados y estructuras de metal?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
1.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es terrado con vigería?

1

II.4.I. ¿La mayor parte del techo de su vivienda es losa de concreto o viguetas con bovedilla?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El techo de su vivienda está construido con losa de cemento ó colado o con estructuras muy parecidas a las cúpulas?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el encuestado y será:

- 1.- Si
2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte del techo de esta vivienda es losa de concreto o viguetas con bovedilla?

1

II.4.m. ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de material de desecho?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Los muros o las paredes de su vivienda se encuentran contruidos de material que se considera semejante o similar a la basura?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste en entrevistado y será:

- 1.- Si
2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de material de desecho?

1

II.4.n. ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de lámina de cartón?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda está hecha de en base a material de cartón como el de la caja de huevo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de lámina de cartón?

1

II.4.ñ. ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de lámina de asbesto o metálica?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Las paredes o muros de su casa están hechos en base a hoja de metal o de material de láminas onduladas o curvas, que están hechas de fibra y cemento, la cual es llamada también uralita?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de lámina de asbesto o metálica?

1

II.4.o. ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de carrizo, bambú o palma?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Las paredes y muros de su casa están hechos de hojas de árboles tropicales secas, cañas secas ó de tallos leñosos?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de carrizo, bambú o palma?

1

II.4.p. ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de barro o bajareque?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Las paredes o muros de su vivienda se encuentran hechas de cañas que se encuentran entretejidas y barro?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de embarro o bajareque?

1

II.4.q. ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de madera?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Las paredes o muros de su casa están construidas en base a maderas?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de madera?

1

II.4.r. ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de adobe?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Los muros o paredes de su casa están contruidos en base a una masa de barro de arcilla y arena mezclada con paja moldeada en forma de ladrillo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de adobe?

1

II.4.s. ¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El muro o paredes de su casa se encuentran contruidos en base a ladrillos anaranjados, grises, piedra, cemento compacto o piedra fina con la que están contruídos los templos?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿La mayor parte de las paredes o los muros de su vivienda es de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto?

II.4.t. ¿Cuántos cuartos se usan en su vivienda para dormir, sin contar pasillos ni baños?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cuántas habitaciones hay en su casa que son utilizadas únicamente para dormir, sin incluir sanitarios ni otras estructuras que existen en la vivienda?

En esta pregunta solo anotara el número de cuartos que se usan como dormitorio.

Anote número

II.4.u. ¿Cuántas personas duermen por cuarto?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cuántos habitantes de su casa duermen en cada habitación?

En esta pregunta solo anotara el número de individuos que duermen por habitación.

¿Cuántas personas duermen por cuarto?

II.5. Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda

En esta sección se pretende saber si el encuestado tiene la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda. Este criterio también es propuesto por la Comisión Nacional de Vivienda y se considera a la población en situación de carencia por servicios básicos de la vivienda a las personas que por lo menos presenten una de las siguientes características: el agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa; o bien, el agua entubada la obtienen por acarreo de otra vivienda, o de la llave pública o hidrante, no cuentan con servicio de drenaje, o el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta, no disponen de energía eléctrica, el combustible que se usa para cocinar o calentar los alimentos es leña o carbón sin chimenea.

II.5.a. ¿Su vivienda obtiene agua de un pozo, río, lago arroyo u otra?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa llega el agua por medio de un pozo, río, lago arroyo u otra?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene agua de un pozo, río, lago arroyo u otra?

1

II.5.b. ¿Su vivienda obtiene el agua de pipa?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa llega el agua por medio de una pipa?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene el agua de pipa?

1

II.5.c. ¿Su vivienda obtiene agua entubada que acarrear de otra vivienda?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El agua que llega a su casa la carga de otra casa?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene agua entubada que acarrear de otra vivienda?

1

II.5.d. ¿Su vivienda obtiene agua entubada de llave pública o hidrante?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿El agua que es utilizada en su casa es traída de una llave de la calle?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene agua entubada de llave pública o hidrante?

1

II.5.e. ¿Su vivienda obtiene el agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa llega el agua por afuera de la misma, pero no tiene que salir a otra casa?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene el agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?

1

II.5.f. ¿Su vivienda obtiene el agua entubada dentro de las viviendas?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa llega el agua de una llave que se encuentra dentro de la misma?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene el agua entubada dentro de las viviendas?

1

II.5.g. ¿Su vivienda tiene drenaje?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Su vivienda cuenta con un sistema que saque aguas sucias de su casa, incluyendo la del baño?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda tiene drenaje?

1

II.5.h. ¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una tubería que va a dar a un río, lago o mar?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa las aguas sucias van a dar a un río, lago o mar?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una tubería que va a dar a un río, lago o mar?

1

II.5.i. ¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una tubería que va a dar a una barranca o grieta?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Su casa tiene un canal en el que las aguas sucias, incluyendo la del baño vayan a dar a un barranco o hendidura?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una tubería que va a dar a una barranca o grieta?

1

II.5.j. ¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una fosa séptica?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa las aguas sucias incluyendo las del baño van a dar a un hoyo que se encuentra contaminado?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a una fosa séptica?

1

II.5.k. ¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a la red pública?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Las aguas sucias de su casa, incluyendo las del baño están conectadas a una tubería que se encuentra localizada en la calle para llevarlas a un lugar adecuado?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda tiene el drenaje o desagüe conectado a la red pública?

II.5.l. ¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica?

1

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa cuenta con energía eléctrica?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda cuenta con luz eléctrica?

1

II.5.m. ¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica de un panel solar o de otra fuente?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa la energía eléctrica llega por medio de la energía del sol o de otra fuente?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica de un panel solar?

1

II.5.n. ¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica de una planta particular?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa la energía eléctrica la obtiene de una planta particular?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica de una planta particular?

1

II.5.ñ. ¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica del servicio público?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa la energía eléctrica la obtiene del servicio público convencional?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿Su vivienda obtiene la luz eléctrica del servicio público?

1

II.5.o. ¿El combustible que más usa para cocinar es leña o carbón sin chimenea?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa utilizan leñoso carbón para hacer de comer, pero no hay un lugar por donde salga el humo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿El combustible que más usa para cocinar es leña sin chimenea?

1

II.5.p. ¿El combustible que más usa para cocinar es leña o carbón con chimenea?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa utilizan leños o carbón para hacer de comer y hay un lugar por donde se salga el humo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿El combustible que más usa para cocinar es carbón sin chimenea?

1

II.5.q. ¿El combustible que más usa para cocinar es gas de tanque?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa utilizan gas en cilindro del que venden las camionetas en la calle para hacer de comer?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿El combustible que más usa para cocinar es gas de tanque?

1

II.5.r. ¿El combustible que más usa para cocinar es gas natural o de tubería?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa usted utiliza gas que se encuentra colocado en la tubería del piso para cocinar?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿El combustible que más usa para cocinar es gas natural o de tubería?

1

II.5.s. ¿El combustible que más usa para cocinar es electricidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa conecta utiliza la energía eléctrica para cocinar?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿El combustible que más usa para cocinar es electricidad?

1

II.6. Carencia por acceso a la alimentación

En esta sección se pretende saber si el encuestado tiene la carencia por acceso a la alimentación. De acuerdo a la FAO, la seguridad alimentaria comprende el acceso en todo momento a comida suficiente para llevar una vida activa y sana, lo cual está asociado a los conceptos de estabilidad, suficiencia y variedad de los alimentos, quien se encuentra en carencia es quien tiene algún grado de inseguridad alimentaria.

II.6.a. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos alguna vez se quedó sin comer?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En los últimos tres meses se ha quedado sin tomar alimentos por no tener dinero?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos alguna vez se quedó sin comer?

1

II.6.b. En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió.

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En los últimos tres meses usted o alguien más en su casa mayor de 20 años tenía ganas de tomar alimentos, pero como no tenía dinero no lo hizo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió.

1

II.6.c. ¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En su casa usted o algún integrante de su domicilio mayor de 20 años, no realizó alguna de las tres comidas del día por no contar con dinero en ese momento?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿En los últimos tres meses por falta de dinero o de recursos alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar?

1

II.6.d. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted o algún integrante de su domicilio mayor de 20 años, por falta de dinero no comió durante todo el día o sólo comió en una ocasión?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

1

II.6.e. ¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted o algún integrante en su domicilio en los últimos tres meses comió una menor cantidad de alimentos que lo que realmente quería comer?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer?

1

II.6.f. ¿En los últimos tres meses, alguna vez se quedó sin dinero o recursos para obtener una alimentación sana y variada?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En los últimos tres meses por falta de dinero no pudo comer frutas, verduras carne, leche y huevo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿En los últimos tres meses, alguna vez se quedó sin dinero o recursos para obtener una alimentación sana y variada?

1

II.6.g. En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En estos últimos tres meses por falta de dinero, alguien con menos de 18 años no pudo comer variado como frutas, verduras, carne, leche o huevo?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?

1

II.6.h. En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía comer?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿En estos últimos tres meses por falta de dinero, alguien con menos de 18 años comió una menor cantidad de alimentos que lo que realmente quería comer?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

¿En estos últimos tres meses por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía comer?

1

II.6.i. En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en el hogar?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

En estos últimos tres meses por falta de dinero, ¿se disminuyó lo que se sirvió en la comida a alguien que tiene menos de 18 años en su casa?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en el hogar?

1

II.6.j. En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

En estos últimos tres meses por falta de dinero, ¿alguien con menos de 18 años tenía ganas de comer algo pero no comió?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?

1

II.6.k. En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar se acostó con hambre?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

En estos últimos tres meses por falta de dinero, ¿alguien con menos de 18 años se fue a dormir a pesar de que tenía hambre?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar se acostó con hambre?

1

II.6.I. En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

En estos últimos tres meses por falta de dinero, ¿alguien con menos de 18 años sólo hizo una comida en todo el día o no comió nada a lo largo de todo el día?

Codificación: la codificación para el encuestador se escribirá en la línea dependiendo de lo que conteste el entrevistado y será:

- 1.- Si
- 2.- No

Para el encargado del proyecto si la respuesta es Si se codificará 1, si es No se codificará 2.

En los últimos tres meses, por falta de dinero o de recursos, ¿algún menor de 18 años en su hogar comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

1

Sección III, IV, V Factores Psicosociales

III. Susceptibilidad

En esta sección se pretende saber si los encuestados tienen la creencia de la susceptibilidad, la probabilidad percibida de padecer sobrepeso u obesidad.

III.1. ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad en los próximos cinco años?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Es posible que yo llegue a tener en cinco años sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable se codificará como 1**, si su respuesta es **muy probable se codificará con 2**; si la respuesta es **probable con un 3**, si la respuesta es **poco probable se codificará con 4** y si la respuesta es **nada probable se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
III.1. ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad en los próximos cinco años?	1	2	3	4	5

III.2. ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad en los próximos diez años?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Es posible que yo llegue a tener en diez años sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
III.2. ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad en los próximos diez años?	1	2	3	4	5

III.3. ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad durante mi vida?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Es posible que usted tenga sobrepeso u obesidad en algún momento de su vida?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
III.3. ¿Es probable de que yo tenga sobrepeso u obesidad durante mi vida?	1	2	3	4	5

III.4. ¿En comparación con otras personas, las probabilidades de que yo padezca sobrepeso u obesidad son mayores?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Si usted se compara con otras personas, ¿qué tan posible es que usted tenga más posibilidad de tener sobrepeso y obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
III.4. ¿En comparación con otras personas, las probabilidades de que yo padezca sobrepeso u obesidad son mayores?	1	2	3	4	5

IV. Beneficios

En esta sección se pretende saber si el encuestado tiene la creencia de beneficios, efectividad percibida del comportamiento para disminuir el riesgo de muerte por sobrepeso u obesidad.

IV.1. ¿Si el sobrepeso u obesidad es detectado? ¿Hay probabilidades de que sea tratado exitosamente?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que si el sobrepeso o la obesidad son detectados oportunamente lo puedan tratar de manera favorable?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
IV.1. ¿Si el sobrepeso u obesidad es detectado? ¿Hay probabilidades de	1	2	3	4	5

que sea tratado exitosamente?					
-------------------------------	--	--	--	--	--

IV.2 ¿El pesarme y el medirme me pueden ayudar a detectar si tengo sobrepeso u obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible cree que sea detectar si tengo sobrepeso u obesidad si me pesan en una báscula y miden mi estatura con una cinta métrica?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
IV.2. ¿El pesarme y el medirme me puede ayudar a detectar si tengo sobrepeso u obesidad?	1	2	3	4	5

IV.3 ¿Hay probabilidades de que si acudo al médico me ayude a detectar algún problema de sobrepeso u obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que un doctor me diga que tengo sobrepeso y obesidad en una consulta?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
IV.3 ¿Hay probabilidades de que si acudo al médico me ayude a detectar algún problema de sobrepeso u obesidad?	1	2	3	4	5

IV.4. ¿Hay la probabilidad de que la detección oportuna de sobrepeso u obesidad, disminuya mis posibilidades de morir por esta causa?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que si me doy cuenta a buen tiempo de que tengo sobrepeso u obesidad no me muera por esa razón?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
IV.4. ¿Hay la probabilidad de que la detección oportuna de sobrepeso u obesidad, disminuya mis posibilidades de morir por esta causa?	1	2	3	4	5

V. Barreras

En esta sección se pretende saber si el encuestado tiene la carencia de barreras. Son las barreras relacionadas a la experiencia personal tal como los costos, edad, miedo a que le digan que tiene sobrepeso u obesidad.

V.1. ¿Es probable que una revisión médica sea inconveniente para mí?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que una revisión médica no sea buena para usted?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.1. ¿Es probable que una revisión médica sea inconveniente para mí?	1	2	3	4	5

V.2. ¿Es probable que el tratamiento de sobrepeso u obesidad sea peor que el mismo sobrepeso u obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que el tratamiento del sobrepeso u obesidad sea más malo que el padecer sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.2. ¿Es probable que el tratamiento de sobrepeso u obesidad sea peor que el mismo sobrepeso u obesidad?	1	2	3	4	5

V.3 ¿Es probable que si acudo a consulta me perjudique para no prevenir sobrepeso u obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que sus consultas le perjudiquen o no le ayuden con problemas relacionados con el sobrepeso y obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.3 ¿Es probable que si acudo a consulta me perjudique para no prevenir sobrepeso u obesidad?	1	2	3	4	5

V.4. ¿Qué tan probable es que algún tratamiento de sobrepeso u obesidad, me ocasione muchos problemas?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que si me dan algunas recomendaciones o indicaciones para el sobrepeso u obesidad dañen más mi salud?

Si la respuesta es **demasiado probable se codificaría como 1**, si su respuesta es **muy probable se codificará con 2**; si la respuesta es **probable con un 3**, si la respuesta es **poco probable se codificará con 4** y si la respuesta es **nada probable se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.4. ¿Qué tan probable es que el tratamiento de sobrepeso u obesidad, me ocasione muchos problemas?	1	2	3	4	5

V.5. Si yo tengo problemas de salud, ¿Es probable que no acuda a una revisión por padecer sobrepeso u obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Si tiene problemas de salud ¿qué tan posible es que no acuda a su médico por tener sobrepeso y obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable se codificaría como 1**, si su respuesta es **muy probable se codificará con 2**; si la respuesta es **probable con un 3**, si la respuesta es **poco probable se codificará con 4** y si la respuesta es **nada probable se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.5. ¿Si yo tengo problemas de salud, ¿Es probable que no acuda a una revisión por padecer sobrepeso u obesidad?	1	2	3	4	5

V.6. ¿Qué tan probable es que mi edad evite que acuda a una consulta médica?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que por su edad evite ir a sus consultas médicas?

Si la respuesta es **demasiado probable se codificaría como 1**, si su respuesta es **muy probable se codificará con 2**; si la respuesta es **probable con un 3**, si la respuesta es **poco probable se codificará con 4** y si la respuesta es **nada probable se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.6. ¿Qué tan probable es que mi edad evite que acuda a una consulta médica?	1	2	3	4	5

V.7. Si mi doctor ya examino mi peso, ¿existe la probabilidad de que sea visto por un nutriólogo?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que vaya con un nutriólogo si el doctor revisó mi peso?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.7. Si mi doctor ya examinó mi peso, ¿existe la probabilidad de que sea visto por un nutriólogo?	1	2	3	4	5

V.8. ¿Qué tan probable es que por temor a que me digan que tengo sobrepeso u obesidad no vaya a una consulta médica?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que por miedo a que le digan que padece sobrepeso y obesidad no vaya a sus citas médicas?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.8. ¿Qué tan probable es que por temor a que me digan que tengo sobrepeso u obesidad no vaya a una consulta médica?	1	2	3	4	5

V.9. Debido a los problemas que implica, ¿es probable que no acuda a una consulta médica, para revisión de mi peso?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que no acuda a consulta para que mi peso sea analizado?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.9. Debido a los problemas que implica, ¿es probable que no acuda a una consulta médica, para revisión de mi peso?	1	2	3	4	5

V.10. Debido a la pena que me causa que me digan que tengo sobrepeso u obesidad ¿es probable que no acuda a consulta?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que no acuda a consulta por vergüenza de que le digan que tiene sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.10. Debido a la pena que me causa que me digan que tengo sobrepeso u obesidad ¿es probable que no acuda a consulta?	1	2	3	4	5

V.11. Si mi cuerpo me avergüenza, ¿es probable de que no vaya a una consulta médica para que me digan el estado de mi peso?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Si mi físico me da pena, ¿qué tan posible sería que fuera a una cita médica en donde me dijeran si tengo sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.11. Si mi cuerpo me avergüenza, ¿es probable de que no vaya a una consulta médica para que me digan el estado de mi peso?	1	2	3	4	5

V.12. ¿Qué tan probable es que no tenga tiempo para checar mi peso?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué posibilidad hay de que nunca tenga el tiempo para revisar mi peso?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.12. ¿Qué tan probable es que no tenga tiempo para checar mi peso?	1	2	3	4	5

V.13. ¿Qué tan probable es que no vaya a una cita médica debido a su costo?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que no acuda a una consulta por falta de dinero?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.13. ¿Qué tan probable es que no vaya a una cita médica debido a su costo?	1	2	3	4	5

V.14. ¿Si tengo preocupación por el sobrepeso u obesidad, ¿Es probable que no vaya a una cita médica?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que no vaya a una consulta por que le inquieta demasiado el tener sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.14. ¿Si tengo preocupación por el sobrepeso u obesidad, ¿Es probable que no vaya a una cita médica?	1	2	3	4	5

V.15. Si tengo temor al tratamiento del sobrepeso u obesidad, ¿es probable que no acuda a una consulta médica?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que tenga temor a su tratamiento de sobrepeso y obesidad y por eso no acuda a consulta médica?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.15. Si tengo temor al tratamiento del sobrepeso u obesidad, es posible que no acuda a una consulta médica?	1	2	3	4	5

V.16. ¿Qué tan probable es que no vaya a una consulta médica porque se me olvida hacer una cita?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que porque no lo recuerde, no vaya a mi cita médica?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.16. ¿Qué tan probable es que no vaya a una consulta médica porque se me olvida hacer una cita?	1	2	3	4	5

V.17. ¿Es probable de que no acuda a una consulta médica debido a que se me olvide la fecha de la cita?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que se le olvide la fecha de su cita y no vaya a consulta?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificará como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.17. ¿Es probable de que no acuda a una consulta médica debido a que se me olvide la fecha de la cita?	1	2	3	4	5

V.18. Si tengo temor a que me traten con rudeza, ¿Es probable que no acuda a una consulta médica para que me detecten un problema de sobrepeso u obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es de que si lo tratan de una forma poco gentil, no acuda a su consulta para que le sea diagnosticado un problema de sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.18. Si tengo temor a que me traten con rudeza, ¿Es probable que no acuda a una consulta médica para que me detecten un problema de sobrepeso u obesidad?	1	2	3	4	5

V.19. ¿Por no querer saber los resultados acerca de mi peso ¿Es probable de que no acuda a una consulta médica?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan posible es que no acuda a su consulta médica, por el hecho de no querer darme cuenta que tengo sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **demasiado probable** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy probable** se codificará con **2**; si la respuesta es **probable** con un **3**, si la respuesta es **poco probable** se codificará con **4** y si la respuesta es **nada probable** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	DEMASIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
V.19. Por no querer saber los resultados acerca de mi peso ¿Es probable de que no acuda a una consulta médica?	1	2	3	4	5

VI. Apoyo Social

En esta sección se pretende saber si los encuestados cuentan con los recursos disponibles en la red social, en situaciones de necesidad y pueden ser percibidos de forma individual.

VI.1. ¿Cuál es la frecuencia de cada uno de los siguientes tipos de apoyo disponibles para usted si los necesita?

VI.1. Apoyo Emocional

VI.1.a. ¿Cuenta usted con alguien que lo pueda escuchar cuando usted necesita hablar sobre temas de salud, incluyendo el tema de sobrepeso y obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido usted cuenta con alguna persona que la escuche cuando necesite hablar sobre temas que tengan que ver con el peso, el exceso de peso u obesidad?

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.1.a. Cuenta usted con alguien que lo pueda escuchar cuando usted necesita hablar sobre temas de salud, incluyendo el tema de sobrepeso y obesidad?	1	2	3	4	5

VI.1.b. ¿Cuenta usted con alguna persona que le dé información que le sea de ayuda para entender problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido tiene usted a alguien que le diga cosas de utilidad para comprender problemas como por ejemplo de sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.1.b. ¿Cuenta usted con alguna persona que le dé información que le sea de ayuda para entender problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad?	1	2	3	4	5

VI.1.c. ¿Cuenta usted con alguien que le dé un buen consejo acerca de momentos difíciles?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido tiene a alguna persona quien le de consejos en sus momentos difíciles sobre problemas de sobrepeso cuando lo necesite?

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.1.c. ¿Cuenta usted con alguien que le dé un buen consejo acerca de momentos difíciles?	1	2	3	4	5

VI.1.d. ¿Tiene usted alguien en quien confiar o hablar acerca de usted o sus problemas relacionados a la salud como lo son el sobrepeso y la obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido cuenta con alguna persona a quien le pueda comentar situaciones de salud, que tengan que ver con el peso, incluidos el sobrepeso y la obesidad?

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.1.d. ¿Tiene usted alguien en quien confiar o hablar acerca de usted o sus problemas relacionados a la salud como lo son el sobrepeso y la obesidad?	1	2	3	4	5

VI.1.e. ¿Cuenta usted con alguien cuyo consejo relacionado a la salud o a problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad usted quiera de verdad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido usted tiene a alguna persona quien cuyo consejo relacionado con sus salud le dé demasiada importancia y valore ese comentario?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.1.e. ¿Cuenta usted con alguien cuyo consejo relacionado a la salud o a problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad usted quiera de verdad?	1	2	3	4	5

VI.1.f. ¿Cuenta con alguien con quien pueda compartir sus problemas privados relacionados con su salud o problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad, además de sus miedos?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido usted tiene a alguna persona con quien platicar sus problemas que tengan que ver con temas de exceso de peso u obesidad, además de algunos temores que usted relacionados con el sobrepeso y la obesidad?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.1.f. ¿Cuenta con alguien con quien pueda compartir sus problemas privados relacionados con su salud o problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad, además de sus miedos?	1	2	3	4	5

VI.1.g. ¿Tiene usted a quien recurrir para obtener sugerencias de cómo enfrentar problemas personales, incluyendo problemas relacionados al sobrepeso y la obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido usted tiene a alguna persona con quien acudir para obtener consejos o comentarios acerca de problema como el sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.1.g. Tiene usted a quien recurrir para obtener sugerencias de cómo enfrentar problemas personales, incluyendo problemas relacionados al sobrepeso y la obesidad?	1	2	3	4	5

VI.1.h. ¿Cuenta usted con alguien quien entienda sus problemas, incluyendo los problemas de salud como el sobrepeso y la obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido tiene usted alguna persona que comprenda sus problemas, además de problemas que estén relacionados con el sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.1.h. ¿Cuenta usted con alguien quien entienda sus problemas, incluyendo los problemas de salud como el sobrepeso y la obesidad?	1	2	3	4	5

VI.2. Apoyo tangible

VI.2.a. ¿Cuenta con alguien que le ayude si se encuentra muy enfermo a consecuencia de problemas como el sobrepeso y la obesidad?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido tiene usted a alguna persona que le eche la mano si se encuentra muy malo, por situaciones del sobrepeso o la obesidad?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, lo que significa que es correcto, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, que significa que incorrecto; si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4**, si la respuesta es **todo el tiempo 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.2.a. ¿Cuenta con alguien que le ayude si se encuentra muy enfermo a consecuencia de problemas como el sobrepeso y la obesidad?	1	2	3	4	5

VI.2.b. ¿Cuenta con alguien que lo lleve al nutriólogo si lo necesita?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido tiene a alguna persona que lo traslade con algún especialista de la nutrición si lo llega a necesitar?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.2.b. ¿Cuenta con alguien que lo lleve al nutriólogo si lo necesita?	1	2	3	4	5

VI.2.c. ¿Cuenta con alguien que prepare sus comidas si no lo puedes hacer usted mismo?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido cuenta usted con alguna persona que le haga de comer si en algún momento se encuentra imposibilitado para cocinar?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.2.c. ¿Cuenta con alguien que prepare sus comidas si no lo puedes hacer usted mismo?	1	2	3	4	5

VI.2.d. ¿Cuenta con alguien que lo ayude con sus tareas diarias si se encuentra enfermo/a?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido cuenta con alguna persona que pueda auxiliarlo en sus actividades diarias en caso de que se encuentre con problemas de salud?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.2.d. ¿Cuenta con alguien que lo ayude con sus tareas diarias si se encuentra enfermo/a?	1	2	3	4	5

VI.3. Apoyo afectivo

VI.3.a. ¿Alguien quién le muestre amor y cariño/afecto?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido cuenta con alguna persona que demuestre afecto o estima hacia su persona?

Si la respuesta es **nunca** se codificará como **1**, si su respuesta es **casi nunca** se codificará con **2**; si la respuesta es **algunas veces** se codificará con un **3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces** se codificará con **4** y si la respuesta es **todo el tiempo** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.3.a. ¿Cuenta con alguien quien le muestre amor y cariño/afecto?	1	2	3	4	5

VI.3.b. ¿Cuenta con alguien a quien amar y le haga sentir querido/a?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido cuenta con alguna persona a quien le pueda demostrar sus sentimientos y que lo haga sentir que le tiene afecto?

Si la respuesta es **nunca** se codificará como **1**, si su respuesta es **casi nunca** se codificará con **2**; si la respuesta es **algunas veces** se codificará con un **3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces** se codificará con **4** y si la respuesta es **todo el tiempo** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.3.b. ¿Cuenta con alguien a quien amar y te haga sentir querido/a?	1	2	3	4	5

VI.3.c. ¿Cuenta con alguien quien lo/la abrase?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido cuenta con alguna persona que lo estreche entre sus brazos?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.3.c. ¿Cuenta con alguien quien lo/la abraza?	1	2	3	4	5

VI.4. Interacción social positiva

VI.4.a. ¿Cuenta usted con alguien con quien pasar un buen rato?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido tiene usted a alguna persona con la que pase momentos agradables?

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.4.a. ¿Cuenta usted con alguien con quien pasar un buen rato?	1	2	3	4	5

VI.4.b. ¿Cuenta usted con alguien con quien reunirse para relajarse realizar ejercicio?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido tiene usted a una persona con la que pueda salir para hacer cosas que le gusten como actividad física?

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, lo que significa que es correcto, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, que significa que incorrecto; si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4**, si la respuesta es **todo el tiempo 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.4.b. ¿Cuenta usted con alguien con quien reunirse para relajarse realizar ejercicio?	1	2	3	4	5

VI.4.c. ¿Cuenta con alguien con quien hacer algo agradable?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido cuenta con alguna persona con la que pueda hacer algo que disfrute o que le guste?

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.4.c. ¿Cuenta con alguien con quien hacer algo agradable?	1	2	3	4	5

VI.4.d. ¿Cuenta con alguien con quien hacer cosas que le ayudaran a tener la mente en otras cosas (distrarse)?

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Qué tan seguido cuenta con alguna persona con la que pueda mantenerlo con la mente despejada y relajada?

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	TODO EL TIEMPO
VI.4.d. ¿Cuenta con alguien con quien hacer cosas que le ayudaran a tener la mente en otras cosas (distrarse)?	1	2	3	4	5

VII. Autoeficacia

En esta sección se pretende saber si los pacientes tienen autoeficacia, que es la creencia personal de poseer la capacidad necesaria para acudir a una cita médica para la detección de un problema relacionado con sobrepeso u obesidad.

VII.1. En el momento de que me tuviera que enfrentar a un problema de sobrepeso y obesidad, puedo encontrar la forma de obtener un peso adecuado aunque alguien opine lo contrario

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Es posible que usted sea capaz de asumir alguna cuestión o enfermedad, relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, además de que puede buscar alguna solución para esta enfermedad, independientemente de que alguien dude de su capacidad.

Si la respuesta es **nunca se codificará como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.1. En el momento de que me tuviera que enfrentar a un problema de sobrepeso y obesidad, puedo encontrar la forma de obtener un peso adecuado aunque alguien opine lo contrario	5	4	3	2	1

VII.2. Creo poder resolver problemas de sobrepeso y obesidad si me esfuerzo lo suficiente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Es posible que si le echa ganas pueda solucionar problemas relacionados con el sobrepeso y obesidad

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.2. Creo poder resolver problemas de sobrepeso y obesidad si me esfuerzo lo suficiente	5	4	3	2	1

VII.3. Me es más fácil persistir en alcanzar mis objetivos en el caso de tener un problema de sobrepeso y obesidad, hasta llegar a mi peso normal

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Es posible que no le cueste trabajo ser constante en lograr lo que me propongo, si tuviera alguna meta relacionada con mi peso, llegaría a ella sin ninguna dificultad.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.3. Me es más fácil persistir en alcanzar mis objetivos en el caso de tener un problema de sobrepeso y obesidad, hasta llegar a mi peso normal	5	4	3	2	1

VII.4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente problemas, incluidos problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Tiene la seguridad de que manejaría de forma exitosa problemas, incluso que tienen que ver con el sobrepeso y la obesidad.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente problemas incluidos problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad	5	4	3	2	1

VII.5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar los problemas de salud, incluidos el sobrepeso y la obesidad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Es posible que de acuerdo a sus virtudes usted logra superar problemas de salud, incluso el sobrepeso y la obesidad

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar los problemas de salud, incluidos el sobrepeso y la obesidad	5	4	3	2	1

VII.6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones o circunstancias difíciles de salud como el sobrepeso y la obesidad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Si usted se encuentra en problemas puede permanecer tranquilo y saber resolverlos por ejemplo situaciones difíciles de salud como lo es el sobrepeso y la obesidad.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones o circunstancias difíciles de salud como el sobrepeso y la obesidad	5	4	3	2	1

VII.7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejar los problemas de salud, incluso de sobrepeso y obesidad.

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Aunque me encuentre en situaciones difíciles, tengo la capacidad de tratar inconvenientes, incluidos el sobrepeso y obesidad

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejar los problemas de salud, incluso de sobrepeso y obesidad.	5	4	3	2	1

VII.8. Puedo resolver la mayoría de los problemas, incluidos los relacionados con sobrepeso y obesidad, si me esfuerzo lo necesario

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Usted es capaz de solucionar gran parte de las dificultades que se le presentan, incluso el sobrepeso y la obesidad si se empeña lo suficiente.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.8. Puedo resolver la mayoría de los problemas, incluidos los relacionados con sobrepeso y obesidad, si me esfuerzo lo necesario	5	4	3	2	1

VII.9. En el caso de que me encuentre en una situación de sobrepeso y obesidad, generalmente se me ocurre que debo hacer

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Si tuviera un problema de sobrepeso u obesidad, normalmente se cómo debo actuar

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.9. En el caso de que me encuentre en una situación de sobrepeso y obesidad, generalmente se me ocurre que debo hacer	5	4	3	2	1

VII.10. Cuando hay necesidad de hacer frente al problema del sobrepeso u obesidad, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo debo resolverlo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

En el caso de enfrentar circunstancias difíciles como el sobrepeso u obesidad, normalmente tengo varias formas de resolverlo.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	DEMACIADO PROBABLE	MUY PROBABLE	PROBABLE	POCO PROBABLE	NADA PROBABLE
VII.10. Cuando hay necesidad de hacer frente al problema del sobrepeso u obesidad, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo debo resolverlo	5	4	3	2	1

VIII. Normas Subjetivas

En esta sección se pretende saber si la paciente tiene el determinante de norma subjetiva, que son aquellas conductas o comportamientos que la persona percibe que tiene que hacer en base a un grupo de referencia.

VIII.1. Según mi esposo(a) yo debería de pesarme periódicamente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

De acuerdo a lo que dice su esposo(a) usted debe pesarse cada determinado tiempo.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
VIII.1. Según mi esposo(a) yo debería de pesarme periódicamente	1	2	3	4	5

VIII.2. Según mi hermana(o) yo debería pesarme periódicamente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

De acuerdo a lo que dice su hermano (a) usted debería de pesarse cada determinado tiempo

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
VIII.2. Según mi hermano (a) yo debería pesarme periódicamente	1	2	3	4	5

VIII.3. Según mi hijo(a), yo debería pesarme periódicamente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

De acuerdo a lo que dice su hijo (a) usted debería pesarse cada determinado tiempo

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
VIII.3. Según mi hijo(a), yo debería pesarme periódicamente	1	2	3	4	5

VIII.4. Según mis amigos (as), yo debería de pesarme periódicamente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

De acuerdo a lo que dicen sus amigos usted debería de pesarse cada determinado tiempo.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
VIII.4. Según mis amigos (as), yo debería de pesarme periódicamente	1	2	3	4	5

VIII.5. Según los medios de comunicación y las revistas especializadas yo debería de pesarme periódicamente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

De acuerdo a lo que dicen los médicos y revistas especializadas usted debería de pesarse cada determinado tiempo.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
VIII.5. Según los medios de comunicación y las revistas especializadas yo debería de pesarme periódicamente	1	2	3	4	5

VIII.6. Según el médico yo debería pesarme gradualmente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

De acuerdo a lo que dice el doctor usted debería pesarse cada determinado tiempo.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
VIII.6. Según el médico yo debería pesarme gradualmente	1	2	3	4	5

VIII.7. La mayor parte de la gente que me importa cree que yo debería pesarme periódicamente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

De acuerdo a lo que dice la gente, usted debería pesarse cada determinado tiempo.

Si la respuesta es **nunca se codificaría como 1**, si su respuesta es **casi nunca se codificará con 2**; si la respuesta es **algunas veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **la mayoría de las veces se codificará con 4** y si la respuesta es **todo el tiempo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
VIII.7. La mayor parte de la gente que me importa cree que yo debería pesarme periódicamente	1	2	3	4	5

IX. Gravedad Percibida

En esta sección se pretende saber si la paciente tiene el determinante de gravedad percibida.

Mide la percepción de las consecuencias una vez que padece sobrepeso u obesidad.

IX.1. La idea de padecer sobrepeso u obesidad me da miedo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Le da temor pensar en que un día pueda tener sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **totalmente de acuerdo se codificaría como 1**, si su respuesta es **muy de acuerdo se codificará con 2**; si la respuesta es **de acuerdo se codificará con un 3**, si la respuesta es **desacuerdo se codificará con 4**, si la respuesta es **totalmente en desacuerdo se codificará con 5**.

EJEMPLO:

	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	DESACUERDO	TOTALEMENTE EN DESACUERDO
IX.1. La idea de padecer sobrepeso u obesidad me da miedo	1	2	3	4	5

IX.2. Tengo miedo de pensar en el sobrepeso u obesidad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿De acuerdo en que le da miedo pensar en el sobrepeso u obesidad?

Si la respuesta es **totalmente de acuerdo** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy de acuerdo** se codificará con **2**; si la respuesta es **de acuerdo** se codificará con un **3**, si la respuesta es **desacuerdo** se codificará con **4**, si la respuesta es **totalmente en desacuerdo** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	DESACUERDO	TOTALEMENTE EN DESACUERDO
IX.2. Tengo miedo de pensar en el sobrepeso u obesidad	1	2	3	4	5

IX.3. Los problemas que se experimentan con sobrepeso u obesidad podrían durar largo tiempo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

Las dificultades que se presentan por el sobrepeso u obesidad duran mucho tiempo

Si la respuesta es **totalmente de acuerdo** se codificaría como **1**, si su respuesta es **muy de acuerdo** se codificará con **2**; si la respuesta es **de acuerdo** se codificará con un **3**, si la respuesta es **desacuerdo** se codificará con **4**, si la respuesta es **totalmente en desacuerdo** se codificará con **5**.

EJEMPLO:

	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	DESACUERDO	TOTALEMENTE EN DESACUERDO
IX.3. Los problemas que se experimentan con sobrepeso u obesidad podrían durar largo tiempo	1	2	3	4	5

IX.4. El sobrepeso u obesidad puede poner en peligro mi relación con mi marido

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Está de acuerdo en que el sobrepeso y obesidad puedan ser los causantes de una ruptura con su marido?

Si la respuesta es **totalmente de acuerdo se codificaría como 1**, si su respuesta es **muy de acuerdo se codificará con 2**; si la respuesta es **de acuerdo se codificará con un 3**, si la respuesta es **desacuerdo se codificará con 4**, si la respuesta es **totalmente en desacuerdo se codificara con 5**.

EJEMPLO:

	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	DESACUERDO	TOTALEMNTEN EN DESACUERDO
IX.4. El sobrepeso u obesidad puede poner en peligro mi relación con mi marido	1	2	3	4	5

IX.5. Si alguien tuviera sobrepeso u obesidad, toda su vida podría cambiar

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Está de acuerdo en que la vida de las personas cambia si tienen sobrepeso y obesidad?

Si la respuesta es **totalmente de acuerdo se codificaría como 1**, si su respuesta es **muy de acuerdo se codificará con 2**; si la respuesta es **de acuerdo se codificará con un 3**, si la respuesta es **desacuerdo se codificará con 4**, si la respuesta es **totalmente en desacuerdo se codificara con 5**.

EJEMPLO:

	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	DESACUERDO	TOTALEMNTEN EN DESACUERDO
IX.5. Si alguien tuviera sobrepeso u obesidad, toda su vida podría cambiar	1	2	3	4	5

IX.6. Si alguien desarrolla sobrepeso u obesidad, no vivirá más de 5 años

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Está de acuerdo en que si alguien tiene sobrepeso no vivirá más de 5 años?

Si la respuesta es **totalmente de acuerdo se codificaría como 1**, si su respuesta es **muy de acuerdo se codificará con 2**; si la respuesta es **de acuerdo se codificará con un 3**, si la respuesta es **desacuerdo se codificará con 4**, si la respuesta es **totalmente en desacuerdo se codificara con 5**.

EJEMPLO:

	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	DESACUERDO	TOTALEMNTTE EN DESACUERDO
IX.6. Si alguien desarrolla sobrepeso u obesidad, no vivirá más de 5 años	1	2	3	4	5

X. Motivación para la salud

En esta sección se pretende saber si la paciente tiene el determinante de motivación para mantener su salud manteniendo comportamiento de autocuidado.

X.1. Quiero descubrir problemas de sobrepeso u obesidad a tiempo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando quiere descubrir los problemas que causan el sobrepeso y la obesidad?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, lo que significa que es correcto, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, que significa que incorrecto; si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
X.1. Quiero descubrir problemas de sobrepeso u obesidad a tiempo	5	4	3	2	1

X.2. Mantener un peso adecuado es muy importante para mí

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que mantener el peso adecuado es importante?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
X.2. Mantener un peso adecuado es muy importante para mí	5	4	3	2	1

X.3. Puedo buscar información nueva para mejorar mi estado de peso

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando busca información acerca del sobrepeso y obesidad para mejorar su salud?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
X.3. Puedo buscar información nueva para mejorar mi estado de peso	5	4	3	2	1

X.4. Siento que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi peso

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando hace alguna actividad para mejorar su peso?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
X.4. Siento que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi peso	5	4	3	2	1

X.5. Me alimento balanceadamente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando se alimenta balanceadamente?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
X.5. Me alimento balanceadamente	5	4	3	2	1

X.6. Hago ejercicio al menos tres veces por semana

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Hace ejercicio por lo menos tres veces por semana?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
X.6. Hago ejercicio al menos tres veces por semana	5	4	3	2	1

X.7. Tengo chequeo regular, incluso cuando yo no estoy enfermo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Usted tiene chequeos médicos aun cuando no lo requiere?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
X.7. Tengo chequeo regular, incluso cuando yo no estoy enfermo	5	4	3	2	1

XI. Bienestar Social

XI.1. Integración social

En esta sección se pretende saber si el encuestado presenta una valoración de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad.

XI.1.a. Siento que soy una parte importante de mi fraccionamiento

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando siente que es una parte importante en su fraccionamiento?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.1.a. Siento que soy una parte importante de mi fraccionamiento	5	4	3	2	1

XI.1.b. Creo que la gente me valora como persona

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando siente que la gente lo valora como persona?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.1.b. Creo que la gente me valora como persona	5	4	3	2	1

XI.1.c. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando habla usted en frente de las personas y la mayoría de las personas lo (a) escucha y le toma importancia?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.1.c. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía	5	4	3	2	1

XI.1.d. Me siento cercano a otra gente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando se siente cercano a otras personas?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.1.d. Me siento cercano a otra gente	5	4	3	2	1

XI.1.e. Si tuviera algo que decir, siento que la gente no se lo tomaría en serio

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando siente que si tuviera algo que decir, la gente no se lo tomaría en serio?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.1.e. Si tuviera algo que decir, siento que la gente no se lo tomaría en serio	1	2	3	4	5

XI.1.f. No me siento pertenecer a ningún grupo social

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando siente que no pertenece a ningún grupo social?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.1.f. No me siento pertenecer a ningún grupo social	1	2	3	4	5

XI.1.g. La sociedad en la que vivo es una fuente de bienestar

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando siente que la sociedad donde vive es una fuente de bienestar para usted?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.1.g. La sociedad en la que vivo es una fuente de bienestar	5	4	3	2	1

XI.2. Aceptación social

XI.2.a. Creo que la gente no es de fiar

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que las personas no son de fiar?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.2.a. Creo que la gente no es de fiar	1	2	3	4	5

XI.2.b. Creo que las personas solo piensan en sí mismas

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que las personas solo piensan en sí mismas y no en los demás?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.2.b. Creo que las personas solo piensan en sí mismas	1	2	3	4	5

XI.2.c. Creo que no se debe confiar en la gente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que no se debe confiar en la gente?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.2.c. Creo que no se debe confiar en la gente	1	2	3	4	5

XI.2.d. Creo que la gente es egoísta

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que las personas son egoístas?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificará con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.2.d. Creo que la gente es egoísta	1	2	3	4	5

XI.2.e. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que la gente hoy en día es más deshonesto?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificará con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.2.e. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto	1	2	3	4	5

XI.2.f. Las personas no se preocupan de los problemas de otros

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que las personas nunca se preocupan por los problemas de otros?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificará con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.2.f. Las personas no se preocupan de los problemas de otros	1	2	3	4	5

XI.2.g. Creo que las personas son amables

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que las personas son amables?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.2.g. Creo que las personas son amables	5	4	3	2	1

XI.2.h. Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.2.h. Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor	5	4	3	2	1

XI.3. Contribución social

XI.3.a. Creo que puedo aportar algo al mundo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que puede aportar algo al mundo?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.3.a. Creo que puedo aportar algo al mundo	5	4	3	2	1

XI.3.b. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que no tiene nada que ofrecer a la sociedad?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.3.b. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad	1	2	3	4	5

XI.3.c. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que sus actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.3.c. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad	1	2	3	4	5

XI.3.d. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que no tiene tiempo y energía para aportar algo a la sociedad?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.3.d. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad	1	2	3	4	5

XI.3.e. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa hace algo importante para la sociedad?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.3.e. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad	5	4	3	2	1

XI.3.f. Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras personas

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que lo que hace influye en las demás personas?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.3.f. Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras personas	5	4	3	2	1

XI.4. Actualización social

XI.4.a. Para mí el progreso social es algo que no existe

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que el progreso social es algo que no existe?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.4.a. Para mí el progreso social es algo que no existe	1	2	3	4	5

XI.4.b. La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que la sociedad no ofrece ánimos para personas como yo?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.4.b. La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo	1	2	3	4	5

XI.4.c. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando ve que la sociedad está en un constante desarrollo?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.4.c. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo	5	4	3	2	1

XI.4.d. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo cree que las instituciones de gobierno no mejoren su vida?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.4.d. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida	1	2	3	4	5

XI.4.e. La sociedad ya no progresa

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que la sociedad ya no progresa?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.4.e. La sociedad ya no progresa	1	2	3	4	5

XI.4.f. El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando ve que el mundo ofrece cada vez un lugar mejor para nosotros?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.4.f. El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente	5	4	3	2	1

XI.5. Carencia Social

XI.5.a. No entiendo lo que está pasando en el mundo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que no entiende que está pasando en el mundo?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.5.a. No entiendo lo que está pasando en el mundo	1	2	3	4	5

XI.5.b. El mundo es demasiado complejo para mí

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que el mundo es demasiado complejo para usted?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.5.b. El mundo es demasiado complejo para mí	1	2	3	4	5

XI.5.c. No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que no merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vive?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.5.c. No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo	1	2	3	4	5

XI.5.d. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que las diferentes culturas que tenemos son tan extrañas y no las comprende?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.5.d. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas	1	2	3	4	5

XI.5.e. Los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuándo piensa que los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.5.e. Los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo	1	2	3	4	5

XI.5.f. Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el futuro

En caso de que el encuestado no entienda la pregunta se le explicará lo siguiente.

¿Cada cuando le resulta fácil saber lo que pasara en el futuro respecto a su enfermedad?

Si la respuesta es **siempre se codificaría como 5**, si su respuesta es **casi siempre se codificará con 4**; si la respuesta es **a veces se codificará con un 3**, si la respuesta es **casi nunca se codificará con 2**, si la respuesta es **nada se codificara con 1**.

EJEMPLO:

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
XI.5.f. Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el futuro	5	4	3	2	1

ANEXO D. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



“Carta de consentimiento informado
(adultos)”



Nombre del estudio: Determinantes Sociales Asociados al Sobrepeso y a la Obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes, enero a junio del 2013.

Justificación y objetivos del estudio: identificar la asociación de cuáles son los determinantes sociales asociados al sobrepeso y a la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad.

Procedimientos: se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar encuestas relacionadas a los determinantes sociales asociados al sobrepeso y a la obesidad. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios de mi participación en este proyecto.

Posibles riesgos y molestias: no existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, sólo la inversión del tiempo en contestar la misma.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: no recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero se me explicó que el estudio permitirá comparar si existe asociación entre los determinantes sociales, el sobrepeso y la obesidad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: el investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder.

Privacidad y confidencialidad: el investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que yo le sea solicitada, acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar. Hospital General de Zona 1. Adscripción: coordinación clínica de medicina HGZ 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 9139050. Correo: carlos@uiessags.com.

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 4º. 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: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto
consentimiento

Nombre y firma de quien obtiene el

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013

AAAAAA

ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Oct 2011	Nov 201	Dic 2011	Ene 2012	Feb 2012	Mar 2012	Abr 2012	May 2012	Jun 2012	Jul 2012	Ago 2012	Sept 2012	Oct 2012	Nov 2012	Dic 2012	Ene 2013	Feb 2013
Acopio de bibliografía	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Revisión de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Diseño de protocolo					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Antecedentes y Justificación										X	X	X	X	X	X		
Introducción e hipótesis										X	X	X	X	X	X		
Revisión de protocolo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro de protocolo al comité de																X	
Aprobación de protocolo																X	
Financiamiento																	
Prueba piloto														X			
Trabajo de campo																X	
Acopio de datos																X	

Captura de datos y tabulación																	X	
Revisión de resultados																	X	
Análisis de resultados																	X	
Validación de resultados																	X	X
Interpretación de resultados																	X	X
Revisión de la investigación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autorización																		
Elaboración de tesis																X	X	X

