



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**EFFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA
PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE
CONTROL DE PESO EN EL PACIENTE OBESO ADSCRITO
A LA UMF No. 1 DELEGACION AGUASCALIENTES
TESIS**

PRESENTADA POR

Gabriela Carpio Zermeño

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Ana Hortensia López Ramírez.

Aguascalientes, Ags., 30 de enero de 2017



AGUASCALIENTES, AGS., 30 ENERO 2017

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

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. GABRIELA CARPIO ZERMEÑO

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

EFFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO
SOBRE CONTROL DE PESO EN EL PACIENTE OBESO ADSCRITO A LA UMF No. 1
DELEGACION AGUASCALIENTES

Número de registro: R-2016-101-6 del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en salud No. 101.

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

La Dra. Gabriela Carpio Zermeño asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO 2017

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. GABRIELA CARPIO ZERMEÑO

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

**EFFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO
SOBRE CONTROL DE PESO EN EL PACIENTE OBESO ADSCRITO A LA UMF No. 1
DELEGACION AGUASCALIENTES**

Número de registro: R-2016-101-6 del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en salud No. 101.

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

La Dra. Gabriela Carpio Zermeño asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

GABRIELA CARPIO ZERMEÑO
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:

“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL DE PESO EN EL PACIENTE OBESO ADSCRITO A LA UMF NO. 1 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.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 3 de Febrero de 2017.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa del Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios que ha sido mi luz en este camino, mi guía en todo momento, quien me ayudó a salir adelante en todos y cada uno de los obstáculos que se me han presentado, haciéndose presente en todas y cada una de las personas que me rodean.

Agradezco a mi familia por ser mi pilar en los momentos más difíciles, por su apoyo y comprensión en esta etapa de mi vida.

Agradezco a mis amigos por estar siempre a mi lado ayudándome a no desistir, a luchar y levantarme cuando todo se veía tan difícil.

De igual manera agradezco a mi coordinadora, Dra. Ana Hortensia López Ramírez, por su paciencia y todo el apoyo brindado, para culminar este protocolo de tesis, además de toda la residencia, y poder así continuar una nueva etapa.

Gracias a todas y cada una de las personas que Dios puso en mi camino, dejando algo de su vida en mi travesía y muchas enseñanzas a su paso.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

ÍNDICE GENERAL..... 1

ÍNDICE DE GRAFICAS Y FIGURAS..... 3

RESUMEN4

ABSTRACT5

INTRODUCCIÓN6

ANTECEDENTES CIENTIFICOS7

MODELOS Y TEORIAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES 11

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA..... 11

TECNICA DE CORRILLO..... 19

OBESIDAD..... 20

JUSTIFICACION.....24

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....25

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION..... 26

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD..... 26

PANORAMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD 27

NATURALEZA DEL PROBLEMA.....28

DISTRIBUCION DEL PROBLEMA.....30

DESCRIPCION DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA30

PREGUNTA DE INVESTIGACION..... 31

OBJETIVOS..... 31

OBJETIVO GENERAL 31

OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 31

HIPÓTESIS32

MATERIAL Y MÉTODOS.....32

DISEÑO DEL ESTUDIO32

TIPO DE MUESTREO..... 33

TAMAÑO DE LA MUESTRA..... 33

UNIVERSO DEL ESTUDIO..... 33

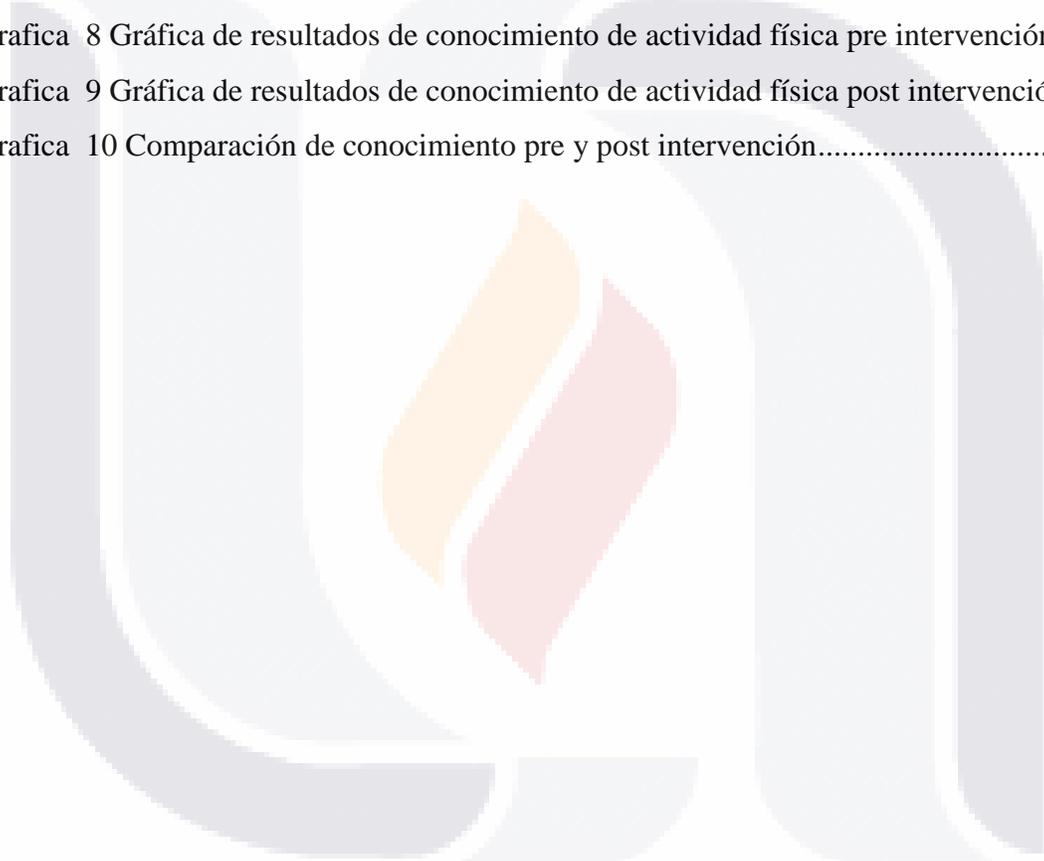
PERIODO DE ESTUDIO 33

CRITERIOS DE SELECCIÓN.....33

| | |
|--|----|
| LOGISTICA..... | 34 |
| <i>RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN</i> | 35 |
| VALIDEZ DEL INSTRUMENTO | 35 |
| <i>ANALISIS ESTADISTICO</i> | 35 |
| ASPECTOS ETICOS..... | 36 |
| RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD..... | 36 |
| RESULTADOS | 37 |
| DISCUSION | 46 |
| CONCLUSIONES | 47 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 48 |
| Anexo A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 53 |
| Anexo B ESTRATEGIA EDUCATIVA..... | 54 |
| Anexo C INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS QUE EL PACIENTE TIENE ACERCA DEL CONTROL DE PESO | 61 |
| Anexo D CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO | 64 |
| Anexo E OPERALIZACION DE LAS VARIABLES | 66 |
| Anexo F MANUAL OPERACIONAL | 70 |
| INDICE DE TABLAS | |
| Tabla 1 Puntajes minimo y media para edad..... | 37 |
| Tabla 2 Puntaje minimos maximos y media por genero..... | 38 |
| Tabla 3 Puntaje minimo, máximo y media por índice de masa corporal..... | 39 |
| Tabla 4 Resultados del conocimiento pre intervención..... | 39 |
| Tabla 5 Resultados del conocimiento post intervención..... | 40 |
| Tabla 6 Resultado de conocimiento de alimentación pre intervención..... | 41 |
| Tabla 7 Resultados de conocimiento de alimentación post intervención..... | 42 |
| Tabla 8 Resultados de conocimiento de actividad física pre intervención..... | 43 |
| Tabla 9 Resutados de conocimiento de actividad física post intervenció..... | 44 |

ÍNDICE DE GRAFICAS Y FIGURAS

| | |
|---|----|
| Grafica 1 Gráfica de edad..... | 38 |
| Grafica 2 Gráfica de género..... | 38 |
| Grafica 3 Gráfica de indice de masa corporal..... | 39 |
| Grafica 4 Gráfica de resultados del conocimiento pre intervención..... | 40 |
| Grafica 5 Gráfica de resultados del conocimiento post intervención | 41 |
| Grafica 6 Gráfica de resultados de conocimiento de alimentación pre intervención | 42 |
| Grafica 7 Gráfica de resultados de conocimiento de alimentación post intervención..... | 43 |
| Grafica 8 Gráfica de resultados de conocimiento de actividad física pre intervención..... | 44 |
| Grafica 9 Gráfica de resultados de conocimiento de actividad física post intervención | 45 |
| Grafica 10 Comparación de conocimiento pre y post intervención..... | 45 |



RESUMEN

ANTECEDENTES. - El sobrepeso y obesidad son el problema de salud más frecuente en México y el mundo. Su presencia aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y cáncer que son las patologías que más muertes causan a nivel global. Por lo tanto, es importante educar e incrementar el conocimiento del paciente sobre estrategias para controlar el peso. **OBJETIVO.** - Evaluar el efecto de una intervención educativa participativa en el conocimiento sobre control de peso en el paciente obeso adscrito a UMF 1 delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y METODOS.** - Estudio cuasi experimental, en donde la muestra será aleatorio simple, incluyendo 222 pacientes obesos que recibieron atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes durante el mes de junio 2016 y aceptaron participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado a los que se les extendió la invitación para la sesión educativa. No se incluyeron pacientes analfabetas o con algún deterioro cognitivo. El instrumento de evaluación consistió en un cuestionario auto aplicado, el cual contenía ficha de identificación, características sociodemográficas, así como preguntas que evaluaran el nivel de conocimiento. Dicho instrumento cuenta con una validez aparente determinada por expertos y se aplicó antes y después de la estrategia que fue de tipo participativa llamada "Corrillos". **CONCLUSIONES** El efecto de una estrategia educativa participativa sobre el conocimiento en el control de peso en el paciente con obesidad, resultó positivo al mejorarlo. **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA.** - Solo se requirió acceso a los pacientes. El gasto de papelería y material para la ejecución de la intervención fue proporcionado por los investigadores. Se contó con un aula para la impartición de dicha intervención. **EXPERIENCIA DEL GRUPO.** - Los investigadores cuentan con amplia experiencia en la evaluación y seguimiento de pacientes con obesidad, de igual manera el investigador principal cuenta con Maestría en Educación. **PALABRAS CLAVE:** Educativa Participativa, Conocimiento, Obesidad.

ABSTRACT

BACKGROUND.- Overweight and obesity are the most frequent health problem in Mexico and the world. Their presence increases the risk of developing diabetes mellitus, cardiovascular diseases and cancer that are the pathologies that cause more deaths globally. Therefore, it is important to educate and increase patient awareness of weight management strategies. **OBJECTIVE:** To evaluate the effect of a participative educational intervention on the knowledge about weight control in the obese patient assigned to UMF 1 Aguascalientes delegation. **MATERIAL AND METHODS.-** A quasi-experimental study, in which the sample will be a simple random sample, including 222 obese patients who received medical care at the Family Medicine Unit No. 1 Aguascalientes Delegation during the month of June 2016 and accepted to participate in the study by signing Informed consent to which the invitation to the educational session was extended. No illiterate or cognitively impaired patients were included. The evaluation instrument consisted of a self-administered questionnaire, which contained an identification form, sociodemographic characteristics as well as questions assessing the level of knowledge. This instrument has an apparent validity determined by experts and was applied before and after the strategy that was participatory type called "Corrillos". **CONCLUSIONS** The effect of a participative educational strategy on knowledge in weight control in the obese patient was positive when improving it. **RESOURCES AND INFRASTRUCTURE.-** Only patients were required. The expenditure of stationery and material for the execution of the intervention was provided by the researchers. There was a classroom for the delivery of this intervention. **EXPERIENCE OF THE GROUP.-** The researchers have extensive experience in the evaluation and follow-up of patients with obesity, in the same way the principal investigator has a Masters in Education. **KEYWORDS:** Participatory Education, Knowledge, Obesity.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y obesidad son el problema de salud más frecuente en México y el mundo. Su presencia aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y cáncer que son las patologías que más muertes causan a nivel global.

Por lo tanto, es importante educar e incrementar el conocimiento del paciente sobre estrategias para controlar el peso.¹

Las estrategias no farmacológicas incluyen medidas dietéticas, actividad física, estrategias cognitivo-conductuales e intervenciones educativas participativas ².

La fortaleza de la visión participativa está en lograr la autonomía del educando, implica realizar esfuerzos educativos que induzcan al educando a cuestionar y, en su caso, superar el conocimiento establecido en la práctica clínica³

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Aunque no se encontraron estudios sobre intervenciones educativas participativas para mejorar el conocimiento sobre control de peso del paciente obeso, algunos estudios en pacientes con otras patologías demuestran la utilidad de las intervenciones educativas participativas.

Martín Churchman Blanca María. (2010) “Conocimientos sobre la obesidad en las adolescentes obesas del área de salud Versalles”. Realizó un estudio descriptivo, transversal, con el objetivo de valorar el comportamiento y los conocimientos que poseen las adolescentes obesas sobre la obesidad, sus causas y consecuencias en el Policlínico Universitario Reynold García. Para ello se empleó una encuesta anónima a un grupo de 20 adolescentes femeninas, obesas, con índice de masa corporal superior a 30 Kg/m², entre 10 y 19 años. Resultó significativo que las adolescentes tenían, en su mayoría, desconocimiento sobre las consecuencias de la obesidad. No obstante, se destacó que el aspecto más conocido resultó ser el trastorno psicológico. Además existían adolescentes con dietas inadecuadas que favorecen la aparición de la obesidad, y a la vez se constató que todas eran sedentarias, siendo estos elementos factores de riesgo para desarrollar la obesidad. Se arribó a la conclusión de que no existía conocimiento adecuado sobre la obesidad, sus causas y consecuencias en las adolescentes obesas del estudio, lo que propicia un comportamiento inadecuado en las mismas. ⁴

Núñez-Guzmán NA, y Col. (2012) “Conocimiento, autopercepción y situación personal de estudiantes de enfermería respecto al sobrepeso y la obesidad”. Realizan un estudio observacional, prospectivo, transversal, tipo encuesta descriptiva, efectuado en 133 alumnos de la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, cuyo objetivo era determinar el grado de conocimiento acerca del sobrepeso y la obesidad, los hábitos alimentarios, la autopercepción y el estado real de estudiantes de Enfermería. La mayoría de los encuestados refirió saber qué es la obesidad, 96% la reconocen como enfermedad grave y un problema de salud pública. También supieron cuáles son sus principales causas; sin embargo, más de la mitad aceptó no tener una alimentación adecuada, sólo 52% supo cómo diagnosticarla, y la autopercepción de su peso no concordó con la realidad porque 77% consideraron que

tenían un peso normal y 15% se consideraron "flacos". Sólo 8% se consideraron obesos, mientras que al hacer el cálculo de su IMC se obtuvo que solamente 60% tenían peso normal, 11% sobrepeso, 28% obesidad, y únicamente un estudiante tuvo bajo peso. En base a lo anterior concluyendo que a pesar de conocer el concepto de obesidad y saber que se trata de una enfermedad grave, el nivel de conocimiento de los estudiantes dista de ser el ideal, pues no se ha logrado la repercusión necesaria para crear conciencia acerca de la importancia de cuidar su alimentación; además, prevalece la incongruencia entre la percepción de su imagen corporal y la realidad.⁵

Delbino, Carolina, (2013) "Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en adolescentes concurrentes al colegio F.A.S.T.A", (TESIS) estudio descriptivo, transversal, cuyo objetivo es identificar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas alimentarias, tipos de fuente de información nutricional y hábitos de actividad física. Se realizó una investigación cuantitativa en 90 alumnos que asistían a cuarto año de colegio, se les realizó una encuesta CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), se seleccionó una submuestra y se les realizó una entrevista cara a cara para profundizar en algunos temas desarrollados en la encuesta. El 31% respondió correctamente más de la mitad de las preguntas sobre conocimientos nutricionales, siendo la familia la fuente de información predominante. El sabor y la disponibilidad de dinero resultaron los factores que afectaban en mayor medida en la elección de alimentos elegidos en el colegio. Solo el 12% realizaba actividad física todos los días. Concluyen que en la muestra observada, que en general existía falta de conocimiento en temas relacionados con alimentación, actitudes positivas frente a alimentación saludable y prácticas alimentarias inadecuadas por lo cual consideraban conveniente implementar educación sobre alimentación y nutrición en el ámbito escolar. También siendo necesario fomentar la actividad física en esa población.⁶

Hernández Helena, (2010) "Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un Estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara" (TESIS) estudio analítico cuyos objetivos generales fueron estudiar la severidad percibida, estudiar la vulnerabilidad percibida, las creencias sobre las acciones preventivas o curativas de la obesidad, estudiar las conductas realizadas, nivel de prevalencia de la obesidad, estudiar la influencia del modelo de creencias de salud sobre el estilo de vida relacionada con la obesidad, todo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

esto en adolescentes de la provincia de Guadalajara. Se realiza en una muestra de 951 estudiantes adolescentes escolarizados en educación secundaria obligatoria (ESO) de la provincia de Guadalajara, muestreo aleatorio estratificado proporcional, a los cuales se les aplican escalas e instrumentos diversos. Se concluye que el 27.8% de los adolescentes tienen exceso de peso, la severidad percibida de la obesidad varía en función al diagnóstico de grado de obesidad que presentan, no se presenta variación significativa respecto a las creencias de la etiología de la obesidad en comparación con su propio peso corporal. Así, los adolescentes no tienen conocimientos suficientes sobre la obesidad, su etiología y los problemas que de ella se derivan a nivel físico, psíquico y social.⁷

Peredo-Rosado y Col.⁸ (2004) Por medio de un estudio cuasiexperimental, evaluaron el efecto de una intervención educativa activa participativa sobre la presión arterial media, el índice de masa corporal y el nivel de conocimientos en 48 sujetos con hipertensión. La intervención consistió en una intervención educativa participativa activa de 4 horas diarias durante cinco días por bimestre en tres ocasiones, en la que se abordaron temas relacionados a la enfermedad. El impacto de dicha intervención se evaluó con base en la ganancia del grado de conocimientos, los cambios en el peso y la presión arterial media a los dos, cuatro y seis meses de la estrategia educativa. Se encontró un incremento significativo en los conocimientos (31.3 puntos), y una disminución significativa del IMC de 2.74 Kg/m², posterior a la intervención educativa ($p < 0.05$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el peso y la presión arterial (-13.59 mmHg) al final del estudio ($p < 0.05$).

Cabrera-Pivaral y Col.⁹ (2004) Realizaron un estudio cuasiexperimental, promovieron la participación activa de los pacientes para alcanzar cambios de vida y comportamientos saludables, con la finalidad de demostrar las ventajas de la educación participativa en la modificación del Índice de masa corporal en 49 diabéticos tipo 2 obesos, los cuales fueron divididos en dos grupos: uno control que recibiría educación tradicional y uno experimental que recibiría educación participativa. Se midió el IMC al inicio del estudio y mes con mes hasta los 9 meses que duró la intervención. El grupo control tuvo un IMC promedio de 33.89 basal y final de 33.2. En contraste, el grupo experimental se tuvo un valor inicial promedio de 33.63 y final de 31.54 con una diferencia significativa ($p = 0.003$).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sin embargo, no midieron la ganancia de conocimiento adquirido con la educación participativa. Por medio de este estudio quedó demostrado que la educación participativa contribuyó a mejorar el IMC.

Sánchez y colaboradores¹⁰ (2006) Por medio de un estudio cuasiexperimental, valoraron la eficacia de un programa de educación dietética en pacientes obesos que acudían a la consulta externa del Servicio de Endocrinología del Complejo Hospitalario de Jaén, en España. Los 171 pacientes incluidos fueron valorados nutricionalmente y se les aconsejó una dieta hipocalórica, equilibrada y realizar actividad física. Todos los pacientes recibieron varias sesiones de educación en hábitos dietéticos saludables siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española para Estudio de la Obesidad. Los contenidos de la clase de educación constaron de: generalidades sobre la composición de los alimentos, aporte calórico, realización de ejercicio físico y resolución de preguntas en relación con mezclas de alimentos, dietas “milagro”, etc. A los pacientes que no lograban los objetivos planeados de pérdida de peso, se les indicaba tratamiento farmacológico con fibra (normalmente *Plantago ovata*). Se logró una pérdida de peso y masa grasa significativamente mayor en los varones que en las mujeres (9.61 vs 6.71kg, $p < 0.006$). La pérdida de peso fue mayor en los que realizaban actividad física (8.91 kg en quienes la practicaban vs 4.4 en los que no, $p < 0.001$) y con la toma de fibra dietética. Concluyendo que el cumplir con el tratamiento dietético y las recomendaciones de cambio en el estilo de vida, favorece la pérdida de peso.

Árcega-Domínguez y Col. (2007) ¹¹ A través de un estudio cuasiexperimental, compararon el impacto de la educación participativa y la educación tradicional en el conocimiento, adherencia al tratamiento y control de la enfermedad en 202 pacientes con DM2, los cuales fueron divididos de manera aleatoria en dos grupos. El grupo control acudió a una sesión mensual de 4 ocasiones mientras que el experimental a 6, una por semana. Se realizaron evaluaciones antes y después de la intervención utilizando instrumentos: para evaluar los conocimientos sobre diabetes, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida; el control de la enfermedad se determinó con el promedio de las cuatro últimas cifras de glucosa plasmática. La calificación encontrada al final de la evaluación de conocimientos de la enfermedad fue 4.05 puntos mayor que al principio en una escala de 0-10 ($p=0.0001$) en el grupo experimental y de 0.09 en el grupo control. También hubo un

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aumento en la adherencia al tratamiento de 0.71 ($p < 0.0001$) en el grupo experimental y de 0.39 en el grupo control ($p = 0.50$). Conclusión: la intervención con EP es superior a la ET para mejorar el conocimiento, la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad de pacientes con DM2.

Vargas-Ibáñez y su equipo¹² (2010) Realizan un estudio cuasiexperimental. Su objetivo fue determinar los parámetros bioquímicos, nivel de conocimiento y calidad de vida en un grupo de pacientes con DM2 después de un año de la aplicación del “Curso para diabéticos”. Incluyeron a un grupo control de 21 pacientes y uno experimental de 17 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario *Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos* (IMEVID) y potro para medir los conocimientos de la enfermedad. También se realizaron mediciones séricas de glucosa, colesterol y triglicéridos. En el grupo experimental hubo reducción en las cifras de glucosa séricas ($p = 0.004$), pero no en el grupo control. Aunque no hubo cambios significativos en las cifras de colesterol total ni triglicéridos. Por lo que, la intervención educativa participativa mejoró el control glucémico de los pacientes.

Mendoza Romo y cols., (2013) Estudio cuasiexperimental en el cual se evalúa el impacto del programa educativo participativo institucional DIABETIMSS ejecutado durante un año sobre parámetros somatométricos y metabólicos del paciente diabético tipo 2 en un grupo de 151 pacientes. Se incluyeron 106 mujeres y 45 hombres cuyo rango de edad iba de 15 a 87 años, con una media de 57.22 ± 11.47 . Se observó una disminución significativa en su índice de masa corporal, perímetro de cintura, glucosa venosa en ayuno, glucosa postprandial, colesterol, tensión arterial sistólica, triglicéridos y hemoglobina glucosilada (t de Student pareada, $p < 0.05$). Por lo que, la estrategia educativa participativa DIABETIMSS para el control del paciente diabético presentó un comportamiento favorable en la mayoría de los parámetros somatométricos y metabólicos a un año de seguimiento.

13

MODELOS Y TEORIAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA

1. Definición y elementos de la educación participativa

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los métodos participativos, llamados por algunos autores también métodos activos, productivos, probólicos, se definen como las vías, procedimientos y medios sistematizados de organización y desarrollo de la actividad de los estudiantes, sobre la base de concepciones no tradicionales de la enseñanza, con el objetivo de lograr el aprovechamiento óptimo de sus posibilidades cognitivas y afectivas¹⁴.

Fallas y Valverde¹⁵ definen la metodología en educación participativa como una manera de trabajo en la que se procura la participación activa de todas las personas involucradas en el proceso de construcción y reconstrucción del conocimiento, promueve el aprendizaje y estimula un mayor involucramiento entre las personas participantes y la temática que se estudie. Mediante la propuesta de una relación más equitativa y horizontal, se pretende superar el abuso del poder por parte de la persona conductora del proceso educativo, otorgando el derecho a cada participante de opinar, cuestionar, aportar y disentir durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, en un ambiente creativo, respetuoso, lúdico y abierto ¹⁶.

La lúdica como elemento fundamental de este tipo de metodología aporta al desarrollo de un ambiente de aprendizaje satisfactorio y permite la expresión de sentimientos y experiencias de las personas participantes, los cuales favorecen u obstaculizan la adquisición de competencias¹⁷.

Otro elemento metodológico contenido en la educación participativa es la sensibilización, fase que realiza un acercamiento al tema mediante técnicas participativas, visuales y de reflexión, entre otras que permiten a los participantes externar opiniones, experiencias y emociones con relación a la temática. Otro elemento, es el acercamiento teórico reflexivo en el que se brindan referentes teóricos que sustenten o refuerzan lo aportado por el grupo y finalmente se elaboran propuestas concretas por parte de la población participante que han de ser aplicadas en contextos particulares “de vuelta a la práctica”¹⁷.

2. Ventajas de la educación participativa

La principal fortaleza de la visión participativa está en lograr la autonomía del educando, implica realizar esfuerzos educativos que induzcan al educando a indagar, cuestionar y, en su caso, superar el conocimiento establecido en la práctica clínica¹⁸.

Implica formar en el educando un pensamiento crítico, a fin de que logre una actitud autónoma en la adquisición de nuevos conocimientos¹⁸.

Resulta evidente que con la utilización de los métodos y técnicas participativas se logra una mayor y más rica interacción entre los alumnos, y entre éstos y el profesor, lo que contribuye, no sólo a lograr aprendizajes más significativos, sino también a desarrollar en los sujetos que componen el grupo, habilidades relacionadas con la posibilidad de discutir y defender puntos de vista, escuchar y valorar criterios, analizar diferentes experiencias, entre otras, y valores como la cooperación entre compañeros, la actitud crítica y autocrítica, la responsabilidad ante las tareas y otras¹⁸.

Este modelo elimina la pasividad del educando que previamente existía, eliminando la postura del educador como modelo de conocimiento universal que marca la pauta de aprendizaje en el alumno. También, ayuda a la resolución de diversas problemáticas dependiendo del enfoque en un componente intelectual y conductual en el que las formas de observar, analizar, reflexionar, así como de identificación de datos significativos a las necesidades planteadas y su clasificación forman parte esencial del modelo¹⁹.

El enfoque participativo ofrece una nueva alternativa de establecer el proceso educativo que facilita el desarrollo de algunas habilidades, la capacidad reflexiva, el cuestionamiento de sus acciones, el enjuiciamiento y la discriminación de la información para la toma de decisiones y la autocrítica; elementos que favorecen la elaboración del conocimiento; un pensamiento crítico y en consecuencia, una mejor proyección¹⁹.

Finalmente, cabe hacer mención de que las técnicas educativas participativas crean la necesidad para la continuación del conocimiento, originan un ambiente positivo de enseñanza (tanto por parte del profesor, como del alumnado), estimulan la creatividad y motivan a los estudiantes a su autoformación¹⁹.

3. Usos de la educación participativa en salud y tratamiento de obesidad

La educación para la salud enfocada en programas que orienten a los pacientes a llevar a cabo una reducción de peso de manera saludable, tiene lugar de diversas maneras; desde la concientización en el consultorio del médico o del nutriólogo con la orientación correspondiente, hasta la formación de clubes dirigidos a pacientes con los mismos problemas en los cuales se pueda realizar el intercambio de experiencias y conocimientos; no sólo para homogeneizar los conocimientos, sino además, para lograr un crecimiento de esto¹⁰.

Algunos de los programas educativos constan de varias sesiones de educación sobre hábitos dietéticos saludables siguiendo las recomendaciones de la diversas sociedades (como la Sociedad Española para Estudio de la Obesidad) bien de forma individual o bien, de forma grupal. Los contenidos de las sesiones pueden abarcar generalidades de nutrición y salud pública, como la composición de los alimentos, aporte calórico, realización de ejercicio físico y resolución de cuestiones en relación con mezclas de alimentos, aporte calórico, realización de ejercicio físico y resolución de cuestiones en relación con mezclas de alimentos, dietas “milagro”, etcétera¹⁰.

Otro método adicional que pudiera implementarse es la aplicación de cuestionarios a fin de valorar las costumbres nutricionales para llevar a cabo un mejor consejo acerca de los hábitos incorrectos y sedentarismo¹⁰.

A través de programas nutricionales se pueden recomendar planes dietéticos equilibrados con reducción de la ingesta calórica recomendada respecto a una dieta previa. Se puede y debe incentivar la realización de ejercicio físico de forma regular con un mínimo de 3-4 veces por semana¹⁰.

Otras intervenciones consisten en cursos de educación basados en modelos activo-participativos impartidos por personal responsable, combinando el trabajo en taller, promoviendo la discusión de los participantes y el planteamiento de dudas, con sesiones de cuatro horas durante 5 días cada bimestre por tres bimestres en las que se discute información sobre las generalidades de la enfermedad a tratar, medidas higiénico-

dietéticas (como disminución del aporte calórico por día, de acuerdo con los requerimientos correspondientes según peso, talla, sexo y edad; disminución de productos con alto contenido en sal y grasas saturadas; beneficios de ejercicio isométrico, como la marcha por 40 minutos, cinco días por semana; y técnicas para la toma ambulatoria de la presión arterial.)⁸.

En este tipo de intervenciones participativas, se utilizan como apoyo didáctico videocassetes, audiocassettes, acetatos, televisión, computadora, grabadora, pizarrón, folletos, trípticos, báscula, etcétera¹⁹.

El impacto de programas educativos se puede evaluar con base en el grado de conocimientos del paciente después de la estrategia educativa, midiendo los cambios en el índice de masa corporal y presión arterial media posterior a la estrategia educativa⁸.

4. Educación participativa para ganancia de conocimiento

La construcción colectiva de conocimiento de forma participativa, parte de varios reconocimientos:

Del saber que yace en cada persona individual y colectivo humano, generado por su propia naturaleza como sujeto de aprendizaje y no restringido sólo a aquellas personas que acceden a los sistemas formales de formación²⁰.

Del referirse al conocimiento como aquél proceso dinámico e interactivo mediante el cual la información a la cual acceden las personas se va seleccionando y entretejiendo alrededor de los conceptos, referenciados por un conjunto de valores y visiones propiciando destrezas y prácticas determinadas en los sujetos y colectivos²⁰.

Que este proceso es más pertinente cuando el producto del mismo se va elaborando de manera coherente con el contexto de la realidad del sujeto que aprende y construye tal conocimiento.²⁰

Que es posible hacer del ejercicio un asunto relevante en cuanto permite quienes lo desarrollan fortalecer la capacidad y empoderarse²⁰

El empoderamiento, una de las ganancias de la educación participativa, es un proceso multidimensional de carácter social, en donde el liderazgo, la comunicación y los grupos auto dirigidos reemplazan la estructura piramidal mecanicista por una estructura más horizontal en donde la participación de todos y cada uno de los individuos dentro de un sistema forman parte activa del control del mismo a fin de fomentar la riqueza y el potencial del capital humano que posteriormente se verá reflejado en la comunidad completa en la cual se desempeña.²¹

En la educación participativa, cada persona aporta su conocimiento y experiencia; el grupo puede ser heterogéneo, pues cada persona puede pertenecer a diferentes áreas de conocimiento. Se pueden obtener resultados óptimos en menos tiempo con herramientas sencillas.²²

En el proceso de aprendizaje participativo, se da otro fenómeno denominado “negociación de significados” en el cual cada persona aporta una idea respecto a un concepto, las demás pueden aceptarla o no, o modificarla un poco; lo que hace que el conocimiento se incremente a manera de retroalimentación. Es bien sabido que la interacción entre los participantes no genera por sí misma procesos más reflexivos, sino que es necesario que el educador guíe la discusión y los incite a estructurar su discurso mediante reglas claras que permitan llegar a conclusiones válidas.²¹

La concepción constructivista del aprendizaje y la intervención educativa, constituye la convergencia de diversas aproximaciones psicológicas a problemas como:

El desarrollo psicológico del individuo, particularmente en el plano intelectual y en su intersección con los aprendizajes salubristas.²²

La identificación y atención a la diversidad de intereses, necesidades y motivaciones de los alumnos en relación con el proceso enseñanza-aprendizaje.²²

El replanteamiento de los contenidos curriculares, orientados a que los sujetos puedan aprender sobre contenidos significativos en el campo de su enfermedad²²

El reconocimiento de la existencia de diversos tipos y modalidades de aprendizaje, dando una atención más integrada a los componentes intelectuales, afectivos y sociales.²²

La búsqueda de alternativas novedosas para la selección, organización y distribución del conocimiento escolar, asociadas al diseño y promoción de estrategias de aprendizaje e instrucción cognitivas.²²

Las estrategias participativas derivan del enfoque constructivista el cual ha sido conformado por diversos autores²³

La importancia de promover la interacción entre el educador y sus educandos, o en su caso entre médico y los pacientes mismos a través del manejo del grupo mediante el empleo de estrategias de aprendizaje cooperativo.²²

Es decir, el equipo de salud (o el médico) no sólo funciona como transmisor de conocimiento, guía o facilitador del aprendizaje, sino como mediador del mismo, por lo que debe utilizar la pedagogía para educar al paciente.²²

La literatura actualmente disponible, tanto en pedagogía y educación, en general, como en enseñanza de la medicina, abunda en la propuesta de este tipo de prácticas pedagógicas consistentes con la teoría constructivista. Algunos ejemplos propuestos como alternativas para la enseñanza magistral, aún para grandes grupos de estudiantes, contemplan tareas como las de responder preguntas, resolver casos, diseñar proyectos, flujogramas, diagramas o esquemas, bosquejar la solución a un problema o resolverlo total o parcialmente; predecir la respuesta de un sistema en circunstancias determinadas, interpretar una observación, el resultado de un experimento o de una investigación, criticar un diseño o descubrir un desperfecto o error. Todas estas actividades además se pueden realizar individualmente o en grupos pequeños (Felder & Brent, 2003; Leonard, 2002).

Una de las propuestas participativas mejor conocidas, estructuradas y evaluadas, determinante del currículo en gran número de instituciones y para diferentes disciplinas, es el aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABP).

Desarrollada en la Universidad de Mc Master, en Canadá, para la educación médica y ampliamente difundida a partir de 1960 en varias partes del mundo, incluye entre sus estrategias la investigación, el diseño de proyectos, el estudio de casos y la resolución de

problemas en grupos de trabajo. Implica actividad, cooperación, retroalimentación, ajuste a las preferencias individuales, empoderamiento y responsabilidad del estudiante (Woods, 1996).

La esencia de esta forma de organizar el aprendizaje son los pequeños grupos (de máximo 15 estudiantes), que deciden por consenso qué es lo que necesitan estudiar tras discutir un material desencadenante o problema propuesto por el docente. Luego de un lapso de tiempo de trabajo individual se reúnen para compartir, comparar y relacionar lo que han aprendido respecto al material desencadenante, y deciden si es suficiente para dar respuesta o solución al problema.

Aparte de la oportunidad de construir conocimiento, esta dinámica los lleva a desarrollar habilidades para comunicarse, trabajar en grupo, trabajar con iniciativa, compartir información y ejercer consideración, respeto e interés por los aportes de los demás (David, Patel, Burdette, & Rangachari, 1999).

Las técnicas didácticas ocupan un lugar medular en el proceso de enseñanza-aprendizaje, son las actividades que el docente planea y realiza para facilitar la construcción del conocimiento.²⁴

Estas técnicas fueron desarrolladas para trabajar con grupos numerosos y tienen distintos objetivos. Por ejemplo, las técnicas para iniciar el curso propician que los alumnos se conozcan e integren.

Otras técnicas han sido diseñadas para motivar a los alumnos, algunas para recuperar la información y conocimientos de los estudiantes, para diseminar información, para homogeneizar los conocimientos heterogéneos en un grupo.²⁴

Todas ellas pueden considerarse como técnicas auxiliares para sesiones e incluso para temáticas específicas

Existen diversas técnicas didácticas como asamblea, dialogo público, dramatización, entrevista, corrillo, etc²⁴

TECNICA DE CORRILLO

Se forman grupos de cuatro a ocho integrantes discuten o analizan un tema. Esta técnica estimula la participación de todos los alumnos.

Se utiliza, por lo general, al inicio de un curso o programa, para que los alumnos informen acerca de sus intereses, necesidades, problemas, deseos y sugerencias.

En el transcurso del periodo lectivo es útil para desarrollar la intervención de los alumnos

24

VENTAJAS:

- Es una técnica rápida que estimula la división del trabajo y de la responsabilidad, al mismo tiempo que asegura la máxima identificación individual con el problema o tema tratado.
- Prepara a los alumnos para:
 - Ayudar a los alumnos a liberarse de inhibiciones para participar en un grupo pequeño o en equipos.
 - Disminuye la fatiga, el aburrimiento y la monotonía cuando las lecciones largas tienden a estancarse.²⁴

APLICACION:

1. Los alumnos se dividen en pequeños grupos.
2. La división puede hacerse arbitrariamente o de acuerdo a intereses específicos de los alumnos.
3. Cada grupo pequeño nombra un coordinador que debe mantener activa la discusión sobre el tema, dando oportunidad a que todos participen y nombrar a un secretario que registrará las conclusiones.
4. Los grupos comienzan la discusión, exposición de ideas o presentación de nuevos proyectos, etc., por un tiempo previamente determinado.
5. Una vez transcurrido el tiempo marcado, el grupo vuelve a integrarse y expone el material obtenido o elaborado por los grupos.²⁴

OBESIDAD

1. Definición, diagnóstico y epidemiología de obesidad

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multifactorial no exclusiva de países económicamente desarrollados¹, que ocurre cuando la ingesta de calorías excede el gasto energético, lo que resulta en un aumento de los depósitos de grasa corporal². La obesidad es definida como un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 30kg/m², afecta a todos los grupos de edad de distintas etnias y de todas las clases sociales. Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial y se ha denominado “la epidemia del siglo XXI” por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³.

El IMC es el indicador más útil para evaluar la composición corporal a nivel poblacional debido a su fácil aplicación sistemática. La circunferencia de cintura es un indicador de adiposidad central, útil en la valoración del riesgo cardiovascular²⁵. Más rara vez, se ha recurrido a la distribución de la grasa corporal para su clasificación³.

Dada su alta frecuencia y el efecto negativo que ejerce en la población que los padece, el sobrepeso y la obesidad son reconocidos actualmente como uno de los retos más difíciles de enfrentar en el campo de la salud pública mundial³.

La obesidad incrementa significativamente el riesgo de padecer otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, apnea del sueño, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis y cánceres (de mama, esófago, colon, endometrio, riñón, etcétera), mortalidad prematura y costo social de la salud y reducción de la calidad de vida²⁶. De hecho se ha estimado que alrededor del 90% de los casos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) son atribuibles al sobrepeso y obesidad^{26,27}.

La OMS calcula que en el año 2015 existían 2 mil millones 300 mil adultos con sobrepeso, más de 700 millones con obesidad y más de 42 millones de menores de 5 años con sobrepeso. De acuerdo con proyecciones de la Organización para la Cooperación y el

Desarrollo Económicos (OCDE) se estima que más de dos de tres personas tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020²⁶.

El proyecto Multinacional para la Vigilancia de Tendencias y Factores Determinantes de las Enfermedades Cardiovasculares (MONICA) desarrollado en 48 ciudades encontró que la mayoría de las ciudades incluidas tenían una prevalencia de sobrepeso y obesidad superior al 50% y en algunos países como Estados Unidos (EEUU), Egipto y Rusia, la obesidad se presentó hasta en un 30% de la población con una magnitud similar en Canadá, EEUU y México. Aunque, Brasil tiene una prevalencia de obesidad de tan sólo el 8.3%²⁸.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2012 (ENSANUT 2012), la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.28% (que representan a 48.6 millones de personas). Es decir, a prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.5% y el femenino de 35.9%. Es decir, en los últimos 12 años se ha observado un incremento promedio anualizado de 1.3%, siendo éste mayor en el periodo 2000-2006 (2.1%). que en el periodo 2006- 2012 (0.3%).²⁹

En México, la prevalencia de la obesidad ha alcanzado dimensiones alarmantes. En la actualidad, nuestro país ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, se estima que uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, lo que representa alrededor de 5,757,400 adolescentes en el país, mientras que más del 70% de la población adulta, entre los 30 y 60 años, tiene exceso de peso, situación que pone en riesgo la sustentabilidad del sistema de salud, al incrementar el riesgo de muerte y el desarrollo de otras enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la obesidad. En México, se estima que la atención de enfermedades causadas por la obesidad y el sobrepeso, tiene un costo anual aproximado de 3 mil 500 millones de dólares.

2. Estrategias para reducción de peso

En general, las estrategias para reducción de peso se clasifican en farmacológicas y no farmacológicas. Las estrategias no farmacológicas incluyen medidas dietéticas, actividad física, estrategias cognitivo-conductuales e intervenciones educativas participativas ³⁰.

Las medidas no farmacológicas son las más efectivas, aunque típicamente las más difíciles de seguir por la falta de hábitos saludables de los pacientes y la necesidad de combinar medidas dietéticas, de actividad física, conductuales y de adquisición de conocimiento. El simple hecho de que popularmente se entiende por “Dieta” a una situación en la que al paciente se le privará de alimentación, es una barrera importante para la adherencia a las recomendaciones ^{30,31,32}

La educación sobre el bien comer, es fundamental para control de peso en el paciente con sobrepeso y obesidad, y por lo tanto se convierte en uno de los principales objetivos, porque esto facilitará una mejor adherencia a las indicaciones terapéuticas y un control más rápido del peso³⁰⁻³².

Entre las recomendaciones dietéticas fundamentales para la reducción de peso, se encuentran: alimentarse en tiempos preestablecidos, ingerir 3 alimentos y 2 colaciones, escoger alimentos de baja densidad energética, la lectura e interpretación de etiquetas, la adición de agua en la preparación de los alimentos (sopas, cereales cocidos) y la selección de alimentos con alto contenido de agua (frutas ricas en agua, verduras, bebidas no calóricas) ^{32,33,34}.

La combinación de ejercicio físico acompañando de la restricción calórica es más efectiva que cualquier modalidad por separado³⁵. Pero para lograr la modificación de una conducta sedentaria y/o del sedentarismo, se requiere de estrategias educativas con el fin de ayudar al paciente obeso a cambiar su actitud frente a la comida, sus hábitos alimenticios y de actividad física. ³⁵

Por su parte, la terapia farmacológica puede ser en casos selectos de utilidad, como adyuvante, pero la pérdida de peso no se logra mantener en la mayoría de los casos tras suspenderla, y otro inconveniente son los efectos adversos que conlleva³⁶. Esta terapia, nunca se debe utilizar como monoterapia; debe asociarse siempre a dieta y ejercicio ³⁷.

3. Educación para reducción de peso

Las políticas de educación pueden ser importantes para reducir la creciente prevalencia de sobrepeso u obesidad. Una extensa revisión de datos de pacientes gemelos australianos ha documentado una fuerte asociación entre la educación y una amplia variedad de medidas de salud, incluyendo el tamaño y la composición corporal. A mayor nivel educativo, menor probabilidad de tener sobrepeso. El efecto estimado de la educación sobre el sobrepeso aumenta con la edad.³⁸

El Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre (NHLBI) lanzó una iniciativa para un programa de educación en obesidad en enero de 1991 con el propósito principal de ayudar a reducir la morbilidad en este grupo de población³⁹. Dicho programa incluye información para pacientes con obesidad y/o sobrepeso referente a la importancia del monitoreo periódico de la presión arterial, el índice de masa muscular, así como de sus niveles de colesterol y el abandono de un estilo de vida sedentario³⁹.

Dentro de sus objetivos, el NHLBI incluye el reducir la proporción de adultos que se encuentran en rangos no sanos de peso, la proporción de adultos obesos, la proporción de niños y adolescentes obesos y en sobrepeso, la proporción de adultos que siguen un estilo de vida sedentaria³⁹.

La orientación propuesta por el NHLBI a los pacientes con sobrepeso y obesidad no es muy diferente de los planteamientos educativos mencionados en los apartados previos, donde se menciona la importancia que tiene el saber elegir comida variada e inocua y baja en calorías, entre otras.³⁹

En cuanto al conocimiento promovido sobre actividad física, la propuesta del NHLBI propone el abandono de un estilo de vida sedentario, haciendo hincapié en la importancia que tiene la prevención, manejo y control adecuado de las comorbilidades asociadas.³⁹

Nielsen evaluó la relación de la educación con la salud auto reportada y el IMC en niños de escuelas danesas mediante análisis matemáticos. Encontrando, que a mayor educación había mejor salud autoreportada y menor IMC.⁴⁰

Kendel y colaboradores evaluaron el efecto de completar estudios de nivel preparatoria sobre obesidad, utilizando los datos de la Encuesta Nacional Longitudinal de Jóvenes de Estados Unidos. Aunque no encontraron, una relación entre completar la preparatoria y la prevalencia de obesidad. ⁴¹

En base a lo anterior, queda evidenciado que existen primordialmente 2 comportamientos esenciales en las personas para desarrollar o no obesidad exógena (no secundaria a alguna patología) que pueden predecir la aparición o no de esta entidad:

1. Alimentación saludable
2. Actividad física ³⁹

JUSTIFICACION

La realización del presente estudio es de trascendencia porque permitirá saber si una estrategia educativa participativa simple mejora el conocimiento sobre control de peso; existen diversas técnicas didácticas como asamblea, dialogo público, dramatización, entrevista, corrillo, etc.

Se elige la técnica de corrillo porque es una técnica rápida que estimula la división del trabajo y de la responsabilidad, al mismo tiempo que asegura la máxima identificación individual con el problema o tema tratado; prepara a los alumnos para el trabajo en equipo; ayuda a los alumnos a liberarse de inhibiciones para participar en un grupo pequeño o en equipos y disminuye la fatiga, el aburrimiento y la monotonía cuando las lecciones largas tienden a estancarse.

De resultar útil, se podría evaluar a futuro si este tipo de estrategias ayuda al paciente a disminuir peso y a mejorar su estado de salud clínico y metabólico. Lo cual sin duda podría contribuir a reducir la frecuencia de la obesidad y su impacto negativo sobre la salud física y emocional del paciente.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es posible la realización del presente estudio porque se cuenta con la capacidad técnica y acceso a pacientes para llevarlo a cabo. Además, se requiere una inversión mínima para llevarlo a cabo.

Por lo anterior, elegimos una estrategia educativa participativa para conocer el grado de conocimiento de la población acerca del control de peso en cuanto a la obesidad, y posteriormente al aplicar esta estrategia, que en este caso se elige iniciar con la técnica de corrillo para disminuir la tensión entre los participantes, conocer de una manera dinámica los conceptos e ideas que tiene cada uno de ellos, posteriormente impartir los conocimientos actuales acerca del tema y así finalmente poder evaluar si se generó algún cambio en ellos en cuanto a sus conocimientos, con la finalidad de apreciar si se genera algún cambio, en base a ello, las persona pudiesen llegar a generar algún cambio en sus estilo de vida teniendo ya un nivel superior en sus conocimientos y por ende la posibilidad de aplicarlos.

Es posible implementar una estrategia educativa participativa porque es barata, fácil de realizar, se puede implementar y es útil para mejorar el conocimiento de los pacientes obesos con respecto al control de peso.

La obesidad es una enfermedad de alta frecuencia a nivel nacional y mundial, que afecta alrededor del 30% de la población mexicana y que produce cada año la muerte de 2.8 millones de personas e incrementa el riesgo de padecer y morir por enfermedades cardiovasculares.¹⁻⁸

Lo anterior resulta alarmante, sin embargo se ha demostrado que los médicos no educan al paciente para llenar diarios de alimentos ni ofrecen educación nutricional de forma rutinaria en la práctica clínica.^{42,43}

Todo esto supone un déficit de conocimientos para implementar estrategias de control de peso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION

En México la población total estimada en el censo 2010 fue de 112'336,538 habitantes. De estos un total de 35'380,021 son derechohabientes del IMSS.

En Aguascalientes la población total estimada es de 1'184,996 habitantes, de los cuales 797,010 habitan en el municipio de Aguascalientes. De estos un total de 415,917 son derechohabientes del IMSS en el municipio capital.

La delegación IMSS Aguascalientes cuenta con 2 HGZ (Hospital General de Zona) y 11 UMF (Unidad de Medicina Familiar). La unidad de Medicina Familiar número Uno (UMF 1) cuenta con una población total atendida de 100,986 derechohabientes, de los cuales durante el año 2015, se cuenta con un diagnóstico de obesidad no especificada de 1,345 pacientes, según el departamento de estadística de la unidad.

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

La reducción de peso en pacientes obesos, reduce el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis y mejora el control de estas cuando está presente.^{18,19}

Aunque no se encontraron en la literatura estudios sobre intervenciones educativas participativas para mejorar el conocimiento sobre control de peso del paciente obeso, algunos estudios en pacientes diabéticos han demostrado que mejorar el conocimiento sobre la diabetes es una estrategia costo-efectiva para controlar la enfermedad y prevenir sus complicaciones.²³⁻²⁴

Otros reportes apoyan la utilidad de las intervenciones participativas para mejorar el conocimiento. Por ejemplo, mediante una estrategia educativa participativa se logró un incremento en el conocimiento de pacientes hipertensos sobre la enfermedad, y además, se logró una disminución del IMC tras la intervención.⁸

Por su parte Sánchez y cols., evaluaron la eficacia de un programa de educación dietética en obesos para reducción de peso, encontrando que tanto hombres como mujeres perdieron peso tras la implementación del programa educativo dietético y además, realizaron mayor actividad física y aumentaron el consumo de fibra.³⁰

En este sentido, dado que no existen estudios que evalúen intervenciones participativas para mejorar el conocimiento de la obesidad, y dada la alta frecuencia de obesidad en México, y el impacto positivo de la reducción de peso sobre la salud, el presente estudio plantea evaluar si una intervención educativa participativa mejora el conocimiento sobre control de peso en pacientes obesos.

PANORAMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Dentro del panorama del sistema de atención en salud con el que se cuenta actualmente en nuestro país y que nos guía en el ejercicio de nuestra profesión, tenemos que la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos que señala en su artículo cuarto que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En la nueva ley del IMSS, artículo 2 se menciona que la seguridad social tiene por finalidad 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.

Dentro de las guías que integran el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentara a partir del programa de acción específico de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el programa sectorial de salud 2007-2012, se encuentra la guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de sobrepeso y obesidad en el adulto. (Imss-46-08).

La norma oficial mexicana NOM-190-SSA1-1999 establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica del hombre y mujeres con lo que se protege la organización e integración de las familias

La norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998 establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad

El IMSS ha diseñado e implantado la estrategia de programas integrados de salud conocida como PREVENIMSS que hace referencia a las acciones de carácter preventivo para mejorar la salud de los derechohabientes

El IMSS ha implementado un programa de estrategias llamado SODHI (sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión) que tiene como objetivo primordial cambiar hábitos alimenticios poco saludables, evitar el sedentarismo y futuras complicaciones.

La UMF 1, delegación Aguascalientes cuenta con 20 consultorios disponibles para la atención de derechohabientes, el total de médicos familiares que atienden en turno matutino son 20, 1 médico familiar más para la atención integral en el programa DIABETIMSS, 2 estomatólogos y un nutriólogo, en turno vespertino cuenta con 20 médicos familiares, 1 médico familiar en el programa DIABETIMSS, 2 estomatólogos.

NATURALEZA DEL PROBLEMA

Posterior a la búsqueda de información en plataformas como BVS, OVID, MEDLINE, UPTODATE Y CONRICYT, se encuentran múltiples estudios de tipo descriptivo que nos muestran que existe un bajo conocimiento en la población en general sobre alimentación y actividad física para mantenerse en un peso adecuado, así como se ve en el estudio de Delbino en 2013; el cual se realizó para identificar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas alimentarias, tipos de fuente de información nutricional y hábitos de actividad física en estudiantes universitarios, concluyendo que existe falta de conocimiento en temas relacionados con alimentación, actitudes positivas frente a alimentación saludable y prácticas alimentarias inadecuadas, por lo cual considera conveniente implementar estrategias educativas para mejorar el conocimiento sobre alimentación y nutrición en el ámbito escolar. También siendo necesario fomentar la actividad física en esa población.²⁷

Por su parte en el estudio de Martín en 2010, quien realizó su estudio con la finalidad de valorar el comportamiento y los conocimientos que poseen las adolescentes obesas sobre

la obesidad, sus causas y consecuencias, concluyendo que no existía conocimiento adecuado, lo que propicia un comportamiento inadecuado en las mismas.²⁵

En el estudio de Núñez y Col. en 2012 efectuado en alumnos de enfermería y salud pública, para determinar el grado de conocimiento acerca del sobrepeso y la obesidad, los hábitos alimentarios, la autopercepción y el estado real de estudiantes, concluye que a pesar de conocer el concepto de obesidad y saber que se trata de una enfermedad grave, el nivel de conocimiento de los estudiantes dista de ser el ideal, pues no se ha logrado la repercusión necesaria para crear conciencia acerca de la importancia de cuidar su alimentación; además, prevalece la incongruencia entre la percepción de su imagen corporal y la realidad.²⁶

Hernández en 2010, realiza un estudio analítico en adolescentes de la provincia de Guadalajara, concluyendo que en los adolescentes, la severidad percibida de la obesidad varía en función al diagnóstico del grado de obesidad que presentan, no se presenta variación significativa respecto a las creencias de la etiología de la obesidad en comparación con su propio peso corporal. Así, los adolescentes no tienen conocimientos suficientes sobre la obesidad, su etiología y los problemas que de ella se derivan a nivel físico, psíquico y social.²⁸

El nivel de conocimiento se encuentra a nivel experimental, ya que se sabe que el nivel de conocimiento sobre obesidad y sobrepeso es bajo y los factores que influyen en estos resultados. Utilizando hasta el momento múltiples estrategias, con resultados variables, utilizando intervenciones basadas en enseñanza tradicional y estrategias de tipo participativa, encontrando que ésta última es superior, como se muestra en el estudio realizado por Árcega y cols. en 2007 a través de un estudio cuasiexperimental, en el que compararon el impacto de la educación participativa y la educación tradicional para mejorar el conocimiento, adherencia al tratamiento y control de la enfermedad en pacientes con DM2, concluyendo que la intervención con estrategia participativa fue superior a la enseñanza tradicional.³²

Sánchez y cols., evaluaron la eficacia de un programa de educación dietética en obesos para reducción de peso, encontrando que tanto hombres como mujeres perdieron peso

tras la implementación del programa educativo dietético y además, realizaron mayor actividad física y aumentaron el consumo de fibra. ¹⁰

Si logramos establecer el nivel de conocimiento de nuestros participantes; y posterior a esto mejorarlo aplicando una estrategia educativa de tipo participativa, generando una inquietud en ellos al verse con nuevas herramientas que le permitirán en un momento dado, realizar un cambio de estilo de vida para mejorar su estado de salud.

DISTRIBUCION DEL PROBLEMA

En la educación participativa, cada persona aporta su conocimiento y experiencia; el grupo puede ser heterogéneo, pues cada persona puede pertenecer a diferentes áreas de conocimiento. Se pueden obtener resultados óptimos en menos tiempo con herramientas sencillas. ²²

En México, la prevalencia de la obesidad ha alcanzado dimensiones alarmantes. En la actualidad, nuestro país ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, se estima que uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, lo que representa alrededor de 5,757,400 adolescentes en el país, mientras que más del 70% de la población adulta, entre los 30 y 60 años, tiene exceso de peso, situación que pone en riesgo la sustentabilidad del sistema de salud, al incrementar el riesgo de muerte y el desarrollo de otras enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la obesidad. En México, se estima que la atención de enfermedades causadas por la obesidad y el sobrepeso, tiene un costo anual aproximado de 3 mil 500 millones de dólares

DESCRIPCION DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

La concepción constructivista del aprendizaje y la intervención educativa, constituye la convergencia de diversas aproximaciones psicológicas a problemas como:

El desarrollo psicológico del individuo, particularmente en el plano intelectual y en su intersección con los aprendizajes salubristas. ¹⁴

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multifactorial no exclusiva de países económicamente desarrollados¹, que ocurre cuando la ingesta de calorías excede el gasto energético, lo que resulta en un aumento de los depósitos de grasa corporal².

Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial y se ha denominado “la epidemia del siglo XXI” por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³.

Dada su alta frecuencia y el efecto negativo que ejerce en la población que los padece, el sobrepeso y la obesidad son reconocidos actualmente como uno de los retos más difíciles de enfrentar en el campo de la salud pública mundial³.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa participativa en el conocimiento sobre control de peso en el paciente obeso adscrito a UMF 1, Delegación Aguascalientes?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto de una intervención educativa participativa en el conocimiento sobre control de peso en el paciente obeso adscrito a UMF 1 delegación Aguascalientes

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir el conocimiento sobre alimentación saludable como medio de prevención y tratamiento en el control de peso de los participantes antes de la intervención
- Medir el conocimiento sobre actividad física como medio de prevención y tratamiento en el control de peso de los participantes antes de la intervención
- Medir el conocimiento sobre alimentación saludable como medio de prevención y tratamiento en el control de peso de los participantes después de la intervención

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Medir el conocimiento sobre actividad física como medio de prevención y tratamiento en el control de peso de los participantes después de la intervención

HIPÓTESIS

HA1 La intervención educativa participativa aumenta el conocimiento sobre control de peso en pacientes obesos de la UMF. No. 1 de Aguascalientes.

H0 La intervención educativa participativa no aumenta el conocimiento sobre control de peso en pacientes obesos de la UMF. No. 1 de Aguascalientes

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

Ha1 La estrategia educativa participativa aumenta el conocimiento sobre alimentación saludable como medio de prevención y tratamiento en el control de peso de los participantes

Ha2 La estrategia educativa participativa aumenta el conocimiento sobre actividad física como medio de prevención y tratamiento en el control de peso de los participantes.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS NULAS

H01 La estrategia educativa participativa no aumenta el conocimiento sobre alimentación saludable como medio de prevención y tratamiento en el control de peso de los participantes

H02 La estrategia educativa participativa no aumenta el conocimiento sobre actividad física como medio de prevención y tratamiento en el control de peso de los participantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Cuasiexperimental.

TIPO DE MUESTREO

Se realiza un muestreo aleatorio simple. Se invita a pacientes obesos de la unidad de medicina familiar que acuden a recibir atención médica en el transcurso del mes de Junio 2016 para participar en la intervención educativa

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo del tamaño de muestra será de forma aleatoria simple y se realizó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza; 95% = 1.96

p es la variabilidad positiva; 0.5

q es la variabilidad negativa; 0.5

N es el tamaño de la población; 13,450

E es la precisión o el error. 6%

n = 222 pacientes

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Pacientes obesos de entre 25 y 64 años de edad que acuden a recibir atención médica durante el mes de junio a la UMF 1.

PERIODO DE ESTUDIO

Junio 2016.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- Pacientes obesos adultos entre 25 y 64 años que reciben atención en UMF No.1, delegación Aguascalientes
- Ambos géneros
- Que acepten participar en el estudio previa firma de carta de consentimiento bajo información

Criterios de no inclusión

- Pacientes con algún deterioro cognitivo.
- Pacientes analfabetas.

Criterios de exclusión

- Pacientes que deciden retirarse del estudio
- Pacientes que no hayan asistido a la intervención.

LOGISTICA

Posterior a haber sido autorizado el siguiente protocolo, se procede a pedir autorización con la directora de la UMF 1 para llevar a cabo el trabajo de campo en la unidad. Se detectaron a su entrada a la unidad, de acuerdo a los criterios de inclusión, los pacientes con obesidad. Se les realizó la invitación para participar en el estudio. Si cumplen con los criterios y están de acuerdo se les dará la carta de consentimiento informado y la fecha para acudir a la sesión. En esta primera entrevista se llenó un pequeño formato con Nombre, domicilio, teléfono y se anotará también peso y talla.

Se garantizó la confidencialidad en todos los datos que proporcionaron para la investigación

Previo a la intervención se les realizará una evaluación mediante un cuestionario auto aplicado (ANEXO C) para evaluar el conocimiento sobre el control de peso. Al término de la intervención educativa se realizará una evaluación para conocer el efecto con respecto al conocimiento de control de peso en nuestros pacientes.

RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se hará a través de un instrumento elaborado de acuerdo a las evidencias y recomendaciones de la GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena (IMSS-046-08), el cual se aplicará antes de la intervención educativa y posterior a la misma. La recolección se hará por el tesista. Consta de 50 ítems en los cuales se incluyen preguntas tanto para alimentación adecuada como actividad física. Con opciones de respuesta dicotómica verdadero o falso. Donde se le dará el valor de 1 punto a las respuestas correctas y un valor de 0 a las incorrectas.

El total de ítems es de 50 puntos y consideraremos un nivel de conocimiento adecuado a aquellas personas que contesten de manera correcta por lo menos el 80% de las preguntas. Menor a esto se considerará no adecuado, sin embargo con la realización de la intervención se podrá valorar de manera específica si se obtiene o no aumento en el conocimiento.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.

Se realizó el instrumento por medio de lista de cotejo diseñada a partir de la guía de práctica clínica GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena (IMSS-046-08), se llevó a la unidad de medicina familiar No 1 en donde se aplicó a 25 pacientes la revisión del contenido, una vez que se corrobora que son las preguntas entendibles se continuó hasta terminar el contenido, con el objetivo de evaluar la comprensión y la viabilidad de las listas de cotejo

VALIDEZ APARENTE

Se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje en la unidad de medicina familiar No 1, se realizó un grupo focal donde se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se quería medir.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizara una base de datos en excell. La información obtenida será analizada en el programa SPSS v. 21 obtener los resultados.

Se realizará un análisis estadístico descriptivo a las variables, del tipo frecuencias y tasas, la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión.

ASPECTOS ETICOS

Esta investigación atiende a los principios básicos para la investigación médica en seres humanos tal como se especifica en la declaración de Helsinki según lo señalado inicialmente en la 18ª asamblea de la Asociación Médica Mundial celebrada en Helsinki, Finlandia (junio 1964) y enmendada por la 29ª asamblea, Tokio, Japón Octubre 1975, en la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983 y a la ratificación de la 64ª Asamblea General en Fortaleza, Brasil en Octubre de 2013.

De igual manera se apega íntegramente a los lineamientos establecidos por el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en Materia de Investigación en Salud, acorde a lo cual se considera con: riesgo menor que el mínimo.

Este proyecto será sometido al Comité Local de Investigación No. 101 para su aprobación y corrección de acuerdo a las recomendaciones emitidas.

Los datos recabados serán confidenciales y de uso exclusivo para la realización de la investigación. Todos los participantes serán incluidos previa firma de carta de consentimiento bajo información.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Materiales

Cuestionarios, lápiz, pluma y computadora portátil con software.

Recursos Humanos

Investigador asociado. Dra. Gabriela Carpio Zermeño.

Médico Residente de 3er Año de la Especialidad en Medicina Familiar.

Investigador responsable. Dra. Ana Hortensia López Ramírez
 Adscripción Unidad de Medicina Familiar No. 1, Aguascalientes

Recursos financieros

Sólo se requerirá material de papelería, equipo de cómputo y software, que serán proporcionados por los investigadores. No se requiere aportación económica por parte del IMSS.

Factibilidad

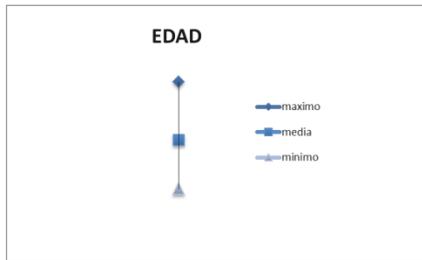
Este estudio es factible porque se tiene acceso a pacientes en volumen suficiente, habitualmente dispuestos a participar, se tiene la capacidad para llevarlo a cabo y no se requiere de inversión económica por parte de la institución.

RESULTADOS

En el presente estudio participaron 214 pacientes con obesidad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 1, de 25 a 69 años, siendo la media de edad de 45.22, con una desviación estándar de 13.74.

| EDAD | |
|---------------------|-------|
| MINIMO | 25 |
| MAXIMO | 69 |
| MEDIA | 45 |
| DESVIACION ESTANDAR | 13.74 |

Tabla 1 Puntajes minimo y media para edad

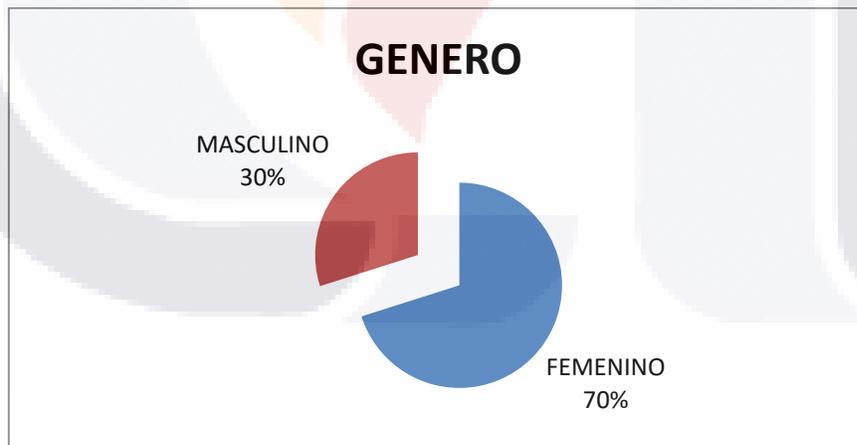


Grafica 1 Gráfica de edad

En cuanto al género, de los 214 participantes, 150 eran mujeres (70.1%) mientras que 64 eran hombres (29.9%).

| GENERO | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VALIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| FEMENINO | 150 | 70.1 | 70.1 | 70.1 |
| MASCULINO | 64 | 29.9 | 29.9 | 100 |
| TOTAL | 214 | 100 | 100 | |

Tabla 2 Puntaje mínimos máximos y media por género

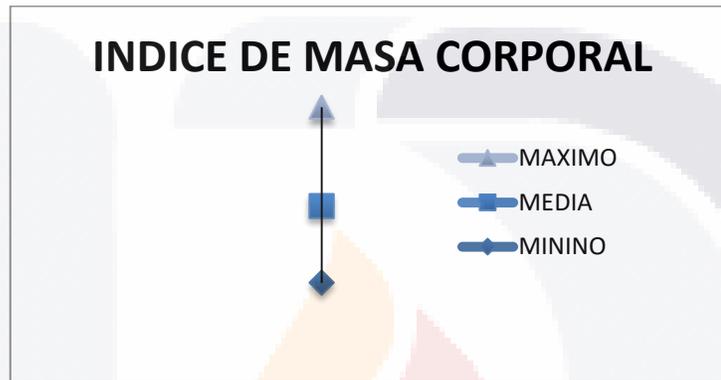


Grafica 2 Gráfica de género

El Índice de Masa Corporal encontrado, el mínimo fue de 30.02 y el máximo 42.32, siendo la media de 32.68, con una desviación estándar de 2.30.

| INDICE DE MASA CORPORAL | |
|-------------------------|-------|
| MINIMO | 30.02 |
| MAXIMO | 42.32 |
| MEDIA | 32.68 |
| DESVIACION ESTANDAR | 2.3 |

Tabla 3 Puntaje mínimo, máximo y media por índice de masa corporal

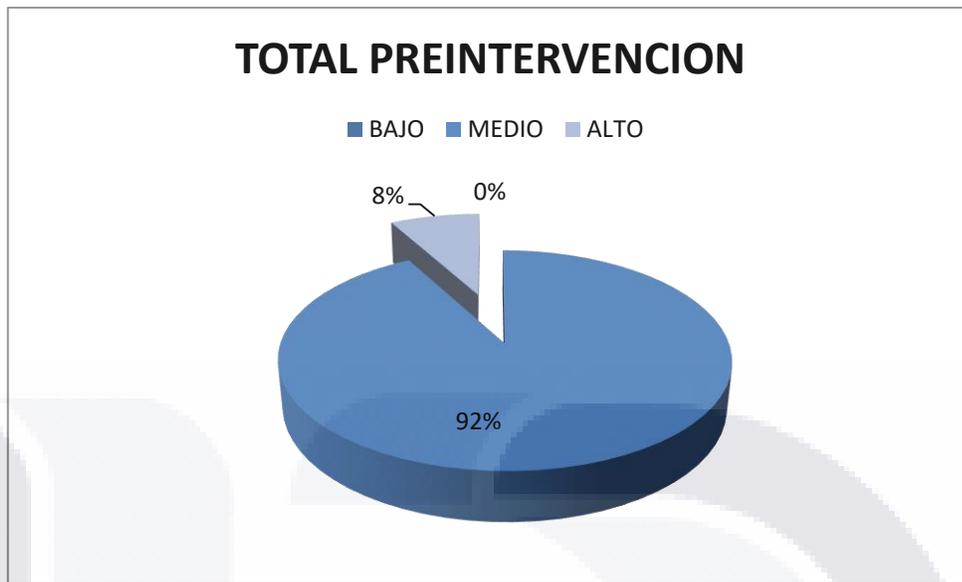


Grafica 3 Gráfica de índice de masa corporal

El conocimiento previo a la intervención, el puntaje promedio fue de 7.35, con una desviación estándar de .65, 0 (0%) obtuvieron un puntaje de menos de 20, que corresponde a conocimiento bajo, 197 (92%) obtuvieron de 21 a 41 puntos, correspondiente a conocimiento medio, y 17 (8%) obtuvieron un puntaje mayor o igual a 41 puntos, lo que corresponde a conocimiento alto.

| TOTAL PREINTERVENCION | |
|-----------------------|------|
| MINIMO | 5.60 |
| MAXIMO | 8.60 |
| MEDIA | 7.35 |
| DESVIACION ESTANDAR | 0.65 |

Tabla 4 Resultados del conocimiento pre intervención

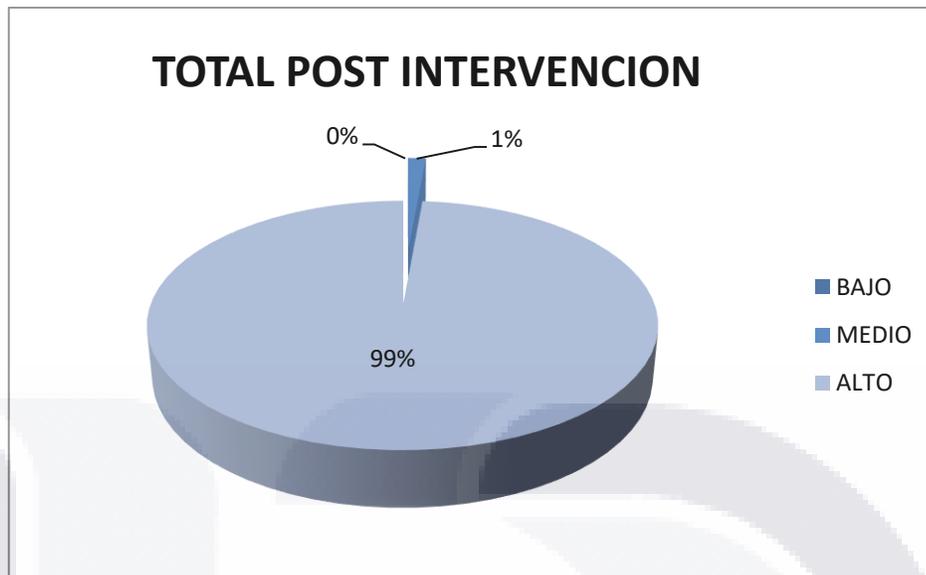


Grafica 4 Gráfica de resultados del conocimiento pre intervención

El conocimiento posterior a la intervención, el puntaje promedio fue de 9.30, con una desviación estándar de 0.54, 0 (0%) obtuvieron un puntaje de menor de 20, que corresponde a conocimiento bajo, 3 (1.41%) obtuvieron de 21 a 41 puntos, correspondiente a conocimiento medio, y 211 (98.59%) obtuvieron un puntaje mayor o igual a 41 puntos, lo que corresponde a conocimiento alto.

| TOTAL POST INTERVENCION | |
|-------------------------|-------|
| MINIMO | 7.60 |
| MAXIMO | 10.00 |
| MEDIA | 9.30 |
| DESVIACION ESTANDAR | 0.54 |

Tabla 5 Resultados del conocimiento post intervención

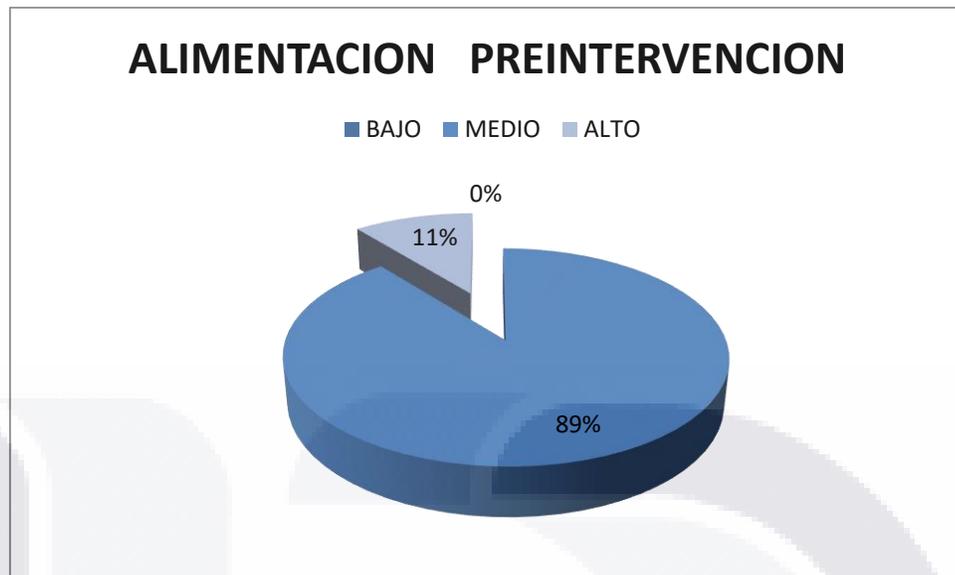


Grafica 5 Gráfica de resultados del conocimiento post intervención

El impacto de la estrategia aplicada también fue evidenciado en el grado de conocimiento encontrado en las diferentes áreas de atención, posterior a la intervención se obtiene un mejor grado de conocimiento tanto en alimentación como en lo relacionado con la actividad física.

| ALIMENTACION PRE INTERVENCION | | |
|-------------------------------|-------|---|
| MINIMO | 20 | 4 |
| MAXIMO | 35 | 7 |
| MEDIA | 26.79 | |
| DESVIACION ESTANDAR | 2.99 | |

Tabla 6 Resultado de conocimiento de alimentación pre intervención

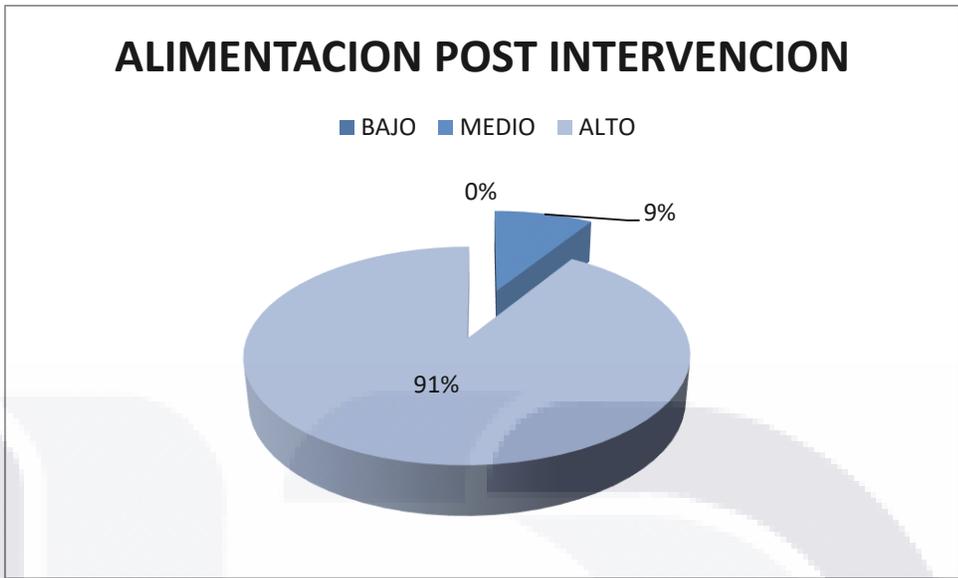


Grafica 6 Gráfica de resultados de conocimiento de alimentación pre intervención

En cuanto a conocimientos sobre alimentación queda de manifiesto que tras la aplicación de la estrategia educativa se obtiene un mayor grado de conocimiento al aumentar la cantidad de población que pasan de tener un nivel de conocimiento medio, siendo del 11% el total de dicha población, y posterior a la intervención solamente el 9% continúa en este nivel, así el total de población que contaba con un grado de conocimiento alto, representado por el 89%, posterior a la intervención alcanza un total de 91% de la población en estudio.

| ALIMENTACION POST INTERVENCION | | |
|--------------------------------|-------|-----|
| MINIMO | 28 | 5.6 |
| MAXIMO | 37 | 7.4 |
| MEDIA | 34.17 | |
| DESVIACION ESTANDAR | 2.29 | |

Tabla 7 Resultados de conocimiento de alimentación post intervención

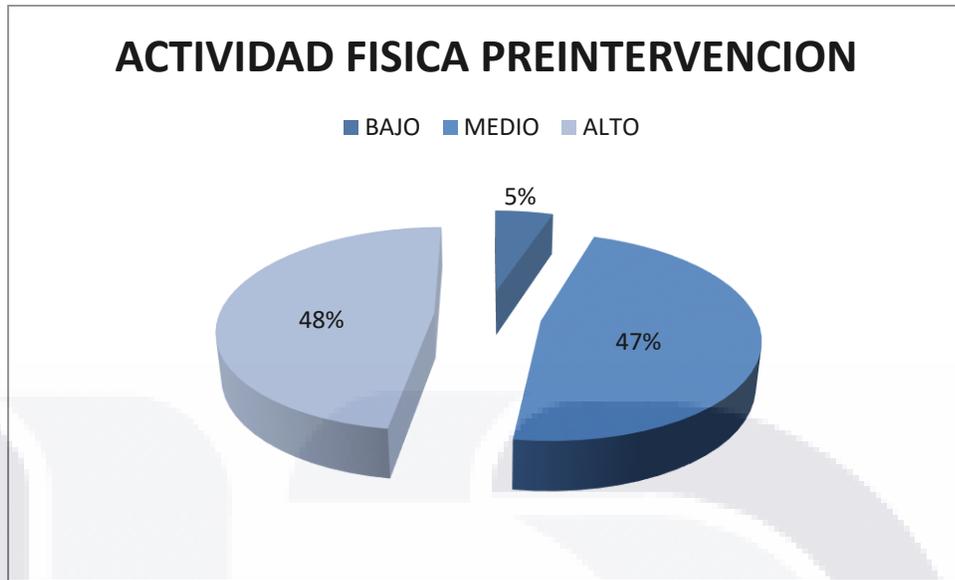


Grafica 7 Gráfica de resultados de conocimiento de alimentación post intervención

En referencia a los conocimientos acerca de actividad física, la cantidad de población que posee un nivel de conocimiento bajo, siendo del 5%, de conocimiento medio un total de 47%, y nivel alto un total de 48%.

| ACTIVIDAD FÍSICA PREINTERVENCION | | |
|-------------------------------------|------|-----|
| MINIMO | 3 | 0.6 |
| MAXIMO | 13 | 2.6 |
| MEDIA | 9.95 | |
| DESVIACION ESTANDAR | 2.33 | |

Tabla 8 Resultados de conocimiento de actividad física pre intervención

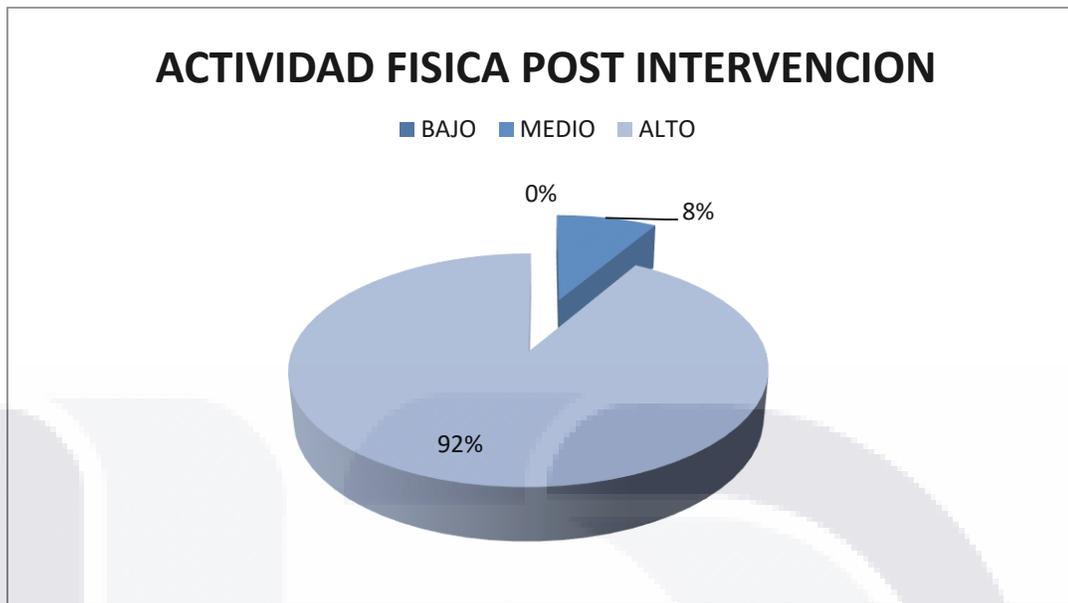


Grafica 8 Gráfica de resultados de conocimiento de actividad física pre intervención

Posterior a la intervención, aumentan los porcentajes de población total en cada nivel de conocimiento, el 0% queda con nivel bajo de conocimiento, solamente el 8% continúa en nivel medio, así el total de población que contaba con un grado de conocimiento alto, representado previo a la intervención por el 48%, posterior a la intervención alcanza un total de 92% de la población en estudio, lo cual es bastante significativo.

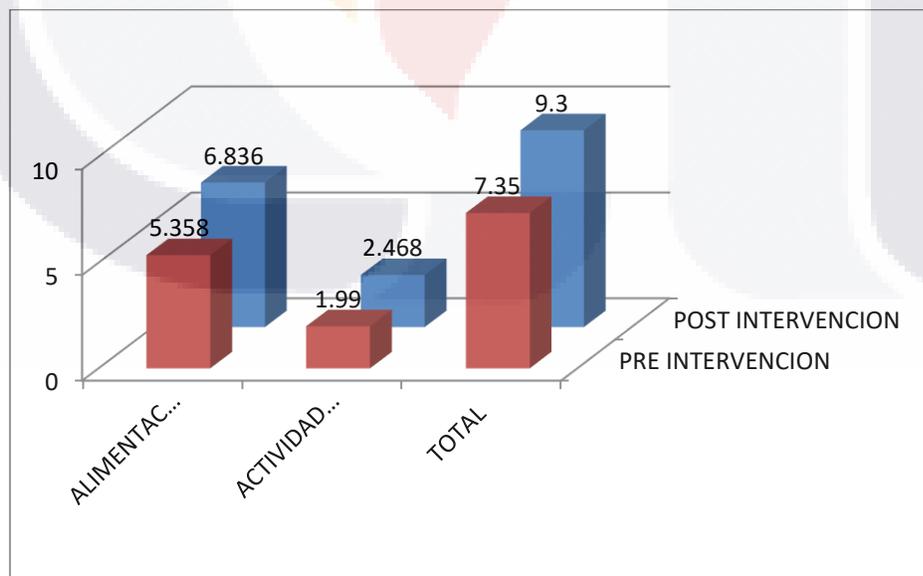
| ACTIVIDAD FISICA POST INTERVENCION | | |
|---------------------------------------|-------|-----|
| MINIMO | 8 | 1.6 |
| MAXIMO | 13 | 2.6 |
| MEDIA | 12.34 | |
| DESVIACION ESTANDAR | 1.09 | |

Tabla 9 Resultados de conocimiento de actividad física post intervenció



Grafica 9 Gráfica de resultados de conocimiento de actividad física post intervención

Se observó una mejoría en el nivel de conocimiento en general, ya que el puntaje promedio previo a la realización de la intervención fue de 7.35 (nivel medio) en comparación con el puntaje promedio posterior a la intervención que fue de 9.30 (nivel alto), con lo cual se observa que hubo un aumento de 1.95 puntos.



Grafica 10 Comparación de conocimiento pre y post intervención

En base a toda la información recabada, se ha encontrado que hay un aumento significativo de conocimiento en la población, posterior a la implementación de una estrategia de tipo educativa participativa. Quedando de manifiesto en la tabla comparativa en cada uno de los rubros y totales, tanto en conocimiento previo como posterior a la intervención.

DISCUSION

En estudios previamente realizados, en los cuales se ha buscado aumentar el conocimiento en la población en diversas áreas de la salud, se ha encontrado la necesidad de implementar estrategias que involucren al paciente a hacerse responsable de sí mismo y de su cuidado.

Martín Churchman Blanca María. (2010) arribó a la conclusión de que no existía conocimiento adecuado sobre la obesidad, sus causas y consecuencias en las adolescentes obesas del estudio, lo que propicia un comportamiento inadecuado en las mismas.⁴⁸

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, podemos señalar que el aprendizaje puede ser significativo aun cuando es adquirido por medio de estrategias educativas participativas, las cuales permitieron ese aumento en el grado de conocimiento sobre control de peso en el paciente con obesidad.

Aunque queda demostrado, en base a los resultados obtenidos en nuestro estudio, así como en el estudio realizado por Delbino, Carolina, (2013) “Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en adolescentes concurrentes al colegio F.A.S.T.A”, (TESIS), en que se concluye que en general existía falta de conocimiento en temas relacionados con alimentación, actitudes positivas frente a alimentación saludable y prácticas alimentarias inadecuadas, por lo cual consideraban conveniente implementar educación sobre alimentación y nutrición en el ámbito escolar.

Resulta también necesario fomentar la actividad física en esa población,⁴⁶ comprobamos que una acción educativa participativa promueve, favorece y aumenta el nivel de

conocimiento del participante, además lo estimula a involucrarse y hacerse cargo de sí mismo, de su salud y de la toma de decisiones necesarias para mejorar su estado de salud.

Cabrera-Pivaral y Col. ³⁴ (2004) Realizaron un estudio cuasiexperimental, promovieron la participación activa de los pacientes para alcanzar cambios de vida y comportamientos saludables, con la finalidad de demostrar las ventajas de la educación participativa, sin embargo, no midieron la ganancia de conocimiento adquirido con la educación participativa. A diferencia de ellos, en nuestro estudio, se buscó el conocer el efecto que causaba dicha intervención, dejando de manifiesto que sí existen ventajas al implementar este tipo de estrategias entre la población.

En cuanto al IMC y grado de obesidad, se encontró que los participantes con mayor obesidad, resultaron ser los que menor nivel de conocimiento tenían previo a la intervención, por lo que se presume que, al aumentar el mismo, pueden contar con mayores herramientas y así comenzar a generar cambios en sus hábitos y estilos de vida que les favorezcan a un adecuado control de peso, y como consecuencia, una mejoría en su salud así como en la prevención de complicaciones secundarias a la obesidad.

Se considera que existe una gran área de oportunidad para el médico familiar en fomentar este tipo de estrategias a fin de obligar al paciente a hacerse responsable de su cuidado de una manera consciente y conjunta con el personal de salud.

CONCLUSIONES

El efecto de una estrategia educativa participativa sobre el conocimiento en el control de peso en el paciente con obesidad, resultó positivo al mejorarlo.

Es importante el continuar con este tipo de estudios, además de realizar otros de tipo comparativo entre las diversas técnicas existentes, a fin de identificar cuáles pueden ser igual o mayormente eficaces en el paciente con obesidad, ya que así se pueden implementar de manera intensiva para poder con ello hacer consciente a la población de la importancia que tiene el que ellos mismos deben hacerse responsables y partícipes de

su estado de salud, conocer y prevenir las múltiples complicaciones que pueden derivarse de ello.

Así mismo el concientizar al médico sobre la importancia de invitar e involucrar al paciente en sus tratamientos, resultan ser técnicas sencillas y de bajo costo con las cuales el sector salud puede llevar a cabo de manera más efectiva la ejecución de la medicina preventiva, incluso con ello disminuyendo costos de tratamiento de patologías y complicaciones derivadas de la obesidad en la población.

BIBLIOGRAFIA

1. Barrera-Cruz A, Rodríguez-González A, Molina-Ayala MA. Escenario actual de la obesidad en México. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):292–9.
2. Weinsier RL, Hunter GR, Heini AF, Goran MI, Sell SM. The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity. Am J Med.1998;105(2):145–50
3. Mitchell N, Catenacci V, Wyatt HR, Hill JO. OBESITY: OVERVIEW OF AN EPIDEMIC. Psychiatr Clin North Am. 2011;34(4):717–32.
4. Martín Churchman BM “Conocimientos sobre la obesidad en las adolescentes obesas del área de salud Versailles. 2009. Rev Med Electrón. (seriada en línea) 2010:32(5).
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%2010/vol5%202010/tema01.htm>.
5. Núñez-Guzmán NA, CarranzaMadrigal J. “Conocimiento, autopercepción y situación personal de estudiantes de enfermería respecto al sobrepeso y la obesidad”. Med Int Mex 2012;28(1):1-5.
6. Delbino, Carolina, (2013) “Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en adolescentes concurrentes al colegio F.A.S.T.A”, TESIS. p. 110
7. Hernández Helena, (2010) “Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un Estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara” TESIS p. 336

8. Bobadilla JL, Frenk J, Lozano R, Frejka T, Stern C. The epidemiologic transition and health priorities. *Rev C Stern* 1993 1:4(4):e12
9. Cabrera-Pivaral CE, González-Pérez G, Vega-López MG, Arias-Merino ED. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):275–81.
10. Sánchez C, Sánchez C, Martínez T, Martínez P, Moreno A, Santiago P. Educación para la salud: un instrumento eficaz para la reducción de peso. *Endocrinol Nutr*. 2006;53(8):489–92.
11. Árcega-Domínguez A, Celada-Ramírez NA. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(6):685–90.
12. Ibáñez AV, Avilés AGP, Palafox MIA, Castillo Y del CM. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Fac Med UNAM* 2010
13. Mendoza-Romo MA, Velasco-Chávez JF, Nieva de Jesús RN, Andrade-Rodríguez HJ, Rodríguez-Pérez CV, Palou-Fraga E. Impacto de un programa institucional educativo en el control del paciente diabético. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(3):254-9.
14. Enríquez IC, Valdés MG. Una estrategia didáctica para la aplicación de los métodos participativos. *Tiempo Educ*. 2003;4(7):171–202.
15. Fallas H, Valverde O. Sexualidad y salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Módulo Capacit Para Pers Salud Guía Metodol Programa Aten Integral Adolesc Fondo Poblac Las N U. 2000;
16. Insitute Nacional del Aprendizaje. Manual de Técnicas Participativas para la Estimulación de las Capaciades del “ser” en la Formación Profesional. Instituto Nacional del Aprendizaje; 2012.
17. López G, Manuel V, Rosales Gracia S, Angel M del, Gerardo L, Arteaga A, et al. Utilidad de una estrategia educativa activo-participativa en el desarrollo del razonamiento clínico en pregrado. *Educ Médica Super*. 2015;29(2):0–0.

18. Carriles Ortiz MG, Oseguera Rodríguez JF, Díaz Torres Y, Gómez Rocha SA. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. *Enferm Glob.* 2012;11(26):136–45.

19. Alvarez Díaz S. Técnicas participativas. Su uso en la enseñanza-aprendizaje del idioma inglés. *Medisan [Internet]*. 1999; 7(3):1.

20. Federal Ministry for Economic cooperation and Development. Generación de Conocimientos a partir de la Construcción Colectiva y el Empoderamiento: Gestión del Programa Manejo Integrado de Cuencas, Agricultura y Uso Sostenible de Recursos Naturales (MIC) en 5 Cuencas de Colombia. *Capacity Building International Germany*; 2008.

21. Carlos JP, Randolph A, Blanchard K. El director que estableció el 'empowerment'. *Harv Deusto Bus Rev.* 1997;(78):38–43.

22. Arceo FDB, Rojas GH. Constructivismo y aprendizaje significativo. *Rev Dialog.* México 2012

23. Artavia Gutiérrez, Victoria. Manual de técnicas participativas para la estimulación de las capacidades del "ser" en la formación profesional. *Capacidades personales.* San José C.R. INA 2012 p.86

24. **Técnicas didácticas - Centradas en el grupo - Corrillo**
hadoc.azc.uam.mx/tecnicas/corrillo.htm

25. Cervera SB, Campos-Nonato I, Rojas R, Rivera J. Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Órgano Of Acad Nac Med México AC.* 2010;146:397–407.

26. García-García E, De la Llata-Romero M, Kaufer-Horwitz M, Tusié-Luna MT, Calzada-León R, Vázquez-Velázquez V, et al. [Obesity and the metabolic syndrome as a public health problem: a reflection]. *Salud Pública México.* 2008;50(6):530–47.

27. Stevens G, Dias RH, Thomas KJA, Rivera JA, Carvalho N, Barquera S, et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. *PLoS Med.* 2008 17;5(6):e125.
28. WHO MONICA Project Principal Investigators. The world health organization Monica project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): A major international collaboration. *J Clin Epidemiol.* 1988 1;41(2):105–14.
29. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Rivera-Dommarco JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2:S151-S160.
30. Laguna-Camacho AL-A. Sobrepeso y obesidad: Algoritmo de manejo nutricional. *Rev Endocrinol Nutr.* 2005;13(2):94–105.
31. Stanton RA. Nutrition problems in an obesogenic environment. *Med J Aust.* 2006 16;184(2):76–9.
32. Pi-Sunyer FX. Short-term medical benefits and adverse effects of weight loss. *Ann Intern Med.* 1993 1;119(7 Pt 2):722–6.
33. Rolls BJ, Bell EA, Thorwart ML. Water incorporated into a food but not served with a food decreases energy intake in lean women. *Am J Clin Nutr.* 1999;70(4):448–55.
34. Bray GA, Popkin BM. Dietary fat intake does affect obesity! *Am J Clin Nutr.* 1998;68(6):1157–73.
35. Butryn ML, Webb V, Wadden TA. Behavioral Treatment of Obesity. *Psychiatr Clin North Am.* 2011;34(4):841–59.
36. Blackburn G. Effect of degree of weight loss on health benefits. *Obes Res.* 1995;3 Suppl 2:211s – 216s.

37. Martín IG, Antón AS. Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2002;26(5):117–27.
38. Webbink D, Martin NG, Visscher PM. Does education reduce the probability of being overweight? *J Health Econ.* 2010;29(1):29–38.
39. Obesity Education Initiative Program Description - NHLBI, NIH [Internet]. Cited 2016 Apr 7.. Available from: http://www.nhlbi.nih.gov/about/org/oei/oei_pd
40. Nielsen Arent J. Does education cause better health? A panel data analysis using school reforms for identification. *Economics of Education Review.* 2005; 24(2): 149-160.
41. Kendel DS, Lillard DR, Mathios AD. The Roles of High School Completion and GED Receipt in Smoking and Obesity. *Journal of Labor Economics.* 2006; 24(3), 635-660.
42. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, Paraponaris A. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res.* 2005; 13(4):787-95.
43. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, Lussault PY, Basdevant A, Verger P. Obesity management knowledge, attitudes and practices of general practitioners in southeastern France; results of a telephone survey. *Presse Med.* 2005 Jun 18;34(11):769-75.
44. Dorresteijn JA, Kriegsman DM, Assendelft WJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD001488.
45. Yang S, Kong W, Hsue C, Fish AF, Chen Y, Guo X, et al. Knowledge of A1c Predicts Diabetes Self-Management and A1c Level among Chinese Patients with Type 2 Diabetes. *PLoS One.* 2016 ;11(3):e0150753.
46. Rosado P, Manuel V, López G, Rafael H, Nuncio S. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. *Rev Med IMSS.* 2005;43(2):125–9.

47. Alonso J, García E, Castañeda RH, Partida SP. La construcción colectiva del conocimiento en los foros de discusión. Rev Dialog. México 2012

48. Dorresteijn JA, Kriegsman DM, Assendelft WJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(5):CD001488.

49. Dorresteijn JA, Kriegsman DM, Assendelft WJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database Syst Rev. 2014;12:CD001488.

Anexo A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación, se presenta el cronograma de actividades.

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 2015 | | 2016 | | | | | | | | | | |
| | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV |
| 1.-Búsqueda bibliográfica | X | X | X | | | | | | | | | | |
| 2.- Revisión de literatura | | X | X | | | | | | | | | | |
| 3.- Diseño de protocolo | | | X | X | | | | | | | | | |
| 4.- Antecedentes y Justificación | | | | X | X | | | | | | | | |
| 5.-Revisión y Aprobación del protocolo | | | | | | X | X | | | | | | |
| 6.- Desarrollo del protocolo | | | | | | | | X | X | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| 7.- Recolección de datos | | | | | | | | | | X | | | | |
| 8.- Captura de datos y Tabulación | | | | | | | | | | X | X | | | |
| 9.-Análisis de Resultados | | | | | | | | | | | X | X | | |
| 10.- Discusiones y Conclusiones | | | | | | | | | | | | X | X | |
| 11.- Elaboración de Tesis | | | | | | | | | | | | | X | |
| 12.- Formulación de Informe Final | | | | | | | | | | | | | | X |
| 13.- Difusión de Resultados | | | | | | | | | | | | | | X |

Anexo B ESTRATEGIA EDUCATIVA

ESTRATEGIA DE TIPO EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL DE PESO EN EL PACIENTE OBESO

PROYECTO DE INVESTIGACION

“EFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL DE PESO EN EL PACIENTE OBESO ADSCRITO A LA UMF No. 1 DELEGACION AGUASCALIENTES”

TESISTA: Dra. Gabriela Carpio Zermeño

ASESORA: Dra. Ana Hortensia López Ramírez

DESCRIPCION DEL CURSO

La propuesta didáctica está dirigida a pacientes obesos que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Delegación Aguascalientes, en la propuesta de intervención educativa participativa se aborda el tema de control de peso aplicando la técnica de corrillo, los participantes se dividen en pequeños grupos, cada grupo pequeño nombra un coordinador que debe mantener activa la discusión sobre el tema, dando oportunidad a que todos participen y nombra a un secretario que registrará las conclusiones.

Los grupos comienzan la discusión, exposición de ideas o presentación de nuevos proyectos, etc., por un tiempo previamente determinado. Una vez transcurrido el tiempo marcado, el grupo vuelve a integrarse y expone el material obtenido o elaborado por los grupos.

El tipo de actividades que se desarrollaran en el curso son demostrativas, participativas, la duración aproximada es de 3 horas en una sola sesión para la aplicación de dicha intervención

Objetivo general de la intervención educativa en aprendizaje significativo

Evaluar el efecto positivo en el conocimiento sobre control de peso por medio de una intervención educativa participativa

Objetivo Específico De La Intervención Educativa En Aprendizaje Signifivativo

Que los pacientes obesos obtengan los conocimientos necesarios para saber identificar el estilo de vida, alimentación y actividad física necesarios en su vida diaria para un adecuado control de peso tanto de manera reductiva como de mantenimiento.

TEXTOS O MATERIALES A EMPLEAR

Nuestra propuesta didáctica está basada en una estrategia docente para proporcionar un aprendizaje significativo así como estrategias participativas, proporcionando ejemplos didácticos.

METODOLOGIA

Para llevar a cabo nuestra propuesta didáctica se realizará el siguiente proceso:

- Evaluación inicial para determinar el conocimiento previo respecto al control de peso en los participantes
- Presentación de los participantes a fin de propiciar un clima de confianza y así generar motivación y participación
- Exposición del tema de control de peso y obesidad
- Discusión activa participativa por parte de las personas asistentes
- Evaluación final para determinar el efecto de la intervención en el conocimiento sobre control de peso

PLAN DE SESION PARA REALIZACION DEL PROYECTO: se desarrollarán diferentes técnicas participativas de acuerdo al objetivo deseado.

| TEMA | OBJETIVO DE LA SESION | ACTIVIDADES DEL INSTRUCTOR | ACTIVIDADES DEL PARTICIPANTE | METODOS O TECNICAS DIDACTICAS | RECURSOS | PRODUCTO O INDICADOR DE LOGRO |
|--------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Bienvenida | Dar la bienvenida a los participantes al curso | Dar la bienvenida a los participantes | Escuchar la bienvenida y presentación | Expositiva | Power Point | |
| Entrega de gafetes | Identificar a los participantes | Dar instrucciones de llenado de | Llenar su tarjeta con su nombre | | Tarjetas y marcadores, cinta | Colocación de identificación |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|------------|---|---|
| | | tarjeta a los participantes | y colgarla como gafete | | adhesiva masking tape | es |
| Presentación grupal | Generar un clima de confianza y motivación | Dar indicaciones a los participantes para formar una alineación en herradura | Presentación de manera individual mencionando nombre y ocupación | | Tarjetas de presentación | Presentación de todos los participantes del curso |
| Presentación de objetivos | Dar a conocer al participante cual es el objetivo principal de la sesión | Se da una breve plática respecto al objetivo perseguido con la realización de dicha sesión | Escucha y atiende a la información presentada | Expositiva | Power Point | |
| Contenido temático y carta de consentimiento informado | Dar a conocer al participante el contenido del curso así como la existencia de la carta de consentimiento informado | Entrega de tríptico del curso explicando el contenido temático del mismo así como el contenido de la carta de consentimiento informado | Escucha y atiende a la información otorgada, expresa dudas y comentarios sobre el curso | Expositiva | Tríptico Carta de consentimiento informado | Carta de consentimiento informado llena y firmada |
| Expectativas del curso | Investigar cuales son las expectativas | Preguntar sobre las expectativas que mueven | Expresión de ideas, comentarios que dejen | Expositiva | Ninguno | Expectativas del curso |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---------------------------------|---|---|
| | de los participantes al acudir a este curso | a los participantes a asistir a este curso | ver las expectativas presentes en los participantes | | | |
| Aplicación de cuestionario inicial | Realizar la primera aplicación de cuestionario como primer elemento de nuestra investigación | Dar indicaciones claras y concisas respecto al llenado del cuestionario | Llenado adecuado de cuestionario con exposición de dudas | | Cuestionarios previamente impresos Lápices | Adquisición de primer herramienta para valorar el conocimiento de cada participante respecto al control de peso |
| Conocimientos previos (técnica de corrillo) | Obtener información acerca de la información general sobre control de peso y obesidad con la cual acuden los participantes a la sesión | Dar instrucciones precisas para la formación de grupos y trabajar mediante la técnica de corrillos, cada grupo deberá realizar un collage con recortes de revistas respecto a las | Atender a las indicaciones dadas por el instructor Formación de grupos Recepción de material Realización de collage Exposición | Interrogativa Expositiva | Revistas Hojas blancas Colores Lapiz adhesivo Tijeras | Lista de cotejo |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| | | creencias o conocimientos que tiene respecto a la obesidad | de trabajo | | | |
| Presentación de nuevos conocimientos | Presentar al grupo conocimientos acerca del tema central del curso que tratan al respecto de los diferentes puntos que deben conocer para control de peso y obesidad Preguntas intercaladas | Exposición de conocimientos respecto a la obesidad como son -Definición -Etiología -Signos y síntomas -Diagnóstico -Tratamiento -Complicaciones -Medidas de prevención | Atiende a la información que se imparte y contesta cuando de manera intercalada se realizan preguntas | Expositiva Interrogativa | Presentación en power point | Lista de cotejo |
| Resumen de conocimientos | Se realiza actividad para promover si se genera algún cambio de opinión o concepto a lo previamente | Dirige la sesión con realización de mesa redonda y se realizan preguntas a los participantes | Participa con sus nuevos comentarios acerca de lo que ha cambiado en su manera de | Expositiva | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|------------|------------------------------------|--|
| | contemplado | | pensar o sus conocimientos previos | | | |
| Compromisos | Realizar compromisos personales y familiares de lo aprendido | Sensibilizar al participante sobre la importancia de comprometerse a una conducta de cambio y aplicación de los nuevos conocimientos | Se compromete a llevar a cabo cambios en su vida en base a los conocimientos adquiridos | Expositiva | Hojas Plumones | |
| Cierre de sesión y agradecimientos | Hacer una síntesis a manera de discurso de lo visto en el curso | Estimular a los participantes a realizar una sencilla reflexión y expresarla como motivación personal y fuente de inspiración grupal | Participa con sus aportaciones | Expositiva | | |
| Aplicación de cuestionario final | Realizar la segunda aplicación de cuestionario como | Dar indicaciones claras y concisas respecto al | Llenado adecuado de cuestionario | | Cuestionarios previamente impresos | Adquisición de segunda herramienta para revisar y evaluar si |

| | | | | | | |
|------------------------|---|--|--------------------|--|-----------------------------|---|
| | elemento final de nuestra investigación | llenado del cuestionario | | | Lápices | hubo incremento en los conocimientos de los participantes después del curso |
| Entrega de constancias | Entregar constancias de participación a los participantes como incentivo por haber asistido | Agradecer su participación y entregar constancia | Recibir constancia | | Constancia de participación | |

Anexo C INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS QUE EL PACIENTE TIENE ACERCA DEL CONTROL DE PESO

I.-FICHA DE IDENTIFICACION

FOLIO: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

DOMICILIO: _____

UMF DE ADSCRIPCION: _____ **PESO:** _____

TALLA: _____ **IMC:** _____

II.- CUESTIONARIO

El presente instrumento tiene la finalidad de identificar los conocimientos que usted tiene acerca del control de peso en el paciente obeso.

MARQUE CON UNA X SOBRE LA CASILLA QUE CORRESPONDA A LOS QUE USTED SABE O CONOCE ACERCA DEL CONTROL DE PESO EN PACIENTES CON OBESIDAD

| PREGUNTA | VERDADERO | FALSO |
|--|-----------|-------|
| 1. La obesidad es la acumulación excesiva de grasa? | | |
| 2. Estar obeso es tener 3 o 4 kilos de más? | | |
| 3. El peso ideal de una persona depende de su talla y sexo? | | |
| 4. Se considera a la obesidad como una enfermedad? | | |
| 5. El exceso de grasa corporal tiene un efecto negativo sobre la salud de quien la padece? | | |
| 6. La obesidad aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades? | | |
| 7. Es importante llevar un control de su peso cada que acude a su consulta? | | |
| 8. Es importante conocer su circunferencia abdominal cada que acude a consulta? | | |
| 9. Es importante conocer su índice de masa corporal cada que acude a consulta? | | |
| 10. Es importante cuando acude a su consulta que se le tome la presión arterial? | | |
| Es importante que su médico le solicite laboratoriales como: | | |
| 11. Glucosa | | |
| 12. Colesterol | | |
| 13. Triglicéridos | | |
| 14. Considera que la obesidad es causada por comer demasiado? | | |
| 15. Es necesario investigar si existen datos de depresión o ansiedad? | | |
| 16. La obesidad puede ocasionar problemas ortopédicos? | | |
| Perder peso podría tener beneficios como: | | |
| 17. Mejorar la función de la insulina en el cuerpo | | |
| 18. Ayudar a controlar los niveles de glucosa en pacientes diabéticos | | |
| 19. Disminuir los niveles de colesterol en la sangre | | |
| 20. Disminuir los niveles de triglicéridos en la sangre | | |
| 21. Se recomienda aumentar el consumo de granos enteros como avena, arroz integral y trigo integral? | | |
| 22. Una alimentación rica en frutas y verduras aumentan la saciedad y por lo tanto se disminuye el consumo de otros alimentos? | | |

| | | |
|--|--|--|
| 23. Una alimentación adecuada restringida en calorías, asociada con ejercicio con una duración permanente mayor de 6 meses ayuda a bajar de peso? | | |
| 24. El consumo de agua natural es la bebida de primera elección? | | |
| 25. El consumo regular de comidas rápidas se asocia al aumento de peso? | | |
| Para mantener una alimentación saludable se debe consumir alimentos como | | |
| 26. Alimentos integrales (avena, frijol, lentejas) | | |
| 27. Frutas y verduras | | |
| 28. Alimentos fritos | | |
| 29. Bebidas endulzadas | | |
| 30. Comidas rápidas como hamburguesas, pizzas, etc. | | |
| 31. Bebidas alcohólicas | | |
| 32. Al comer, se debe tener cuidado con el tamaño de la porción de alimento? | | |
| 33. Se debe de poner atención en cuántas veces se come al día? | | |
| 34. Para una adecuada disminución y control de peso es necesario un programa donde intervengan médicos y familiares? | | |
| 35. Para un adecuado control de alimentación es recomendable consumir 3 comidas y 2 colaciones durante el día? | | |
| 36. Cualquier tipo de dieta es adecuado para todas las personas? | | |
| 37. Se pueden hacer dietas muy bajas en calorías sin la necesidad de una supervisión médica? | | |
| 38. Es importante realizar actividad física? | | |
| 39. Considera que la obesidad es causada por no realizar ejercicio? | | |
| 40. Un individuo debe de realizar por lo menos 30 minutos al día de ejercicio (caminata, bicicleta, natación, etc)? | | |
| 41. Hay mayor probabilidad de mantener un peso saludable si se tiene un estilo de vida activa? | | |
| 42. El punto clave para la reducción de peso es un equilibrio entre las calorías que se consuman (lo que se come) que sean menos de las que se gastan (ejercicio)? | | |
| 43. El ejercicio promueve y mantiene la pérdida de peso? | | |
| 44. Se debe recomendar la actividad física como parte del tratamiento para reducción de peso y no solamente el cambio de alimentación? | | |
| 45. El ejercicio se debe adecuar a cada persona? | | |

| | | |
|--|--|--|
| 46. Al finalizar la pérdida de peso buscada ya no es necesario realizar actividad física para mantener el peso? | | |
| 47. Se recomienda la auto vigilancia regular de su peso? | | |
| 48. Se debe utilizar de primera intención medicamentos para bajar de peso? | | |
| 49. El uso de medicamentos para bajar de peso puede ser igual para cualquier persona y no necesita de asesoría médica? | | |
| 50. El uso de medicamentos para bajar de peso puede ser de manera indefinida.? | | |

Anexo D CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

*JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR*

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes. A _____ de _____ del 2016
Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto titulado “EFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL DE PESO EN EL PACIENTE OBESO ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de una intervención educativa participativa en el conocimiento sobre el control de peso del paciente obeso adscrito a UMF 1 Delegación Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una cédula de identificación y un cuestionario para identificar el conocimiento sobre el control de peso en usuarios de 25-64 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

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

RIESGOS: ninguno

INCONVENIENTES: ninguno

MOLESTIAS: contestar preguntas que se incluyen en los cuestionarios

BENEFICIOS: la obtención de información sobre el efecto de una intervención educativa participativa en el conocimiento sobre el control de peso en el paciente obeso adscrito a la unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, delegación Aguascalientes. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del protocolo, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del protocolo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará a conocer información sobre su identidad, la cual siempre será protegida. Esto se efectuará asignándole un número para identificar sus datos en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

PERSONAL DE CONTACTO PARA DUDAS Y ACLARACIONES SOBRE EL ESTUDIO:

Investigador responsable: Dra. Ana Hortensia López Ramírez, Dpto. I UMF 1, Tel. (449) 183-0120 y email: draanahortensia@hotmail.com

Investigador tesista: Gabriela Carpio Zermeño, matrícula 99015535, residente de medicina familiar del HGZ 1, cel: (449) 230-0364, email: gabycarpio1106@yahoo.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité 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) 5627-6900 extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

ENCUESTADO

DRA. GABRIELA CARPIO ZERMEÑO

TESTIGO

TESTIGO

Anexo E OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSION | INDICADORES | ITEMS | RESPUESTA | | ESCALA | CATEGORIA | | | |
|---|--|--|---|--|---|-----------|--------------|---|-------|---------|
| | | | | V | F | | | | | |
| <p>CONOCIMIENTO</p> <p>Hechos o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad</p> | <p>ALIMENTACIÓN SALUDABLE</p> <p>Información, concepto, comprensión y análisis de las características adecuadas de la ingesta diaria establecida en las Guías Alimentarias para la población</p> | CORRECTO = 1 | 1.-La obesidad es la acumulación excesiva de grasa? | X | | VERDADERO | CUANTITATIVA | | | |
| | | | INCORRECTO = 0 | 2.-Estar obeso es tener 3 o 4 kilos de más? | | | | X | FALSO | ORDINAL |
| | | | | 3.-El peso ideal de una persona depende de su talla y sexo? | X | | | | | |
| | | | | 4.-Se considera a la obesidad como una enfermedad? | X | | | | | |
| | | | | 5.-El exceso de grasa corporal tiene un efecto negativo sobre la salud de quien la padece? | X | | | | | |
| | | | | 6.-La obesidad aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades? | X | | | | | |
| | | | | 7.-Es importante llevar un control de su peso cada que acude a su consulta? | X | | | | | |
| | | 8.-Es importante conocer su circunferencia abdominal cada que acude a consulta? | | X | | | | | | |
| | | 9.-Es importante conocer su índice de masa corporal cada que acude a consulta? | X | | | | | | | |
| | | 10.-Es importante cuando acude a su consulta que se le tome la presión arterial? | X | | | | | | | |
| | | Es importante que su médico le solicite laboratoriales como: | | | | | | | | |
| | | 11.-Glucosa | X | | | | | | | |
| | | 12.-Colesterol | X | | | | | | | |
| | | 13.-Triglicéridos | X | | | | | | | |
| 14.-Considera que la obesidad es causada por comer demasiado? | X | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|--|
| | | | 15.-Es necesario investigar si existen datos de depresión o ansiedad? | X | | | |
| | | | 16.-La obesidad puede ocasionar problemas ortopédicos? | X | | | |
| | | | Perder peso podría tener beneficios como: | | | | |
| | | | 17.-Mejorar la función de la insulina en el cuerpo | X | | | |
| | | | 18.-Ayudar a controlar los niveles de glucosa en pacientes diabéticos | X | | | |
| | | | 19.-Disminuir los niveles de colesterol en la sangre | X | | | |
| | | | 20.-Disminuir los niveles de triglicéridos en la sangre | X | | | |
| | | | 21.-Se recomienda aumentar el consumo de granos enteros como avena, arroz integral y trigo integral? | X | | | |
| | | | 22.-Una alimentación rica en frutas y verduras aumentan la saciedad y por lo tanto se disminuye el consumo de otros alimentos? | X | | | |
| | | | 23.-Una alimentación adecuada restringida en calorías, asociada con ejercicio con una duración permanente mayor de 6 meses ayuda a bajar de peso? | X | | | |
| | | | 24.-El consumo de agua natural es la bebida de primera elección? | X | | | |
| | | | 25.-El consumo regular de comidas rápidas se asocia al aumento de peso? | X | | | |
| | | | Para mantener una alimentación saludable se debe consumir alimentos como | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--------------------|--|------------------|---|------------------------|-----------------------------|
| | | | 26.-Alimentos integrales (avena, frijol, lentejas) | X | | | |
| | | | 27.-Frutas y verduras | X | | | |
| | | | 28.-Alimentos fritos | | X | | |
| | | | 29.-Bebidas endulzadas | | X | | |
| | | | 30.-Comidas rápidas como hamburguesas, pizzas, etc. | | | X | |
| | | | 31.-Bebidas alcohólicas | | | X | |
| | | | 32.-Al comer, se debe tener cuidado con el tamaño de la porción de alimento? | X | | | |
| | | | 33.-Se debe de poner atención en cuántas veces se come al día? | X | | | |
| | | | 34.-Para una adecuada disminución y control de peso es necesario un programa donde intervengan médicos y familiares? | X | | | |
| | | | 35.-Para un adecuado control de alimentación es recomendable consumir 3 comidas y 2 colaciones durante el día? | X | | | |
| | | | 36.-Cualquier tipo de dieta es adecuado para todas las personas? | | | X | |
| | | | 37.-Se pueden hacer dietas muy bajas en calorías sin la necesidad de una supervisión médica? | | | X | |
| | DIMENSION | INDICADORES | ITEMS | RESPUESTA | | ESCALA | CATEGORIA |
| | | | | V | F | | |
| | ACTIVIDAD FISICA Energía que se consume por el movimiento del cuerpo, incluyendo actividades | CORRECTO = 1 | 38.-Es importante realizar actividad física? | X | | VERDADERO FALSO | CUANTITATIVA ORDINAL |
| | | INCORRECTO = 0 | 39.-Considera que la obesidad es causada por no realizar ejercicio? | X | | | |
| | | | 40.-Un individuo debe de realizar por lo menos 30 minutos al día de ejercicio (caminata, bicicleta, natación, etc)? | X | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir de compras, trabajar, hacer ejercicio, practicar algún deporte | 41.-Hay mayor probabilidad de mantener un peso saludable si se tiene un estilo de vida activa? | X | | | |
| | 42.-El punto clave para la reducción de peso es un equilibrio entre las calorías que se consuman (lo que se come) que sean menos de las que se gastan (ejercicio)? | X | | | |
| | 43.-El ejercicio promueve y mantiene la pérdida de peso? | X | | | |
| | 44.-Se debe recomendar la actividad física como parte del tratamiento para reducción de peso y no solamente el cambio de alimentación? | X | | | |
| | 45.-El ejercicio se debe adecuar a cada persona? | X | | | |
| | 46.-Al finalizar la pérdida de peso buscada ya no es necesario realizar actividad física para mantener el peso? | | | X | |
| | 47.-Se recomienda la auto vigilancia regular de su peso? | X | | | |
| | 48.-Se debe utilizar de primera intención medicamentos para bajar de peso? | | | X | |
| | 49.-El uso de medicamentos para bajar de peso puede ser igual para cualquier persona y no necesita de asesoría médica? | | | X | |
| | 50.-El uso de medicamentos para bajar de peso puede ser de manera indefinida.? | | | X | |

Anexo F MANUAL OPERACIONAL

“EFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL DE PESO EN EL PACIENTE OBESO ADSCRITO A LA UMF No. 1 DELEGACION AGUASCALIENTES”

El instrumento es el método de participación más empleado para obtener información sobre el nivel de conocimiento que el paciente obeso tiene sobre control de peso, su objetivo es conocer si los pacientes que cursan con obesidad cuentan con conocimientos suficientes sobre control de peso. Contando con estrategia de intervención para evaluar la mejora en el nivel de conocimiento que los pacientes tienen sobre el tema.

1.- Posterior a la autorización del presente protocolo por parte del comité local de investigación, se solicitará permiso a la Directora de la Unidad de Medicina Familiar No.1 para llevar a cabo la investigación con pacientes de su adscripción.

2. Se llevará a cabo la aplicación de un instrumento, en el que los usuarios seleccionados lo llenaran de forma individual al salir del consultorio, en el área de sala de espera y sin la presencia del médico, la primer parte del cuestionario que consta de los datos biográficos, los cuales serán seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión.

3.- Pacientes seleccionados:

Criterios de Inclusión

- Pacientes obesos adultos entre 25 y 64 años que reciben atención en UMF No.1, delegación Aguascalientes
- Ambos géneros
- Que acepten participar en el estudio previa firma de carta de consentimiento bajo información

Criterios de no inclusión

- Pacientes con algún deterioro cognitivo.
- Pacientes analfabetas.

Criterios de exclusión

- Pacientes que deciden retirarse del estudio
- Pacientes que no hayan asistido a la intervención.

4.-El instrumento será otorgado por el médico tesista a todos los pacientes seleccionados previa firma de la carta de consentimiento informado para participar en el estudio. Después de explicarle el motivo de la investigación y guardando el anonimato del entrevistado, posteriormente se entregará el cuestionario anónimo, sin influir en las respuestas de los usuarios.

5.- Se le invitará a la sesión educativa. De aceptar se le otorgará el cuestionario al llegar el día de la plática para completarlo antes de iniciar con el programa de intervención.

5. El cuestionario consta de 50 preguntas con 50 ítems en total, que evalúan el conocimiento sobre control de peso y obesidad, la duración del cuestionario será de 10 minutos aproximadamente, la información que se maneja en este será confidencial y no le afectará en su consulta médica. Se le comunicará al entrevistado que en el momento en que él no quiera contestar una pregunta, o no quiera continuar con el estudio se puede retirar.

6.-Posteriormente se realizará una intervención de tipo educativa participativa siguiendo el modelo de corrillo, para mejorar los conocimientos que tengan previamente. Al finalizar la intervención se le aplicará nuevamente dicho cuestionario para poder evaluar si se generó algún cambio en el conocimiento de los participantes.

7. El instrumento contiene preguntas directas de fácil comprensión y aplicación para la captura de los datos, sobre el conocimiento sobre control de peso en el paciente obeso. Se encuentra complementado con aspectos generales en donde aparecen los datos biográficos.

PRIMERA PARTE:

Aspectos Generales: Aborda los datos generales del encuestado.

I.-FICHA DE IDENTIFICACION

FOLIO: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

DOMICILIO: _____

UMF DE ADSCRIPCION: _____ **PESO:** _____

TALLA: _____ **IMC:** _____

SEGUNDA PARTE:

Conocimiento sobre control de peso:

Esta sección se hizo con la finalidad de evaluar el conocimiento de los pacientes obesos sobre control de peso adscritos a la UMF n° 1 Delegación Aguascalientes y mide 2 dimensiones:

- Alimentación saludable (1-37)
- Actividad física (38-50)

La respuesta del entrevistado será marcada con una X, de acuerdo a los reactivos de la columna correspondiente, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto (investigador) codificará de la siguiente manera:

- a. VERDADERO
- b. FALSO

1. La obesidad es la acumulación excesiva de grasa?

Explicación: Con esta pregunta pretendemos conocer si al paciente tiene la información de que es la enfermedad. Y con ello prevenir y promover.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

2.- Estar obeso es tener 3 o 4 kilos de más?

Explicación: Con esta pregunta pretendemos conocer si al paciente tiene la información de que es la enfermedad. Y con ello prevenir y promover.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

3.- El peso ideal de una persona depende de su talla y sexo?

Explicación: Con esta pregunta pretendemos conocer si al paciente tiene la información de que es la enfermedad. Y con ello prevenir y promover.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

4.- Se considera a la obesidad como una enfermedad?

Explicación: Con esta pregunta pretendemos conocer si al paciente tiene la información de que es la enfermedad. Y con ello prevenir y promover.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

5.- El exceso de grasa corporal tiene un efecto negativo sobre la salud de quien la padece?

Explicación: Con esta pregunta pretendemos conocer si al paciente tiene la información de que es la enfermedad. Y con ello prevenir y promover.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

6.- La obesidad aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente es capaz de reconocer factores de riesgo para padecer dicha enfermedad y con ello poder promover o prevenirlas.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

7.- Es importante llevar un control de su peso cada que acude a su consulta?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente es capaz de reconocer factores de riesgo para padecer dicha enfermedad y con ello poder promover o prevenirlas.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

8.- Es importante conocer su circunferencia abdominal cada que acude a consulta?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente es capaz de reconocer factores de riesgo para padecer dicha enfermedad y con ello poder promover o prevenirlas.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

9.- Es importante conocer su índice de masa corporal cada que acude a consulta?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente es capaz de reconocer factores de riesgo para padecer dicha enfermedad y con ello poder promover o prevenirlas.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

10.- Es importante cuando acude a su consulta que se le tome la presión arterial?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente es capaz de reconocer factores de riesgo para padecer dicha enfermedad y con ello poder promover o prevenirlas.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
|-----------|--------------|

| | |
|----|---|
| SI | 1 |
| NO | 0 |

| |
|--|
| Es importante que su médico le solicite laboratoriales como: |
| 11.- Glucosa |

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que hay elementos bioquímicos que son considerados factores de riesgo y con ello poder promover o prevenirlas

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

| |
|-----------------|
| 12.- Colesterol |
|-----------------|

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que hay elementos bioquímicos que son considerados factores de riesgo y con ello poder promover o prevenirlas

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-------------------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |
| 13- Triglicéridos | |

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que hay elementos bioquímicos que son considerados factores de riesgo y con ello poder promover o prevenirlas

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

14.- Considera que la obesidad es causada por comer demasiado?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que su enfermedad está relacionada con las actividades que ha desarrollado desde su infancia y con ello poder promover o prevenirla

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

15.- Es necesario investigar si existen datos de depresión o ansiedad?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que hay situaciones que pueden llevarlo a actitudes o decisiones que constituyan un factor de riesgo para desarrollar obesidad y a las cuales se les puede implementar tratamiento.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

16.- La obesidad puede ocasionar problemas ortopédicos

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce situaciones clínicas específicas derivadas de la misma obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

Perder peso podría tener beneficios como:

17.-Mejorar la función de la insulina en el cuerpo

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que al modificar el estilo de vida y perder peso mejorarán muchas condiciones metabólicas que a su vez ayudaran a no desarrollar otras patologías o sus complicaciones.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

18.- Ayudar a controlar los niveles de glucosa en pacientes diabéticos

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que al modificar el estilo de vida y perder peso mejorarán muchas condiciones metabólicas que a su vez ayudaran a no desarrollar otras patologías o sus complicaciones.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

19.- Disminuir los niveles de colesterol en la sangre

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que al modificar el estilo de vida y perder peso mejorarán muchas condiciones metabólicas que a su vez ayudaran a no desarrollar otras patologías o sus complicaciones.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

20.- Disminuir los niveles de triglicéridos en la sangre

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente conoce que al modificar el estilo de vida y perder peso mejorarán muchas condiciones metabólicas que a su vez ayudaran a no desarrollar otras patologías o sus complicaciones.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

21.- Se recomienda aumentar el consumo de granos enteros como avena, arroz integral y trigo integral

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica los alimentos que le pueden ser benéficos para el control de peso.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

22.- Una alimentación rica en frutas y verduras aumentan la saciedad y por lo tanto se disminuye el consumo de otros alimentos

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica los alimentos que le pueden ser benéficos para el control de peso.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

23.- Una alimentación adecuada restringida en calorías, asociada con ejercicio con una duración permanente mayor de 6 meses ayuda a bajar de peso

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

24.- El consumo de agua natural es la bebida de primera elección

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

25.- El consumo regular de comidas rápidas se asocia al aumento de peso

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

Para mantener una alimentación saludable se debe consumir alimentos como
26.-Alimentos integrales (avena, frijol, lentejas).

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

27.- Frutas y Verduras

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

28.- Alimentos fritos

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

29.- Bebidas endulzadas

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

30.- Comidas rápidas como hamburguesas, pizzas, etc.

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

31.- Bebidas Alcohólicas

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

32.- Al comer, se debe tener cuidado con el tamaño de la porción de alimento?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

33.- Se debe de poner atención en cuántas veces se come al día?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
|-----------|--------------|

| | |
|-----------|---|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

34.- Para una adecuada disminución y control de peso es necesario un programa donde intervengan médicos y familiares

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica el que ante el diagnóstico de obesidad no puede actuar de manera individual

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

35.- Para un adecuado control de alimentación es recomendable consumir 3 comidas y 2 colaciones durante el día?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

36.- Cualquier tipo de dieta es adecuado para todas las personas

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

37.- Se pueden hacer dietas muy bajas en calorías sin la necesidad de una supervisión médica

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|---|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |
| 38.- Es importante realizar actividad física? | |

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

39.- Considera que la obesidad es causada por no realizar ejercicio?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

40.- Un individuo debe de realizar por lo menos 30 minutos al día de ejercicio (caminata, bicicleta, natación, etc)?

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

41.- Hay mayor probabilidad de mantener un peso saludable si se tiene un estilo de vida activa

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las medidas generales que puede adoptar o evitar ante el diagnóstico de obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

42.- El punto clave para la reducción de peso es un equilibrio entre las calorías que se consuman (lo que se come) que sean menos de las que se gastan (ejercicio)

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |

| | |
|-------|---|
| FALSO | 0 |
|-------|---|

43.- El ejercicio promueve y mantiene la pérdida de peso

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

44.- Se debe recomendar la actividad física como parte del tratamiento para reducción de peso y no solamente el cambio de alimentación

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

45.- El ejercicio se debe adecuar a cada persona

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

46.- Al finalizar la pérdida de peso buscada ya no es necesario realizar actividad física para mantener el peso

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

47.- Se recomienda la auto vigilancia regular de su peso

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 1 |
| FALSO | 0 |

48.-Se debe utilizar de primera intención medicamentos para bajar de peso

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

49.- El uso de medicamentos para bajar de peso puede ser igual para cualquier persona y no necesita de asesoría médica

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

50.- El uso de medicamentos para bajar de peso puede ser de manera indefinida.

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el paciente identifica las acciones que debe de realizar o evitar para el tratamiento de la obesidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

| RESPUESTA | CODIFICACION |
|-----------|--------------|
| VERDADERO | 0 |
| FALSO | 1 |

La calificación global de la encuesta con Puntuación: 0-20: conocimiento bajo, 21-40 conocimiento medio y de 41-50 conocimiento adecuado o alto.