



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10
A 19 AÑOS DERECHOHABIENTES A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 11 DELEGACION
AGUASCALIENTES**

TESIS

PRESENTADA POR

Ana Elena Secundino De Hoyos

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo

Aguascalientes, Ags., diciembre de 2018



AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE 2019.

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes: **Dra. Ana Elena Secundino De Hoyos**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS
DERECHOHABIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.11
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

Número de Registro: **R-2018-101-024** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La Dra. Ana Elena Secundino De Hoyos asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a 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.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'JA' or similar initials.

ATENTAMENTE

DR. JAIME AZAHEL CARRANZA MURILLO



Aguascalientes, Aguascalientes, Diciembre 2019

**DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. ANA ELENA SECUNDINO DE HOYOS

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS
DERECHOHABIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.11 DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES**

Número de Registro: **R-2018-101-016** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La Dra. Ana Elena Secundino De Hoyos asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social; por lo que no tengo inconvenientes 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 a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

ANA ELENA SECUNDINO DE HOYOS
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:

**“ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS
DERECHOHABIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”**

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

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

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., a 14 de Diciembre de 2018.

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

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

AGRADECIMIENTOS

“La actitud es una pequeña cosa, que marca una gran diferencia”

Winston Churchill.

Principalmente a **Dios** por el don de la vida, por guiarme y protegerme durante todo mi camino, y darme fuerzas para llegar hasta donde estoy.

A mis padres, por la confianza y el apoyo brindado, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis hermanos por lo que representan para mi y por ser parte importante de una hermosa familia

A mi hijo Daniel tu eres la fuente de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para los dos. Aún a tu corta edad, me has enseñado muchas cosas de esta vida. Gracias por ser parte de mí.

A mis compañeros, amigos y maestros, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos tres años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

DEDICATORIA

A mi niño Daniel, fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto.



INDICE DE CONTENIDO

I. Resumen iv

II. Abstract iv

III. Introducción vi

IV. Marco teórico:1

 IV.a. Antecedentes científicos de actitud de los adolescentes1

 IV.b. Antecedentes científicos de actitud de los adolescentes hacia la obesidad4

 IV.c. Modelos y teorías que fundamentan las variables.....8

 IV c 1 Teoría de la acción razonada.....8

 IV.c.2 Actitud9

 IV c 3 Adolescencia 10

V. Marco Conceptual 12

 a. Adolescencia 12

 b. Definiciones de sobrepeso y obesidad..... 12

 c. Actitudes 14

VII. Planteamiento del problema..... 17

 VII.a. Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio 17

 VII.b Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en el estado municipio o delegación de estudio..... 18

 VII.c Descripción del Sistema de atención de la Salud..... 20

 VII. c. 1 nivel político 20

 VII. c. 2 nivel legislativo 21

 VII.c.3 Organización panamericana de la salud organización mundial de la salud..... 22

 VII.c.4 Organización Mundial de la Salud..... 22

 VII.c.5 México. 23

 VII.c.5.1 NORMA Oficial Mexicana NOM -008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 23

 VII.c.5.2 Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en 1er nivel de atención. México: Secretaria de Salud. 2012..... 24

 VII.c.5.3 Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. 24

 VII.c.5.4 Nivel operativo 25

VII.d Descripción de la naturaleza del problema discrepancias entre las situaciones observadas y las esperadas, que identifiquen el estado del arte en conocimiento del problema (identificar, analizar e intervenir).....26

VII.e Descripción de la distribución del problema27

VII.f Descripción de la gravedad del problema (magnitud y trascendencia, así como las consecuencias que pueden presentarse tanto en la población como en los servicios).29

Pregunta de investigación.....32

VIII. Objetivo.....33

 1 Objetivo general33

 2 Objetivos específicos33

IX. Material y métodos.....34

 IX. a tipo de estudio34

 IX. b Población de estudio34

 IX. c Universo de trabajo.....34

 IX. d. Unidad de análisis.34

 IX. e. Criterios de selección34

 IX. e. i Criterios de inclusión34

 IX. e.ii. Criterios de no inclusión.....34

 IX- e. iii. Criterios de eliminación;34

 IX. f. Tipo de muestra34

 IX. g. Tamaño de la muestra35

X. Logística.....36

 X. b. Instrumentos de referente para la recolección de datos36

 Plan de recolección de la información37

 X. B.1. Instrumento de nuestro estudio38

 X. d. Plan para el procesamiento de datos42

 X. e. Plan de análisis de datos.....42

 XI. f. Aspectos éticos43

XII. Recursos humano materiales y financieros del estudio.....43

XIII. Cronograma de actividades.....44

XIV. Resultados.....45

XV. Discusión.....48

XVI. Conclusión.....49

XVII. Recomendaciones.....49

XVIII. Referencias51

Anexo 1 Operacionalización de las variables55

Anexo 2 Instrumento de Recolección59

Anexo 3 cartas de consentimiento informado.....61

Manual Operacional.....63



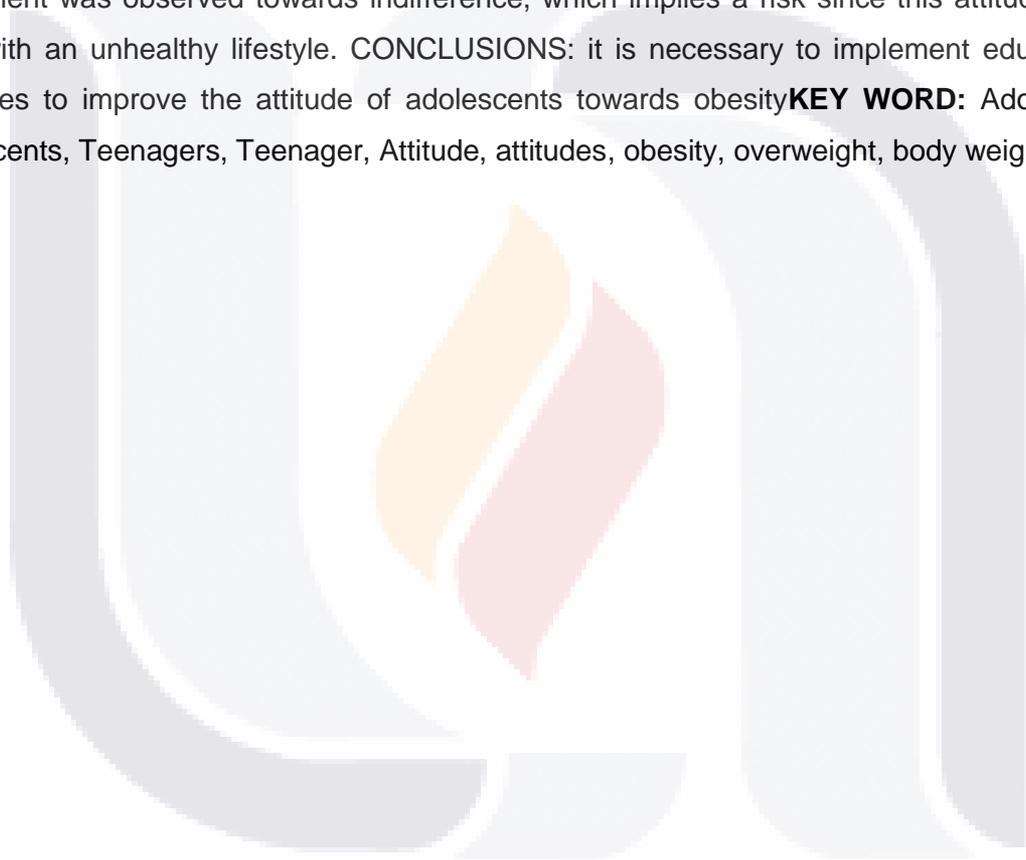
I. Resumen

Si bien la obesidad es una condición que debe ser prevenida por sus efectos negativos en la salud física, también es cierto que el peso corporal de las personas no debe ser motivo para discriminarlas. En la región hispanoamericana se han hecho pocos esfuerzos para documentar los estereotipos y prejuicios asociados con la obesidad. Parece relevante estudiar las actitudes negativas hacia la obesidad ya que pueden materializarse en diferentes formas de discriminación hacia las personas con sobrepeso u obesidad. La obesidad es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Es considerada como la pandemia no transmisible del siglo XXI. Especialmente preocupantes son sus niveles de prevalencia en edad infantil y en la adolescencia, dado el importante impacto que posee en la calidad de vida en dicha etapa evolutiva y el riesgo que supone de afianzamiento de nuevas generaciones de adultos obesos. **OBJETIVO:** En este estudio se determinará la actitud hacia la obesidad del adolescente en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de la Delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y METODOS:** se realizó un estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal. Con muestreo no probabilístico con un tamaño de la muestra de 354 adolescentes de entre 10 a 19 años en donde se les aplicó una encuesta para determinar la actitud hacia la obesidad en el adolescente. **RESULTADOS:** se encontró una actitud global indiferente o neutra, de los adolescentes hacia la obesidad, mientras el componente cognitivo demostró una actitud negativa, el componente afectivo y conductual se observó tendencia hacia la indiferencia, lo que implica un riesgo ya que esta actitud podría vincularse con un estilo de vida poco saludable. **CONCLUSIONES:** se requiere implementar estrategias educativas para mejorar la actitud de los adolescentes hacia la obesidad. **PALABRAS CLAVE:** dolescentes, Adolescentes, Adolescentes, Adolescentes, Actitud, Actitudes, Obesidad, Sobrepeso, Peso Corporal,

II. Abstract

Although obesity is a condition that must be prevented due to its negative effects on physical health, it is also true that people's body weight should not be a reason to discriminate against them. In the Hispano-American region, little effort has been made to document the stereotypes and prejudices associated with obesity. It seems relevant to study negative attitudes towards obesity as they can materialize in different forms of discrimination towards overweight or obese people. Obesity is one of the main health problems worldwide. It is considered as the noncommunicable pandemic of the 21st century. Especially worrisome are

the levels of prevalence in childhood and adolescence, given the significant impact it has on the quality of life in this stage of evolution and the risk of strengthening new generations of obese adults. **OBJECTIVE:** This study will determine the attitude towards adolescent obesity in Family Medicine Unit No. 11 of the Aguascalientes Delegation. **MATERIAL AND METHODS:** a descriptive, non-experimental, cross-sectional study was carried out. With non-probabilistic sampling with a sample size of 354 adolescents between 10 to 19 years old where a survey was applied to determine the attitude toward obesity in adolescents. **RESULTS:** an indifferent or neutral overall attitude of adolescents towards obesity was found, while the cognitive component showed a negative attitude, the affective and behavioral component was observed towards indifference, which implies a risk since this attitude could bond with an unhealthy lifestyle. **CONCLUSIONS:** it is necessary to implement educational strategies to improve the attitude of adolescents towards obesity **KEY WORD:** Adolescent, Adolescents, Teenagers, Teenager, Attitude, attitudes, obesity, overweight, body weight



III. Introducción

La obesidad se considera actualmente un problema de salud pública, calificado como la “epidemia del siglo”, a la que se ha destinado una gran cantidad de recursos económicos y humanos para su manejo, control y prevención. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016, En adolescentes de entre 12 y 19 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 36.3%, 1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia en 2012 (34.9%). Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. La prevalencia de sobrepeso (26.4%) en adolescentes de sexo femenino en 2016 fue 2.7 puntos porcentuales superior a la observada en 2012 (23.7%). Esta diferencia es estadísticamente significativa. En cambio, la prevalencia de obesidad (12.8%) es similar a la observada en 2012 (12.1%). En los adolescentes de sexo masculino no hubo diferencias significativas entre 2012 y 2016. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en áreas urbanas pasó de 37.6% en 2012 a 36.7% para 2016, mientras dicha prevalencia en áreas rurales aumentó 8.2% en el mismo periodo de tiempo.

Debido a la importancia que para un adolescente genera la imagen corporal, los adolescentes se sienten preocupados por su apariencia, donde claramente influye. La obesidad es presentada como un estigma social, ante lo cual las personas intentan justificar su prejuicio contra la obesidad afirmando que las personas obesas son totalmente responsables de su sobrepeso y quizá los adolescentes sean quienes más se enfrentan a esta estigmatización. El sobrepeso y la obesidad en edades tempranas están influenciados por los estilos de vida (hábitos dietéticos y actividad física) de la población, pero también en la forma en cómo el adolescente se relaciona con sus iguales. Existe en la sociedad la percepción de frenar la tendencia a la sobrealimentación del adolescente con la expectativa de no contribuir al desarrollo de la obesidad en su vida adulta. Debido a la importancia que para un adolescente genera la imagen corporal, se sienten preocupados por su apariencia, donde claramente influyen factores sociales y culturales. Esto es particularmente peligroso por que conduce a una actitud de culpabilidad que podría conducir a patologías como la depresión o bien provocar actitudes negativas hacia el propio cuerpo.

De allí la necesidad de contar e iniciar el levantamiento de una línea de base, que nos lleve a identificar la actitud hacia la obesidad de una de las etapas difíciles del ser humano, la adolescencia. Por lo tanto, esta investigación responde a esta necesidad en la búsqueda de información de las actitudes con respecto a la obesidad.

IV. Marco teórico:

Se realiza búsqueda de información usando palabras claves en título: Adolescent, Adolescents, Teenagers, Teenager, Attitude, attitudes en base de datos PubMed teniendo como resultado 1485 artículos, con un filtro de 5 años reportando 388 artículos, encontrando 10 artículos pertinentes para esta investigación de los cuales se presentan a continuación.

IV.a. Antecedentes científicos de actitud de los adolescentes

Stéfani de Salles Mendes (2011): realizaron un estudio descriptivo con análisis cuantitativo, analizaron el conocimiento y las actitudes de los adolescentes y la anticoncepción. Con una muestra de 499 adolescentes de cinco escuelas estatales de Cuiabá, MT, Brasil, con un cuestionario estructurado. Los datos fueron procesados y analizados por el software Epi-Info, con análisis bivariado. Se usó un cuestionario previamente evaluado y auto administrado para la recopilación de datos. Entre los adolescentes estudiados, 36% fueron sexualmente activos; el uso de métodos anticonceptivos fue referido por el 77% de las niñas y el 66% de los niños; El 55% adolescente estaba más familiarizado con los condones asociados con los anticonceptivos orales e inyectables entre las adolescentes sexualmente activas, el 40% de los niños y el 58% de las niñas hablan con sus amantes / parejas sobre las formas de evitar el embarazo; El 54% de las niñas y el 40% de los niños declararon que tanto el hombre como la mujer deberían usar un método anticonceptivo; la fuente de indicación de los métodos anticonceptivos fueron amigos para el 22% de los niños y médicos para el 36% de las niñas
Conclusiones: Si bien los adolescentes presentan algunos conocimientos y actitud positiva sobre la anticoncepción, todavía existe la necesidad de prevención y orientación sexual ante la falta de diálogo entre las parejas, la no adopción de métodos preventivos en todas las relaciones sexuales y la tasa de embarazo reportada. ⁽¹⁾

Wilson (2012) Este estudio de investigación descriptivo utilizó un diseño cuantitativo y una muestra transversal. Con una muestra total de 472 alumnos de 6, 7 y 8 grado de secundaria. Con el objetivo de identificar que componentes perciben los estudiantes como importantes para promover estilos de vida saludables y prevenir la obesidad adolescente en los estudiantes, y de esta manera poder desarrollar estrategias educativas. Este estudio involucró el desarrollo y la administración de un cuestionario a estudiantes de secundaria para determinar sus actitudes sobre el sobrepeso / obesidad y lo que consideraron que funcionaría para ellos. Los adolescentes están dispuestos a hacer más ejercicio, a cambiar sus hábitos alimenticios para incluir más frutas y verduras, beber más agua y comer menos

comida chatarra. No están dispuestos a renunciar a los refrescos, a los juegos de video / computadora ni a mirar televisión para mejorar su salud. ⁽²⁾

Rajnish S. Borkar y cols (2015): estudio transversal aplicaron en 500 estudiantes adolescentes de secundaria superior en la ciudad de Solapur. Con el objetivo de conocer la actitud de los estudiantes adolescentes con respecto a la educación en salud reproductiva y para identificar patrones de comunicación con respecto al problema de salud reproductiva en la ciudad de Solapur. Incluyo en la muestra aquellas escuelas que tienen todas las corrientes (artes, comercio y ciencia), mediante la técnica de muestreo aleatorio simple. Los datos se recopilaron con la ayuda de un cuestionario previamente probado y auto administrado. Se asumió una proporción del 50% con un intervalo de confianza del 95% con un error del 5% para determinar el tamaño máximo de la muestra. El tamaño total de la muestra resultó ser de 384, pero en el presente estudio se incluyeron 500 estudiantes. Se encontró que los estudiantes tenían una actitud sana y positiva hacia los problemas de salud reproductiva, como el tamaño ideal de la familia, el sexo prematrimonial y la planificación familiar. Aproximadamente la mitad de los estudiantes mencionaron que la educación en salud reproductiva recomendada en el currículo escolar y la conferencia de expertos fue mencionada como el método deseado para impartir RHE. La mayoría de los estudiantes prefirieron comunicarse con el médico / trabajador de la salud seguido por amigos con respecto a problemas de salud reproductiva. ⁽³⁾

Mina PiiksiDahli (2016): Se realizó estudio descriptivo, evaluar las actitudes de los adolescentes hacia la salud y buscar ayuda para los problemas de la salud. Los participantes fueron dos niños y tres niñas, con edades comprendidas entre los 17 y los 19 años. Se realizaron entrevistas con cinco adolescentes que visitaban una clínica de salud para jóvenes en Moss, Noruega. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas de acuerdo con la condensación sistemática de los textos. Encontramos que todos los adolescentes incorporaron cualidades psicológicas y sociales en su visión de la salud. Las conexiones sociales positivas con la familia y los amigos fueron los factores más importantes para la buena salud de todos los participantes. Todos ellos expresaron resistencia a la divulgación de problemas de salud mental, aunque esto se reconoció como la barrera más importante para la buena salud. En este estudio se dio como conclusión: las actitud positiva de los adolescentes hacia la salud y en la búsqueda de ayuda para los problemas relacionados con

la salud, encontramos que su enfoque estaba en los aspectos sociales y mentales de la salud, y que era necesaria una relación de confianza con los proveedores de atención médica para que los adolescentes buscaran ayuda. ⁽⁴⁾

PrasenjitRay et al (2018): Realizaron un estudio de conocimiento y la actitud de los adolescentes sobre los diversos problemas de salud mental. Estudio de corte transversal realizado en niñas adolescentes (N = 107, de 12 a 18 años de edad) de origen rural de Bengala Occidental. A través de un cuestionario bengalí de 13 ítems sobre los sujetos. La mayoría de los sujetos reconocieron conductas problemáticas, expresaron una actitud de ayuda, tendieron a buscar ayuda de los padres y pensaron que compartir preocupaciones con otros y pasar tiempo con amigos podría hacerlos felices. Conclusiones: este cuestionario parece confiable para evaluar el conocimiento y la actitud de las adolescentes. Es necesario informar a los adolescentes sobre diversos problemas de salud mental. La actitud positiva para ayudar y el sentido de cohesión brillaban en esta población. ⁽⁵⁾

Doyle et al (2017) se realiza estudio con el objetivo de identificar las actitudes de los adolescentes sobre la autolesión y sus perspectivas para prevenirla, se administró una encuesta anónima transversal a 856 estudiantes de la escuela primaria en 11 escuelas en Dublín, Irlanda. Las actitudes hacia la autolesión fueron capturadas a través de una escala de cinco ítems y opiniones sobre la prevención de autolesiones.

Se identificaron diferencias significativas entre quienes se autolesionaron y sus compañeros. Aquellos que se autolesionaron eran menos propensos a creer que se autolesionaba para llamar la atención o fue resultado de la soledad o la depresión; eran más propensos a creer que la autolesión era impulsiva. Los hallazgos demostraron que la mayoría de los jóvenes creían que la autolesión podía ser prevenido y se identificaron una serie de estrategias preventivas. ⁽⁶⁾

Vasquez et al (2018): este estudio buscó comprender la experiencia y las percepciones de los jóvenes hispanos de bajos ingresos con respecto al consumo de tabaco. Con una muestra de 49 adolescentes (de 9 a 19 años) de El Paso, Texas, participaron en cinco discusiones de grupos focales extendidos sobre el uso de tabaco / nicotina. Se observó que los adolescentes fueron expuestos predominantemente al tabaco a través de parientes, aunque los contextos de la escuela y los partidos se hicieron más relevantes a medida que los jóvenes envejecían. Los jóvenes tenían percepciones negativas del tabaco y los fumadores, pero creían que sus compañeros a menudo veían el tabaco positivamente. Los jóvenes también vieron el uso del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tabaco como una estrategia funcional de manejo del estrés, especialmente dentro de su familia extendida. La salud y la familia fueron fuertes motivadores para no fumar. Concluyeron que los jóvenes mantienen varias actitudes en sus puntos de vista sobre el tabaco. El consumo de tabaco se considera desagradable y perjudicial, sin embargo, los jóvenes perciben que sus compañeros lo ven como genial. La discusión entre pares de experiencias y percepciones sobre el tabaco puede ayudar a corregir estos puntos de vista incongruentes. A esta tensión se suma la percepción de que el tabaco se usa para controlar el estrés. Dada la importancia del entorno familiar para los jóvenes hispanos, los esfuerzos de prevención del tabaco pueden beneficiarse de involucrar a las familias para identificar las formas en que el consumo de tabaco causa estrés. ⁽⁷⁾

Febrero et al (2018) El objetivo de este estudio fue analizar las actitudes de los adolescentes hacia el xenotrasplante y determinar las variables que afectan sus actitudes, Se obtuvo un estudio aleatorio simple de estudiantes que tenían entre 12 y 16 años de edad en escuelas secundarias en el sureste de España (n = 3633). Sus actitudes fueron evaluadas con el uso de un cuestionario psicosocial validado sobre xenotrasplantes (PCID-XenoTx Ríos). El cuestionario se completó de forma anónima y fue autoadministrado. Se utilizó análisis estadístico descriptivo, t de Student y tests ² pruebas. La tasa de finalización fue del 97% (n = 3531). Con respecto a la donación de órganos de animales para humanos, el 44% (n = 1569) estaría a favor, el 22% (n = 784) en contra y el 34% (n = 1178) indeciso. La actitud se relacionó con conocer a un paciente de trasplante (P = .02), creyendo que las necesidades de órganos para trasplantes no están cubiertas (P = .004), habiendo recibido información sobre la donación y el trasplante de órganos (ODT) en la televisión y en las escuelas (P = .001), discusión familiar sobre ODT (P <.001), actitud de los padres del entrevistado (P <.001) y actitud hacia la donación humana (P <.001). Más de la mitad de los adolescentes tenían actitudes desfavorables hacia el xenotrasplante, ya que esto estaba determinado por factores relacionados con el conocimiento y la información previa sobre ODT, la actitud de la familia y las actitudes hacia los diferentes tipos de donación de órganos humanos. ⁽⁸⁾

IV.b. Antecedentes científicos de actitud de los adolescentes hacia la obesidad

Se realiza búsqueda de información usando palabras claves en título: Adolescent, Adolescents, Teenagers, Teenager, Attitude, attitudes, obesity, overweight, bodyweight, en base de datos PubMed teniendo como resultado 73 artículos, con un filtro de 5 años

reportando 21 artículos, encontrando 4 artículos pertinentes para esta investigación de los cuales se presentan a continuación.

Ortiz Hernández et al (2015): estudio ex post facto con diseño transversal realizado con un muestreo no probabilístico, con el objetivo de analizar actitudes explícitas hacia la obesidad y experiencias de discriminación por peso con las actitudes hacia la obesidad en adolescentes de la ciudad de México. La información fue captada mediante un cuestionario aplicado por entrevistas cara a cara. Se formaron cuatro grupos de edad: de 11 a 12, 13, 14, y de 15 a 17 años. Para evaluar el estado de nutrición de los adolescentes se les tomaron medidas de peso y la estatura. Para las mediciones, se siguieron técnicas estandarizadas (Lohman, Roche y Martorell, 1988). Para clasificar a los adolescentes de acuerdo a la puntuación Z del índice de masa corporal para edad ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$) se utilizaron las tablas de referencia del Center for Disease Control. Para evaluar las actitudes hacia la obesidad se utilizó la Prueba de Asociación Implícita (Implicit Association Test [IAT]). En este estudio se demostró, de acuerdo con las puntuaciones del IAT, que entre los adolescentes son frecuentes las actitudes negativas hacia la obesidad. A la mayoría de los adolescentes encuestados (alrededor de 70%) les resultó más sencillo asociarla con atributos negativos como “malo”, “flojo” y “tonto”. Esta elevada frecuencia puede ser un resultado de que se evalúan las actitudes implícitas, las cuales no son fácilmente influidas por los sesgos de cortesía. Respecto a los hombres, las mujeres encuestadas tendieron a asociar más la obesidad con un atributo negativo, como “tonto”. Una primera implicación del estudio es que se debe reconocer que, paralelamente a la epidemia de obesidad y sus consecuencias médicas, también existe una “epidemia” de estigmas asociados al peso corporal. El cuestionamiento que debe ser planteado, entonces, es cómo se pueden modificar las actitudes negativas hacia la obesidad. Los resultados obtenidos por los adolescentes estudiados señalan que las normas sociales y la manera en que son incorporadas a la mentalidad de las personas desempeñan un papel central en las actitudes hacia esa condición.⁽⁹⁾

Magallares et al (2015) realizaron un estudio con el objetivo de percibir la vulnerabilidad hacia la enfermedad (creencias sobre la susceptibilidad personal a contraer una enfermedad infecciosa) que suele ser la expresión del prejuicio hacia diferentes grupos estigmatizados. La muestra comprendió un total de 137 niños y adolescentes, de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, de una escuela secundaria española que cumplió con varias escalas que miden la vulnerabilidad percibida a la enfermedad, las actitudes antifat y la capacidad de control del peso percibida. Además, el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

índice de masa corporal (IMC) se calculó por medio de la altura y el peso de los participantes. La infectabilidad percibida (uno de los factores de la vulnerabilidad percibida a la escala de la enfermedad) se relacionó negativamente con la capacidad de control del peso y la aversión de los gérmenes (el segundo factor de la escala de vulnerabilidad), mostró una relación positiva con la antipatía hacia las personas obesas. Finalmente, la capacidad de control de peso percibida se correlacionó positivamente con el IMC. Se discuten las implicaciones de estos resultados en el campo del estudio del prejuicio hacia las personas obesas. ⁽¹⁰⁾

Nesrin N. Abu Baker et al (2017):Se realizó un estudio descriptivo, transversal, donde se examinaron las actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad entre los estudiantes adolescentes jordanos e identificaron los componentes del programa de prevención de la obesidad que los estudiantes perciben como importantes. Se seleccionó al azar una muestra de 1000 estudiantes de 8º a 10º grado de 16 escuelas en Irbid, Jordania. Se utilizó un cuestionario de autoinforme que incluía preguntas relacionadas con la actitud. En general, los estudiantes expresaron actitudes positivas hacia la obesidad; lo que significa que sus actitudes eran consistentes con las normas sociales en términos de salud y funcionamiento social (media = 3.5, SD = 0.39). Además, los estudiantes expresaron actitudes positivas hacia el estilo de vida; lo que significa que sus actitudes fueron consistentes con comportamientos saludables (media = 3.7, SD = 0.58). Sin embargo, los niños tuvieron actitudes positivas, mientras que las actitudes de las niñas fue indiferente ($p = 0.04$). La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 23.8%, mientras que los estudiantes obesos y no obesos tenían actitudes similares hacia el estilo de vida y la obesidad. ⁽¹¹⁾

Vizoso, et al (2018):se realizó un estudio descriptivo, evaluaron las actitudes antiobesos manifestadas por los estudiantes, sexo, edad y nivel educativo. De esta forma se identificó cuál es el grupo de población con actitudes más prejuiciosas los resultados revelan que existen diferencias de sexo respecto a las actitudes hacia la obesidad. La muestra estuvo formada por 309 estudiantes (180 hombres y 129 mujeres) entre 12 y 24 años. La media de edad fue de 16.69 años (DT = 2.60). Del total de participantes, el 36% eran estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) (entre 12 y 17 años), el 29% estudiaban Bachillerato (entre 16 y 17 años) y el 35% restantes cursaban primer curso de Grado en la Universidad de León de entre 17 y 24 años. Los resultados ponen de manifiesto que existe una relación significativa pero inversa entre las actitudes hacia la obesidad y la edad. También los resultados constataron que existen diferencias significativas en cuanto a los prejuicios

manifestados hacia la obesidad entre los estudiantes de los diferentes niveles educativos. Así, se confirma la tercera hipótesis formulada, ya que los estudiantes de Grado presentaron una actitud menos negativa hacia la obesidad que los estudiantes de ESO y de Bachillerato. Para evaluar las actitudes antiobesos se empleó la AntifatAttitudesScale (AFA, Crandall, 1994; adaptada al español por Magallares y Morales, 2014). Se observa que los hombres presentan puntuaciones significativamente mayores que las mujeres en Antipatía ($F(1, 307) = .54; p < .01$), con diferencias pequeñas entre ambos grupos ($d = .34$), y en Voluntad ($F(1, 307) = 6.03; p < .01$), con grandes diferencias entre las medias de hombres y mujeres ($d = .88$). En cambio las mujeres presentan puntuaciones significativamente mayores que los hombres Miedo a la obesidad ($F(1, 307) = .01; p < .01$), pero las diferencias de las medias son pequeñas ($d = .31$). Diferencias en función de la edad: se presentan los análisis de correlación de Pearson entre las variables Antipatía, Miedo a la obesidad, Voluntad y edad. Se encontraron correlaciones significativas positivas entre las tres variables que componen la escala. Además, se observa que la edad se correlaciona de forma significativa pero negativa tanto con la Antipatía como con la Voluntad. Sin embargo, no existe relación entre la edad y el Miedo a la obesidad.

Diferencias en función del nivel educativo: se muestra que hay diferencias entre los tres niveles educativos en Antipatía ($F(2, 306) = 11.62; p < .001$) y Voluntad ($F(2, 306) = 7.24; p < .01$). Las puntuaciones más bajas en dichas subescalas corresponden a los estudiantes de Grado. Los contrastes post hoc indican que los estudiantes de Grado presentan menor antipatía que los estudiantes de ESO ($p < .001; d = .59$) y que los estudiantes de Bachillerato ($p < .01; d = .59$), siendo moderadas las diferencias entre las medias de los grupos. Además, los estudiantes de Grado conceden menos relevancia a la voluntad como determinante del peso que los estudiantes de ESO ($p < .01; d = .48$) y que los estudiantes de Bachillerato ($p < .05; d = .41$), con diferencias pequeñas entre los grupos. Por último, no se encontraron diferencias significativas entre niveles educativos en cuanto al Miedo a la obesidad. Los resultados obtenidos en este trabajo permiten identificar que los estudiantes de ESO y Bachillerato presentan actitudes más discriminatorias hacia la obesidad y creencias más negativas sobre las personas con sobrepeso que los estudiantes de Grado.⁽¹²⁾

IV.c. Modelos y teorías que fundamentan las variables

El presente texto pretende realizar una breve descripción de la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein 1980), principal modelo de comportamiento tomado como referencia en este trabajo. Asimismo, se estudian algunas investigaciones llevadas a cabo dentro del ámbito de la actitud y la adolescencia sustentadas en el marco teórico.

IV c 1 Teoría de la acción razonada

La teoría de la acción razonada sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, sólo si influye sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o sobre sus pesajes respectivos. Es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención. En términos generales, un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posee una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando cree que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo (Fishbein, 1990). Dada una alta correlación entre la intención de realizar una conducta y el comportamiento real, los dos componentes de la teoría podrían predecir la conducta e informar sobre los determinantes de la misma, siendo estos dos propósitos el objetivo último de la teoría de la acción razonada. ⁽¹³⁾

La Teoría de Acción Razonada (Theory of Reasoned Action o TRA) constituye un modelo seminal de gran relevancia dentro de la literatura sobre comportamiento individual, de acuerdo con el cual la conducta de los sujetos (e. g. adolescentes) se explica sobre la base de la relación creencias-actitud-intención-comportamiento. En particular, la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1975) considera a la intención de comportamiento como el mejor indicador o previsor de la conducta, y contempla dos tipos de variables determinantes o explicativas de la intención de comportamiento: la actitud hacia el comportamiento y la norma subjetiva del individuo. De este modo, las creencias respecto a la conducta a desarrollar preceden a la actitud y las creencias normativas preceden a las normas subjetivas; a su vez, las actitudes y las normas subjetivas preceden a la intención y ésta al comportamiento real (Ajzen, 1991).

La actitud hacia el comportamiento hace referencia a la predisposición, favorable o desfavorable, hacia el desarrollo de una conducta determinada y es resultado de las

creencias que tiene el individuo en relación al comportamiento y la evaluación que éste hace de dicha creencia (Fishbein y Ajzen, 1975). La norma subjetiva es el resultado de los sentimientos que tiene el individuo de la opinión que otras personas —familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros— tienen sobre su comportamiento (Fishbein y Ajzen, 1973; Schofield, 1974). La norma subjetiva se deriva de dos factores subyacentes básicos: las creencias normativas que el individuo atribuye a sus personas de referencia y la motivación para comportarse de acuerdo con los deseos de estas personas. De acuerdo con los postulados de la Teoría de Acción Razonada, el antecedente directo del comportamiento obesogénico (e. g. actitudes negativas hacia la obesidad) será su intención o propósito de desarrollar dicha conducta en el futuro. Por su parte, la intención de los adolescentes a mantener un peso ideal estará influida en primer lugar por la actitud hacia la obesidad, es decir, por la predisposición global del individuo hacia tener conductas positivas o negativas y de las consecuencias asociadas a dicha conducta. De este modo, en la medida en que el adolescente considere que crear actitudes positivas en términos generales, su intención de autocuidado será mayor. Por otra parte, el propósito de crear actitudes estará también influido por la presión social percibida por los individuos respecto a dicha conducta. Es decir, la intención de cuidado será mayor cuando los sujetos perciben que su entorno social respalda, o al menos no rechaza, dicho comportamiento.

Con diferentes enfoques teóricos, diversos autores han confirmado el efecto de las actitudes de los adolescentes hacia la obesidad (Ortiz Hernández et al (2015), Magallares et al (2015) Nesrin N. Abu Baker et al (2017). En particular, Vizoso, et al (2018), contrastan la influencia de la actitud de los adolescentes respecto a la obesidad sobre la intención de crear una actitud positiva.

IV.c.2 Actitud

El estudio de las actitudes constituye un valioso aporte para examinar, comprender y comparar la conducta humana, que se circunscribe en la tendencia que busca rescatar la función formadora de la escuela en el ámbito del desarrollo moral, tanto desde el punto de vista individual como social.⁽¹⁴⁾

Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento, poseemos múltiples actitudes a favor o en contra, todas ellas son aprendidas y las adquirimos en el trascurso de nuestra interacción social, a través de las distintas agencias de socialización.⁽¹⁴⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El término de actitud tiene una gran variedad de apariciones a lo largo de la historia. Se cree que su primera exposición fue hacia el año 1710 en el idioma inglés, luego para el siglo XIX surgía en el francés y el italiano. Fue hacia 1918 que se introduce en la psicología social por Thomas y Znamiecki, siendo desde entonces históricamente relevante. JiménezBurillo asegura que existen alrededor de 70 definiciones para actitud, de las cuales 50 surgieron antes de 1940. ⁽¹⁵⁾ Logrando hacer énfasis de las diferentes bibliografías, podemos decir que la definición clásica es la propuesta por Allport (1935), en el que se refiere a esto – la actitud- como “una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia sobre las reacciones del individuo, respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que le corresponden”.

Una actitud se adquiere automáticamente hacia un objeto en cuanto se aprenden las asociaciones de este con otros objetos, objetos de los cuales ya se tienen actitudes previas. Estas actitudes son evaluaciones del atributo y son una función de las creencias que unen un nuevo atributo a otras características y a las evaluaciones de dichas características (fishbenin y Ajzen, 1975). Dentro de este orden de ideas al adquirir una creencia hacia un objeto, automática y simultáneamente se adquiere una actitud hacia dicho objeto. ⁽¹³⁾

IV c 3 Adolescencia

La adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. ⁽¹⁷⁾

A. Fases de la adolescencia

Ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas. Además de las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia, las variaciones individuales en la progresión a través de las etapas pueden ser sustanciales. Así también, el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, sino presentar períodos frecuentes de regresión en relación con estresores. Además, muestra diferencias y especificidades derivadas de factores como el

sexo y etnia del joven, y del ambiente en que se produce (urbano o rural, nivel socioeconómico y educacional, tipo de cultura, etc.). Aun teniendo en cuenta las limitaciones previas, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases. No existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardía ⁽¹⁶⁾. Tampoco existe homogeneidad respecto a los rangos etarios que comprenderían, sin embargo, estos serían aproximadamente los siguientes:

- Adolescencia Temprana (10 a 13 años) Inicio de la maduración

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan.

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta

notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea. ⁽¹⁸⁾

V.Marco Conceptual

a. Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. ⁽¹⁷⁾

b. Definiciones de sobrepeso y obesidad

Autor y año

Concepto

Centro de Control y prevención de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés).

Sobrepeso: tener exceso de peso corporal para una altura determinada ya sea por la grasa, el músculo, el hueso, el agua, o una combinación de estos factores ⁽¹⁹⁾.

Obesidad: tener exceso de grasa en el cuerpo ⁽¹⁹⁾.

Achor M S, BenítezCima N A, Brac E S, Barslund S A (2007)

Obesidad es una enfermedad caracterizada por un cúmulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal de una persona en dependencia de la edad, la talla y el sexo debido a un balance energético positivo mantenido durante un tiempo prolongado ⁽²⁰⁾.

Organización Mundial de la Salud (2012)

Sobrepeso y obesidad se definen como acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

La definición de la OMS es la siguiente: Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad ⁽²¹⁾.

Niños de 5 a 19 años

En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera:

- el sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y
- la obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. ⁽²⁰⁾

Norma oficial mexicana 008 SSA2. El estado nutricional del niño se encuentra con Control de nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. sobrepeso, cuando el peso para la talla esta de +1 a +1.99 desviaciones estándar y en obesidad cuando esta +2 a 3 desviaciones estándar ⁽²²⁾.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes se define de acuerdo con los patrones de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar (sobrepeso = el IMC para la edad y el sexo con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y obesidad = el IMC para la edad y el sexo con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS).

c. Actitudes

“Predisposición aprendida a responder de una manera consistente favorable o desfavorablemente respecto al objeto dado (Fishbein&Ajzen, 1975).

Actitud Cognoscitivo: se refiere al grado de conocimiento, percepción, información, creencia y pensamiento, que el sujeto tiene hacia el objeto actitudinal.

Actitud Afectivo: es el componente más característico de la actitud, aquí se hace alusión al sentimiento a favor o en contra del objeto.

Actitud Conductual: entendiendo este rasgo de la actitud, como la tendencia a reaccionar hacia el objeto actitudinal de una cierta manera, ya sea que se tienda a evitar o interaccionar con él.⁽³⁸⁾

VI. Justificación

De acuerdo a la revisión de antecedentes de actitud en estudios realizados en adolescentes se ha visto que existe discrepancia ya que en algunos temas se tiene actitud positiva como salud reproductiva, uso de anticoncepción y salud mental mientras en el rubro de obesidad **existe discrepancia Ortiz Hernández et al (2015):** actitudes negativas hacia la obesidad **Nesrin N. Abu Baker et al (2017):** adolescentes masculino tuvieron actitudes positivas, mientras que las actitudes adolescentes femenino fue indiferente **Vizoso, et all (2018):** una actitud negativa de los adolescentes, por lo que en este estudio se tiene el fin

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

determinar la actitud hacia la obesidad del adolescente en sus tres dimensiones: si el adolescente tiene el conocimiento **COGNITIVO**, fuerza de voluntad **CONDUCTUAL** y presenta antipatía **AFECTIVA**. Teniendo un referente posterior en cada dimensión otorgando resultados.

La obesidad constituye un problema de salud pública que se ha calificado como la “epidemia del siglo”, a la que se ha destinado una gran cantidad de recursos económicos y humanos para su manejo, control y prevención. De acuerdo con datos de la OMS, hace diez años había en el mundo un aproximado de 330 millones de adultos obesos; en 2005 alcanzó los 400 millones de personas, y se calcula que para el año 2015 habrá por lo menos 2,300 millones de individuos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Este problema se relacionaba anteriormente con los países industrializados, pero el sobrepeso y la obesidad han aumentado notablemente en los países en vías de desarrollo, principalmente en el medio urbano. En México, es la enfermedad metabólica más frecuente. Es considerada la obesidad en nuestro país el mayor número de obesos ya que aumentó su prevalencia de 59.7% en 2000 a 66.7% en 2006, constituyéndose en un riesgo clave para el desarrollo de las patologías que ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016, En adolescentes de entre 12 y 19 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 36.3%, 1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia en 2012 (34.9%). Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. La prevalencia de sobrepeso (26.4%) en adolescentes de sexo femenino en 2016 fue 2.7 puntos porcentuales superior a la observada en 2012 (23.7%). Esta diferencia es estadísticamente significativa. En cambio, la prevalencia de obesidad (12.8%) es similar a la observada en 2012 (12.1%). En los adolescentes de sexo masculino no hubo diferencias significativas entre 2012 y 2016. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en áreas urbanas pasó de 37.6% en 2012 a 36.7% para 2016, mientras dicha prevalencia en áreas rurales aumentó 8.2% en el mismo periodo de tiempo.

En nuestro estado Aguascalientes se tienen reporte de estar en el primer lugar de obesidad infantil desde 2017 por lo que desde el punto de vista sociocultural, se debe tomar atención en los correlatos psicosociales relacionados con la estigmatización a la obesidad entre los adolescentes, puesto que en la vida cotidiana los jóvenes podrían desarrollar estereotipos negativos hacia la obesidad, expresando actitudes negativas hacia los estilos de vida saludables y consecuentemente descuidando su estado de salud. Por lo tanto, estas

personas serían frecuentemente el blanco de la discriminación y los prejuicios en una variedad de entornos sociales y culturales, incluyendo áreas como el empleo, la educación y las relaciones interpersonales, así como centros escolares y de educación superior.



VII. Planteamiento del problema

Descripción del problema

La adolescencia y juventud son etapas muy importantes en la vida de las personas, que influyen el desarrollo y la calidad de vida de los países. Para la OMS, la adolescencia es la segunda década de la vida de los 10 a los 19 años de edad. Esta se resume como una etapa con tres dimensiones: la biológica (pubertad y crecimiento), la psicológica (cognición, emociones e identidad) y la social (relaciones interpersonales, adquisición de papeles sexuales y el desarrollo moral). Es una época de productividad, de energía, de creatividad, de búsqueda y reafirmación de la identidad en general, de definición sexual, de género en particular y de estilos de vida.

Debido a la importancia que para un adolescente genera la imagen corporal, los adolescentes se sienten preocupados por su apariencia, donde claramente influye obesidad es presentada como un estigma social, ante lo cual las personas intentan justificar su prejuicio contra la obesidad afirmando que las personas obesas son totalmente responsables de su sobrepeso y quizá los adolescentes sean quienes más se enfrentan a esta estigmatización. El sobrepeso y la obesidad en edades tempranas están influenciados por los estilos de vida (hábitos dietéticos y actividad física) de la población, pero también en la forma en cómo el adolescente se relaciona con sus iguales. Existe en la sociedad la percepción de frenar la tendencia a la sobrealimentación del adolescente con la expectativa de no contribuir al desarrollo de la obesidad en su vida adulta. Debido a la importancia que para un adolescente genera la imagen corporal, los adolescentes se sienten preocupados por su apariencia, donde claramente influyen factores sociales y culturales. Esto es particularmente peligroso por que conduce a una actitud de culpabilidad que podría conducir a patologías como la depresión o bien provocar actitudes negativas hacia el propio cuerpo. ⁽²³⁾

De allí la necesidad de contar e iniciar el levantamiento de una línea de base, que nos lleve a identificar la actitud hacia la obesidad de una de las etapas difíciles del ser humano, la adolescencia. Por lo tanto, esta investigación responde a esta necesidad en la búsqueda de información de las actitudes con respecto a la obesidad.

VII.a. Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio

Aguascalientes es una entidad federativa de la República Mexicana con una superficie de 5,680.330 kilómetros cuadrados, que representa el 0.3 por ciento de la superficie del país. Colinda al norte, este y oeste con el Estado de Zacatecas; al sur y este con el de Jalisco. La

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

división política consta de once Municipios: Aguascalientes, Asientos, Calvillo, Cosío, Jesús María, Pabellón de Arteaga, Rincón de Romos, San José de Gracia, Tepezalá, San Francisco de los Romo y El Llano ⁽¹⁷⁾.

Población total en México en 2015 de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) es de 119 938 473 de los cuales el 48.6% corresponde al sexo masculino 58 290 098 y el 51.4% son mujeres 61 648 375. Así mismo se cuenta con una población de 10 a 14 años siendo 5676831 adolescentes varones y 5551401 adolescentes mujeres. ⁽¹⁸⁾

El Estado de Aguascalientes cuenta con una población total de 1 312 544 (representa el 1.1% de la población nacional), con una relación hombres-mujeres 95.2%, (95 hombres por cada 100 mujeres), 48.8% hombres (640 091) y 51.2% mujeres (672 453). ⁽¹⁸⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943, para ello, combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, para brindar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y sus familias, ante cualquiera de los riesgos especificados en la Ley del Seguro Social.

La UMF 11 delegación Aguascalientes cuenta con un total de 2671 adolescentes derechohabientes de 10 a 14 años y 1673 adolescentes de 15 a 19 años. ⁽³⁸⁾

VII.b Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en el estado municipio o delegación de estudio.

México tiene la tasa más alta de sobrepeso y obesidad en mayores de 15 años, advirtió la organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE) en su informe panorama de la salud 2017. El 72.5% de la población en la nación tiene esos problemas, de los cuales, el 33.3% tiene obesidad y el 39.2% sobrepeso. En los últimos 10 años el porcentaje de población obesa se incrementó el 3.3%, no obstante, estados unidos continúa siendo el país con mayor población con ese mal, 38.2% tiene esa condición.

La tasa de México supera en 18.6% a la medida de los 34 países de la OCDE, lo cual es de 53.9%. Además, el 19.4% corresponde a obesidad y 34.5% a sobrepeso.

La obesidad está reduciendo drásticamente la calidad y esperanza de vida en México, al construir un factor de riesgo para muchas enfermedades crónicas, principalmente diabetes mellitus, siendo nuestro país el que tiene la prevalencia más alta de diabetes entre los países que conforman el organismo. 15.8% de los adultos la padecen, cifra que es más del doble del

promedio de la organización de 7%. El 14 de noviembre de 2016 la Secretaria de Salud emitió la declaratoria de emergencia epidemiológica por diabetes, sobrepeso y obesidad. ⁽²⁴⁾

En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, de 1976-1980 a 1999-2000, la prevalencia de sobrepeso aumentó el doble en niños de 6 a 11 años y el triple en adolescentes de 12 a 17 años, con mayor predisposición en hispanos, indios Pima y otros nativos americanos. Entre los países en vías de desarrollo se ha observado mayor prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad como es medio oriente, el norte de África, Latinoamérica y el Caribe. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016, en adolescentes de entre 12 y 19 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 36.3%, 1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia en 2012 (34.9%). Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. La prevalencia de sobrepeso (26.4) en adolescentes de sexo femenino en 2016 fue 2.7 puntos porcentuales superior a la observada en 2012 (23.7). Esta diferencia es estadísticamente significativa. En cambio, la prevalencia de obesidad (12.8) es similar a la observada en 2012 (12.1%). En los adolescentes de sexo masculino no hubo diferencias significativas entre 2012 y 2016, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en áreas urbanas paso de 37.6% en 2012 a 36.7% para 2016, mientras dicha prevalencia en áreas rurales aumento 8.2% en el mismo periodo de tiempo. Las diferencias entre regiones no fueron estadísticamente significativas. (12). En los estados del norte de México en los que hacen frontera con San Diego, California en EUA se ha observado que, entre niños de 6 a 12 años de edad, hijos de padres migrantes Mixtecos, originarios de una región con altos niveles de desnutrición, en los períodos 2001-2002 y 2003-2004, se observó una prevalencia de 38% de sobrepeso y obesidad, y de 26% de obesidad abdominal. En las escuelas públicas y privadas de Tijuana se reportó 43% de prevalencia de sobrepeso y obesidad. En la ciudad de Tecate, la segunda ciudad fronteriza localizada en el extremo noroeste de México, en el año 2006 se observó una prevalencia de 48% de sobrepeso y obesidad en tres escuelas primarias ⁽²⁵⁾.

En Aguascalientes de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 la prevalencia de sobrepeso en preescolares de Aguascalientes es mayor en niños de localidades urbanas (6.6%) que en los de localidades rurales (2.7%). La prevalencia estatal de sobrepeso se ubicó en 5.8%. En edades escolares la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad se ubicó en 31.6% para ambos sexos, pero es mayor en niñas. En escolares la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad es casi 14 puntos porcentuales mayor en las localidades urbanas (34.6%) que en los de localidades rurales (20.7%). Y al igual que en los

preescolares la prevalencia de obesidad, es mayor en las mujeres que los hombres. En cuanto a la población adolescente se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Aguascalientes (32.5%) es mayor a la observada en la escala nacional (31.9%). La población adulta en el estado presentó una prevalencia de peso excesivo fue 68.5% en adultos mayores de 20 años (69.1% mujeres y 67.7% hombres). Al desagregar por tipo de localidad de residencia, la prevalencia en las localidades rurales fue 75.5% y en las urbanas 67%, sin diferencias entre géneros. En el caso de las localidades rurales la prevalencia fue mayor en mujeres (78.4%) que en hombres (70.2%). Aunada a las altas cifras de sobrepeso y obesidad, la prevalencia de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal fue 74% en el estado, con una marcada diferencia entre sexos: 64% hombres y 81% mujeres. En las localidades urbanas la prevalencia encontrada fue menor (73.3%) que en las localidades rurales (77.4%).

La obesidad durante la infancia tiene importantes implicaciones a corto, mediano y largo plazo. A corto plazo tiene efectos adversos sobre la presión arterial, los lípidos, el metabolismo de los carbohidratos, sobre la autoestima y la calidad de vida. A largo plazo, las implicaciones médicas de la obesidad infantil incluyen: mayor riesgo de obesidad en el adulto, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc. Estos datos sugieren que la niñez es un período crítico de oportunidad para realizar medidas de prevención e intervención. Por lo que requiere medidas para identificar factores de riesgo y monitorizar su evolución ⁽²⁵⁾.

Los niños y adolescentes que son obesos son propensos a ser obesos de adultos, así como mayor riesgo de problemas de salud en la edad adulta, como enfermedades del corazón, diabetes tipo 2, accidentes cerebrovasculares, algunos tipos de cáncer, y osteoartritis ⁽¹⁹⁾

VII.c Descripción del Sistema de atención de la Salud

VII. c. 1 nivel político

Plan Nacional de Desarrollo y Plan Sectorial de Salud 2013-2018 ⁽²⁶⁾

El actual Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece las siguientes Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global, y las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad; Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales. Estos objetivos establecidos por el Sector son los siguientes:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaría de Salud. ⁽²⁷⁾

VII. c. 2 nivel legislativo

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo cuarto, que toda persona tiene derecho a la protección de salud.

En Aguascalientes, el sistema Estatal de Salud es coordinado por el Gobernador del Estado a través del Secretario y Director del Instituto de Servicio de Salud y se integra por Instituto mexicano del seguro social, el instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado, los servicios médicos de la secretaria de la defensa nacional, de petróleos mexicanos, medicina privada y el instituto de servicios de salud que incluyen la población abierta y la población adscrita al régimen de protección social en salud (seguro popular).

La ley del IMSS, el artículo 2 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 necesarios para el bienestar individual y colectivo. ⁽²⁸⁾

La Ley del Seguro Social en su Artículo 210 menciona que las prestaciones sociales institucionales serán proporcionadas mediante programas de mejoramiento de la calidad de vida a través de estrategias que aseguren costumbres y estilos de vida saludables, que propicien la equidad de género, desarrollen la creatividad y las potencialidades individuales, y fortalezcan la cohesión familiar y social. ⁽²⁸⁾

VII.c.3 Organización panamericana de la salud organización mundial de la salud

28va Conferencia sanitaria panamericana 64va sesión del comité regional estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Observando con profunda preocupación que las enfermedades no transmisibles causan más de 75% del total de las defunciones en la Región de las Américas, que más de la tercera parte de esas muertes (37%) son defunciones prematuras de personas de menos de 70 años de edad, y que las enfermedades no transmisibles se encuentran entre las principales causas de morbilidad y discapacidad. La Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud, en la que se insta a los Estados Miembros a priorizar y establecer políticas y programas sobre las enfermedades no transmisibles. Consciente de que se dispone de intervenciones costo-efectivas, con diversos niveles de recursos, para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles a lo largo de todo el ciclo de vida, de que se requieren acciones coordinadas en todos los sectores de la sociedad, y de que es hora de que los gobiernos, la sociedad civil, el sector académico, las organizaciones internacionales y el sector privado establezcan asociaciones para prevenir y controlar aumentos mayores de las enfermedades no trasmisibles y de sus factores de riesgo. El reconocimiento de las principales enfermedades no transmisibles (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas) tienen cuatro factores de riesgo en común, principalmente el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el régimen alimentario poco saludable y la falta de actividad física, y que la lucha contra las enfermedades no transmisibles puede llevar a sinergias al abordar enfermedades relacionadas, como los trastornos mentales y las enfermedades renales, bucodentales y oculares; así como al observar con inquietud los niveles cada vez mayores de obesidad en la Región, en particular en los niños y la población joven, y consciente de que se requieren medidas urgentes para frenar esta tendencia ⁽²⁹⁾.

VII.c.4 Organización Mundial de la Salud

Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. La Estrategia se elaboró sobre la base de una amplia serie de consultas con todas las partes interesadas, en respuesta a la petición que formularon los Estados Miembros en la Asamblea

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Mundial de la Salud celebrada en 2002. Este informe expone las circunstancias en las cuales, en la mayor parte de los países, unos pocos factores de riesgo muy importantes son responsables de gran parte de la morbilidad y la mortalidad. En el caso de las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo más importantes son los siguientes: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y hortalizas, exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco. Cinco de estos factores de riesgo están estrechamente asociados a la mala alimentación y la falta de actividad física. Los datos actuales sugieren que los factores determinantes de las enfermedades no transmisibles son en gran medida los mismos en todos los países sobre los que se dispone de información. Entre esos factores figuran el mayor consumo de alimentos hipercalóricos poco nutritivos con alto contenido de grasas, azúcares y sal; la menor actividad física en el hogar, la escuela y el medio laboral, así como en la recreación y en los desplazamientos; y el consumo de tabaco. La diversidad de los niveles de riesgo y de los correspondientes resultados de salud para la población se puede atribuir en parte a la variabilidad en tiempo e intensidad de los cambios económicos, demográficos y sociales a nivel nacional y mundial. La mala alimentación, la insuficiente actividad física y la falta de equilibrio energético que se observan en los niños y los adolescentes son motivo de especial preocupación ⁽³⁰⁾.

VII.c.5 México.

VII.c.5.1 NORMA Oficial Mexicana NOM -008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de noviembre de 1994, de los Estados Unidos Mexicanos. Realizada por las diversas instituciones de salud. La cual tiene como objetivo establecer criterios para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población de los menores de un año, uno a cuatro años, cinco a nueve años y diez a diecinueve años. Teniendo en cuenta que el crecimiento y desarrollo del niño implica un conjunto de cambios somáticos y funcionales, como resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales), el potencial genético puede expresarse de manera integral y, por el contrario, si éstas son desfavorables, la expresión se verá disminuida¹³. Nos habla de obesidad y sobrepeso cuando existe una desviación estándar mayor o igual a 1 en relación al peso para la talla de acuerdo a la edad, e indica si el crecimiento y el estado nutricional del escolar y adolescente se encuentra con peso menor, sobrepeso o talla ligeramente baja o ligeramente alta (2 D.E.),

se debe citar a intervalos más cortos. En caso de encontrar alteraciones en el crecimiento y estado nutricional, investigar las causas probables (enfermedades, mala técnica de alimentación, entre otras) e indicar tratamiento y medidas complementarias. Si el escolar y adolescente se encuentra con desnutrición, obesidad talla baja o alta (3 D.E.) se refiere al escolar o adolescente a un servicio de atención médica especializada para atender el problema. Una vez resuelto éste, se continúa el control en el primer nivel de atención ⁽²²⁾.

VII.c.5.2 Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en 1er nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2012

Pone a disposición del personal de salud de primer y segundo nivel de atención médica, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre: disminución de la tasa de incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad, incrementar la tasa de diagnóstico temprano, identificación oportuna de comorbilidades, reducción de las tasas de morbilidades y referencia oportuna en este grupo de edad ⁽³¹⁾.

VII.c.5.3 Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.

Para contender con el grave problema del sobrepeso y la obesidad es fundamental contar con una política de Estado de carácter intersectorial, que identifique las acciones necesarias para lograr cambios sustanciales y revertir la actual epidemia de obesidad y enfermedades crónicas asociadas. La experiencia global indica que la solución radica en formular diversas estrategias integrales para potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios correctos. Existen diversos instrumentos de políticas públicas que permiten modificar la dieta familiar, los hábitos alimentarios y de actividad física. Estas políticas afectan cuatro grandes áreas: 1) disponibilidad, 2) acceso, 3) conocimiento de los alimentos y las alternativas de actividad física, y 4) las opciones personales. En estas cuatro áreas puede incidir la acción del gobierno. Las cuestiones relacionadas con la actividad física comprenden la realización de esas actividades en el trabajo, el hogar y la escuela, teniendo en cuenta el aumento de la urbanización y diversos aspectos de la planificación urbana, así como asuntos relacionados con los transportes, la seguridad y la posibilidad de realizar actividades físicas durante el tiempo libre. Los programas de prevención del sobrepeso y la obesidad de diferentes países subrayan la importancia que tiene la libertad de elección del consumidor sobre sus alimentos.

La mayoría de esos programas reconoce también la importancia del ambiente social, del papel de la industria alimentaria y de la comunicación para promover una vida saludable. En países como Dinamarca, España, Francia y Suecia los programas de salud pública, además de un enfoque preventivo en la atención médica de primer contacto, promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. También establecen la responsabilidad de la industria de proporcionar información adecuada y accesible a todos los niveles educativos sobre el contenido nutrimental de sus productos. En todos estos países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar para la política nutricional, y como eje prioritario para la prevención del sobrepeso y la obesidad, incluyen incentivos económicos, prestaciones laborales y fondos públicos, entre otros. Respondiendo a la urgencia y al llamado a alcanzar los objetivos planteados, este Acuerdo establece una estrategia que se encuentra orientada a la ejecución, enmarcada en un proceso dinámico de aprendizaje y desarrollo, organización y reclutamiento de voluntades, de acuerdos y estudios, que tiene que tener flexibilidad suficiente para actuar, adaptarse y evolucionar. El planteamiento hasta ahora alcanzado es una plataforma que requiere un espacio dinámico, de seguimiento, de consulta, de negociación y definición de colaboración entre los actores más relevantes del sector público, las empresas, la sociedad, la academia, donde confluyan para rendir cuentas y desarrollar la política. Esto, bajo la premisa del Objetivo Común y la Responsabilidad Compartida ⁽³²⁾.

VII.c.5.4 Nivel operativo

El Sistema de Salud de México, está compuesto por dos sectores: públicos y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de los que se incluyen el Seguro Popular de Salud, la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS Prospera (IMSS-P) El sector privado comprende: compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. ⁽³³⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VII.d Descripción de la naturaleza del problema discrepancias entre las situaciones observadas y las esperadas, que identifiquen el estado del arte en conocimiento del problema (identificar, analizar e intervenir).

Es difícil que haya alguna actitud o grupo de actitudes que sea universalmente aplicables a la adolescencia, pues difieren de la misma forma que los individuos y los ambientes. Lo que si podemos afirmar es que la adolescencia es una época en la que surgen nuevas actitudes e ideas, que moldean la personalidad del individuo de esta edad, y su ajuste a la vida. De la misma forma aunque la formación de valores abarca toda la vida del ser humano, los aspectos intelectuales y emocionales de éstos, atraviesan el momento más atractivo en este período.

Uno de los procesos del desarrollo del adolescente consiste en el aprendizaje de las normas sociales de su cultura, mediante el cual adquiere actitudes y necesidades psicológicas, En este sentido nos parece muy importante resaltar que una persona que trabaje con jóvenes debe conocer las formas y métodos para fomentar las actitudes buenas y desalentar las malas. El enfoque que se debe seguir debe ser individual a cada persona pues en última instancia las actitudes y los ideales son un asunto individual más que de grupo. El joven adolescente considera que el mundo desde una perspectiva temporal, por lo que necesita buscar un conjunto de valores y normas de conducta que le sirvan de guía en su vida, y sustenten en los momentos importantes de su vida. En este sentido, Fierro, un autor afirma refiriéndose a la adolescencia, "La autonomía propia, la agudizada conciencia de sí mismo en una autoestima y auto concepto explícitos, el desarrollo del razonamiento moral, todo ello se asocia con el hecho de que el adolescente interioriza y abraza valores."

De 1,200 millones de personas que tienen problemas de sobrepeso y obesidad en el mundo, 80 millones son mexicanos, un 70% tienen sobrepeso y un 30% tienen obesidad, datos de la OCDE colocan a México en segundo lugar mundial con mayor índice de obesidad, superado únicamente por estados unidos. Los países con menor índice de obesidad son Japón y Corea con el 4%. ⁽²⁴⁾

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento del IMC excesivo, que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. Los aumentos en las prevalencias de la obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial ⁽¹¹⁾

La alta prevalencia de obesidad infantil y adolescente, junto con las implicaciones para la salud a corto plazo y potenciales a largo plazo, ha enfatizado la necesidad de servicios clínicos relacionados con la obesidad, incluida la evaluación, el tratamiento y la atención preventiva para niños y adolescentes. La obesidad pediátrica es uno de los problemas de salud más apremiantes que enfrentan los niños y adolescentes en la actualidad. Sin embargo, se sabe muy poco sobre las actitudes, las barreras percibidas, nivel de habilidad, y las necesidades de formación en relación con la evaluación y el tratamiento de la obesidad infantil y adolescente. Existen diversos estudios que han descrito las actitudes o prácticas con respecto a la obesidad y el control de peso, sin embargo, la mayoría de estos se han centrado en la obesidad adulta y se han dirigido a profesionales de la salud. Sería conveniente buscar nuevos horizontes, y estudiar la actitud de una perspectiva diferente, es decir, dirigirnos al públicoafectado, los adolescentes y de esta manera diagnosticar posibles predisposiciones hacia la obesidad.

Leiter et al (2015): A pesar de la disponibilidad de un rango creciente de intervenciones para ayudar a controlar el peso corporal para personas con exceso de peso u obesidad, solo una pequeña proporción de personas logran sus objetivos de pérdida de peso y son capaces de mantener las reducciones de peso corporal a largo plazo. Las actitudes y creencias negativas a menudo se encuentran entre los médicos y otras personas involucradas en el tratamiento de la obesidad y pueden tener un impacto adverso en la efectividad del tratamiento. En este estudio internacional, se invitó a los profesionales de la salud a completar una encuesta en línea sobre sus actitudes y prácticas en el manejo del exceso de peso corporal. Un total de 335 médicos completaron la encuesta, de los cuales aproximadamente la mitad tenían su base en Europa. Un hallazgo clave de la encuesta es que, si bien los participantes generalmente confían en su capacidad para controlar el sobrepeso y la obesidad de forma efectiva, también informan que la mayoría de sus pacientes no logran alcanzar sus objetivos de pérdida de peso. Al mismo tiempo, los participantes tendieron a sobreestimar la efectividad del manejo médico actual para mantener las reducciones en el peso corporal. Las iniciativas educativas que abordan la efectividad de la vida real de diferentes intervenciones de control de peso pueden ayudar a cerrar la brecha entre las percepciones de los médicos y la realidad en el manejo del exceso de peso corporal. ⁽³⁵⁾

VII.e Descripción de la distribución del problema

Algunos trabajos muestran que las actitudes frente al sobrepeso y obesidad están asociadas a creencias negativas y a una insistencia exagerada en la importancia del aspecto físico.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Estas creencias y actitudes inconsistentes, parecen limitar la efectividad en el quehacer profesional y repercute en la puesta en marcha y mantenimiento de programas de salud efectivos con esta población (Daníelsdóttir, O'Brien y Ciao, 2010). Si bien la literatura es abundante respecto a las consecuencias que sobre la salud física y psicológica tienen el sobrepeso y la obesidad tanto en adultos como en niños y adolescentes, no lo es respecto a las actitudes de los adolescentes en la población en nuestra población. No se encontró, en la revisión realizada, ningún estudio con población de Aguascalientes. Con miras a cumplir con la estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud, se plantea esta investigación con el objetivo de estudiar las actitudes frente a la obesidad en los adolescentes derechohabientes de la unidad familiar 11 Aguascalientes.

Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.

En 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres), y el 13% eran obesas (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres).

La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.

En 2014, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos ⁽²¹⁾.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2016 se evaluó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos. Estos resultados variaron según sexo (masculino o femenino) y lugar de residencia (zona rural o urbana).

El sobrepeso y la obesidad en mujeres presenta un aumento respecto a cifras de 2012, en los tres grupos de edad, el cual es mayor en zonas rurales que urbanas.

En la población masculina adulta el sobrepeso y obesidad aumentó en zonas rurales (de 61.1% en 2012 a 67.5% en 2016) mientras que se estabilizó en zonas urbanas, en las que se mantiene en un nivel elevado (69.9%).

Los principales resultados se presentan a continuación:

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR – 5 a 11 años de edad

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Tres de cada 10 menores padecen sobrepeso u obesidad (prevalencia combinada de 33.2%). En 2012, la prevalencia en este grupo de edad era de 34.4%. En esta última medición se observa una disminución significativa del sobrepeso en niños varones.
 - Se observa un incremento progresivo en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en zonas rurales en ambos sexos⁽²⁰⁾.

ADOLESCENTES – 12 a 19 años de edad

- Casi 4 de cada 10 adolescentes presenta sobrepeso u obesidad (prevalencia combinada de 36.3%). En 2012, esta cifra era de 34.9%.
- En mujeres adolescentes, se observó un aumento del 2.7 puntos porcentuales en sobrepeso, alcanzando un nivel de 26.4%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes fue de 39.2%
- En hombres adolescentes se presenta una reducción, de 34.1% a 33.5% en prevalencia combinada.⁽²⁰⁾

ADULTOS – Mayores de 20 años de edad.

- Siete de cada 10 adultos (prevalencia combinada de 72.5%) continúa padeciendo exceso de peso (sobrepeso u obesidad) respecto a la cifra de 2012 de 71.2%.
- Se observa un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (prevalencia combinada de 75.6%). Este incremento es mayor en zonas rurales (aumento de 8.4%) que en zonas urbanas (aumento de 1.6%).
- En hombres adultos (prevalencia combinada de 69.4%) se observa un incremento continuo en zonas rurales, en el que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (67.5%) aumentó 10.5% respecto a 2012.

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

Las personas pueden sufrir discriminación por presentar características peculiares en su apariencia física, como por ejemplo el sobrepeso. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define el sobrepeso y la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2016). Actualmente, el sobrepeso representa una cuestión relevante debido a su alta prevalencia. En la sociedad actual se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

observa un rechazo hacia el sobrepeso y un culto a la delgadez promovidos por los medios de comunicación tradicionales y también por las redes sociales como Facebook o Instagram. La discriminación que sufren las personas obesas se relaciona con la manifestación de prejuicios o actitudes negativas hacia ellas (Crandall, 1994; Magallares & Morales, 2014; Peris, Maganto, & Garaigordobil, 2016). Así pues, algunos individuos emplean adjetivos negativos para hacer referencia a las personas obesas y las describen como torpes, perezosas y vulgares, o como rechazadas y solitarias. En líneas generales, se advierte que la discriminación de las personas obesas puede ocurrir durante cualquier etapa del ciclo vital y en múltiples ámbitos. Además, durante la infancia y la adolescencia, los estudiantes acosan a sus compañeros con sobrepeso, siendo la obesidad la principal causa de acoso escolar entre los jóvenes. (actitudes negativas jóvenes españoles).

De acuerdo a un informe de la OMS los efectos adversos del sobrepeso y la obesidad son efectos metabólicos, elevación de la presión arterial, el colesterol, los triglicéridos y la resistencia a la insulina. Los problemas que más amenazan la vida son aquellos asociados con la enfermedad cardiovascular, así como condiciones asociadas a resistencia a la insulina, tales como diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer, alteraciones de la vesícula biliar. Además, existen una amplia gama de problemas de salud no mortales asociadas con la obesidad, los cuales incluyen dificultades respiratorias, problemas músculo-esqueléticos crónicos, problemas de la piel y la infertilidad.

La probabilidad de desarrollo de la diabetes tipo 2 y la hipertensión se eleva abruptamente con el aumento de la grasa corporal. Esta enfermedad afecta a niños que ya son obesos. Aproximadamente el 85 % de las personas con diabetes tipo 2 son obesas. El sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia se asocian con complicaciones psicosociales y médicas que son tanto inmediatas como a largo plazo y graves consecuencias económicas, demostrando asociaciones negativas entre el peso y las relaciones sociales, así como con experiencias escolares, el bienestar psicológico y aspiraciones futuras. Se observó que en las niñas obesas se reportaron correlaciones sociales, educativas y psicológicas más adversas. En el caso de los niños obesos se reportaron algunas correlaciones sociales y educativas adversas. Esto contribuye a la comprensión de cómo las experiencias de los adolescentes varían según el estado del peso y sugieren riesgos sociales y psicológicos asociados a no cumplir con el peso del cuerpo y los ideales de la forma incrustados en la cultura en general. El estudio es una sección transversal, de los adolescentes en edad escolar (4.742 varones y 5.201 mujeres). Los resultados mostraron que las niñas obesas, en comparación con sus

contrapartes de peso promedio, eran 1,63 veces menos probable de reunirse con los amigos en la última semana, 1,49 veces más propensos a reportar problemas emocionales graves en el último año, 1,79 veces más propensos a reportar desesperanza, y 1,73 veces más propensos a informar de un intento de suicidio en el último año. Las niñas obesas eran también 1,51 veces más propensas repetir un año escolar y 2,09 veces más propensas a considerarse a sí mismas como estudiantes pobres en comparación con las niñas de peso medio. En comparación con sus homólogos de peso promedio, los niños obesos eran 1,91 veces menos probable que se junten con los amigos en la última semana, 1,34 veces más propensos a sentir que sus amigos no se preocupan por ellos, 1,38 veces más probable de tener problemas graves en el último año, 1,46 veces más propensos a considerarse a sí mismos como estudiantes pobres, y 2,18 veces más propensos a esperar a dejar la escuela. En comparación con los niños de peso promedio, los niños con bajo peso eran 1,67 veces más propensos a reunirse con los amigos en la última semana, 1,22 veces más propensos a informar de la desagrado en la escuela y 1,40 veces más propensos a considerarse a sí mismos como los estudiantes pobres. Desde el punto de vista médico, hay una creciente cantidad de datos que muestran que el sobrepeso en la infancia y la adolescencia se asocia significativamente con la resistencia a la insulina, la dislipidemia y la hipertensión arterial en la edad adulta. Aunque morbilidades asociadas a la obesidad son más frecuentes en los adultos, se producen importantes consecuencias de la obesidad, así como los antecedentes de la enfermedad de adultos en niños y adolescentes obesos. El BogalusaHeartStudy⁽³⁶⁾ muestra que la infancia se asocia con la adiposidad adulto, aunque es posible que la magnitud de la asociación depende de la gordura relativa de los niños. Las consecuencias médicas más comunes de la obesidad en los jóvenes tienen hiperlipidemia, intolerancia a la glucosa, la esteatosis hepática y colelitiasis, mientras que, en el otro lado, las consecuencias médicas menos comunes de la obesidad son la hipertensión, pseudotumor cerebral, apnea del sueño y complicaciones ortopédicas y la enfermedad de ovario poliquístico. Además, los resultados de un estudio realizado en Israel, mostraron que la deficiencia de hierro (DH) es común en niños con sobrepeso y obesidad. La muestra incluyó a 321 niños y adolescentes. Una proporción significativamente mayor de obesidad que los niños de peso normal tienen anemia por deficiencia de hierro (IDA) (58,3 % vs 6,7). La principal limitación de este estudio es el uso del nivel de hierro en el suero, que fue seleccionado porque es fácilmente disponible en muchas pruebas bioquímicas. Sin embargo, las infecciones y las inflamaciones pueden disminuir la concentración de hierro sérico, y puede haber variaciones en el día a día dentro de los individuos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la actitud hacia la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 Delegación Aguascalientes?



VIII. Objetivo

1 Objetivo general

- Determinar la actitud hacia la obesidad de los adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes a la UMF No. 11 IMSS Delegación Aguascalientes.

2 Objetivos específicos

- Describir los determinantes sociales en adolescentes de la UMF No. 11 IMSS Aguascalientes
- Determinar la actitud cognitiva hacia la obesidad en los adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes a la unidad de medicina familiar No. 11 delegación Aguascalientes
- Determinar la actitud afectiva hacia la obesidad en los adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes a la unidad de medicina familiar No. 11 delegación Aguascalientes
- Determinar la actitud conductual hacia la obesidad en los adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes a la unidad de medicina familiar No. 11 delegación Aguascalientes
- Determinar la validez de contenido, aparente de constructo y la confiabilidad del instrumento para medir la actitud hacia la obesidad de los adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes a la UMF No.11 IMSS Delegación Aguascalientes.

IX. Material y métodos

IX. a tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo, transversal.

IX. b Población de estudio

Constituido por los adolescentes de 10 a 19 años adscritos a la UMF 11 Delegación Aguascalientes

IX. c Universo de trabajo

Todos los adolescentes (hombres y mujeres) de 10 a 19 años adscritos a la UMF 11 Aguascalientes, que acudan a consulta en turno matutino y vespertino.

IX. d. Unidad de análisis.

Adolescentes hombres y mujeres adscritos a la UMF11 delegación Aguascalientes

IX. e. Criterios de selección

IX. e. i Criterios de inclusión

- Adolescentes adscritos a la UMF No. 11 de la Delegación Aguascalientes.
- Adolescentes de 10 a 19 años de edad, ambos sexos, con ausencia de enfermedades al momento de la entrevista.
- Adolescentes cuyos padres o tutores autoricen participar en el estudio.

IX. e.ii. Criterios de no inclusión

No se incluyeron adolescentes con presencia de enfermedad aguda (más de 72 horas de evolución) o con enfermedades crónicas.

IX- e. iii. Criterios de eliminación;

- Se excluirán adolescentes con encuestas y/o antropometría incompleta.
- Consentimiento informado mal requisitado

IX. f. Tipo de muestra

No probabilístico Por conveniencia

IX. g. Tamaño de la muestra

Adolescentes derechohabientes a la UMF 11 de Aguascalientes: 4344

Calculo de tamaño de muestra: 354 adolescentes

Calculo probabilístico con un intervalo de confianza de 95%

Margen de error 5%

$$n_0 = \frac{z^2 \times p \times q}{e^2}$$

$$n: \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2}$$

$$n: \frac{3.84 \times 0.25}{0.0025}$$

$$n : 384.16$$

$$n': \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1)/No}$$

$$n': \frac{384.16}{1 + (384.16 - 1)/4344}$$

$$n': 354$$

Z: nivel de confianza: 1.96

P: varianza de la proporción: 0.5

q: varianza de la proporción: 0.5

e: error máximo permitido: 0.05

n': tamaño de muestra

No: población: 4344

De acuerdo a las fórmulas anteriormente descritas, obtenemos un total de 354 adolescentes

X. Logística

X. b. Instrumentos de referente para la recolección de datos

A los adolescentes se les realizará una encuesta de actitud ante la obesidad que consta de 14 ítems con una escala tipo Likert en el que indica a) totalmente de acuerdo, b) ni de acuerdo ni en desacuerdo y c) totalmente en desacuerdo ⁽³⁷⁾.

La validez del instrumento se determinó por constructo. Se utilizó la técnica de análisis factorial confirmatoria con más de 1 factor (tres factores) y la fiabilidad se verificó por medio de consistencia interna a través de alfa de Cronbach.

- a) El análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax .El factor A (preferencias/Rechazo) agrupó 4 preguntas (1-4), mostrando 23,4% de explicación. El factor B (Preocupación/Desinterés) agrupó 6 preguntas (5-10) y un 41% de explicación de la varianza. El factor C (Voluntad/Apatía) reunió 4 preguntas y evidenció 24% de explicación. En general, la versión del instrumento con 14 ítems presentó 88,6% de explicación, y consecuentemente valores superiores de saturación de 0,50, respectivamente.
- b) fiabilidad del instrumento: Las correlaciones ítem total mostraron valores entre 0,28 a 0,62. El α Cronbach para el Factor A evidenció $\alpha=0,75$, para el Factor B $\alpha=0,74$ y para el Factor C $\alpha=0,73$. Los valores de α de Cronbach por pregunta oscilan entre 0,72 a 0,76. Todo el instrumento muestra una confiabilidad de 0,75.
- c) Respecto a la baremación, a muestra los percentiles para valorar la actitud hacia la obesidad en adolescentes en función de la edad y sexo. Se construyó utilizando el método LMS a partir de la suma de los ítems de la escala (sumatoria total de los puntajes obtenidos). Los valores de la mediana para ambos sexos son ascendentes conforme la edad avanza.

De igual forma, también será aplicada la escala actitud antiobesos, La AntifatAttitudesScale (AFA, Crandall, 1994) constaba de 13 ítems y contenía tres sub-escalas. El primer factor denominado Antipatía ($\alpha = .84$), medía si las personas tenían sentimientos negativos hacia las personas con problemas de peso o no. La segunda sub-escala, llamado Miedo a la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Gordura ($\alpha = .79$), analizaba en qué medida los participantes tenían miedo a coger peso. Por último, un tercer factor, denominado Voluntad ($\alpha = .66$), medía si los sujetos percibían que el peso de las personas era controlable o no.

La Escala de Actitudes Antiobesos (AFA, Crandall, 1994) ha sido adaptada al castellano mediante la metodología traducción-retrotraducción según lo estipulado por algunos autores (Beaton, Bombardier, Guillemin, y Ferraz, 2000) y las normas de la International Test Commission (Hambleton y Bollwark, 1991). Mediante esta metodología se puede comprobar la equivalencia semántica y estructural entre los ítems de la traducción al castellano y los originales.

El Cuestionario AFA es empleado para medir de manera explícita la aversión hacia el sobrepeso y la obesidad. Está compuesto de 13 ítems con una escala de 9 puntos tipo Likert, divididos en tres sub-escalas (del 1 al 7 aversión, del 8 al 10 miedo a engordar y del 11 al 13 fuerza de voluntad), mientras más altas son las puntuaciones mayor son las actitudes negativas.

Plan de recolección de la información

El medico tesista, realizara la aplicación de las encuestas cara a cara en la sala de espera, con los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que acepten participar en el estudio, se utilizaron los instrumentos actitud del adolescente hacia la obesidad y escala de actitudes antiobesas, para su aplicación en usuarios derechohabientes del imss, del grupo etario de 10 a 19 años, de ambos turnos de la unidad de medicina familiar numero 11 Aguascalientes.

Durante el trabajo de campo el medico tesistaaborda al encuestado y explica que fue seleccionado para que se le realizara la encuesta de la actitud ante la obesidad, se indicara el objetivo de realizar este estudio y se les explicara la necesidad de la participación para alcanzar dichos objetivos, se le dio a conocer la carta de consentimiento informado y se le pedirá que lo firme si está de acuerdo en participar en dicho estudio. De ser participante se explicará el cuestionario teniendo la certeza de que el encuestado entienda la pregunta, así como las posibles respuestas. Se realizara encuestas en la Unidad de Medicina Familiar No.11 realizando en promedio 17 encuestas diariamente hasta obtener el tamaño de la muestra, en promedio se llevaran a cabo en aproximadamente 20 días hábiles.

X. B.1. Instrumento de nuestro estudio

Para la realización de nuestro estudio se realizó con un instrumento tipo encuesta que consta de 3 apartados

A: datos sociodemográficos de la población de estudio datos sociodemográficos: (formato creado por el investigador) nombre, fecha de nacimiento, edad sexo, zona geográfica, grado de instrucción padre/madre, formación académica padre/madre, ocupación actual padre/madre.

B: escala de actitud hacia la obesidad: Segunda sección actitudes ante la obesidad, Gómez et al (2015), tras el cuestionario de 14 ítems, tipo Likert en el que se indica; a) totalmente de acuerdo, b) ni de acuerdo ni en desacuerdo y c) totalmente en desacuerdo. el instrumento consta de 3 indicadores de los cuales se desglosan las 14 preguntas en 3 dimensiones: a) preferencia/rechazo (4 preguntas), b) preocupación desinterés (6 preguntas), c) voluntad apatía (4 preguntas). La propuesta de baremación se efectuó por medio de percentiles para cada sexo y edad. Los puntos de corte para la escala de actitud hacia la obesidad son: $p < 10$ es baja actitud, $> p 10$ a $p 90$ moderada actitud, $p 90$ a $p 97$ alta actitud, y $> p 97$ muy alta actitud hacia la obesidad, (anexo 3 tabla de percentiles) según las afirmaciones respondidas, los resultados pueden reflejar actitudes positivas hacia la obesidad y/o interpretadas como favorables.

1. Me agrada salir a reuniones sociales con mis amigos.
2. Cuando tengo tiempo libre, prefiero mirar televisión en casa.
3. Cuando estoy en casa no me gusta ayudar en los quehaceres del hogar (limpiar, barrer, planchar, cortar pasto, etc.).
4. Cuando estoy en el colegio me gusta sentarme para conversar con mis amigos.
5. Te sentirías preocupado en el caso de que subas de peso repentinamente?
6. Alguna vez te has sentido intranquilo por tu barriga?
7. Me preocupa mucho el hecho de no poder mantener mi peso ideal.
8. Actualmente consideras que estás subiendo de peso?
9. A menudo trato de no ingerir alimentos que me engorden
10. Me preocupo mucho cuando ingiero alimentos ricos en grasas

11. Considero que tengo mucha voluntad para hacer ejercicios físicos
12. En general, considero que tengo autocontrol cuando ingiero mis alimentos
13. Pienso que soy capaz de mantener un estilo de vida saludable
14. Considero que los ejercicios físicos son importantes para mantener mi peso corporal.

C: escala actitud antiobesos: Para evaluar las actitudes explícitas se aplicó el Cuestionario de Actitud hacia la Obesidad (AFA, AntifatAttitudesQuestionnaire), Crandall, (1994). El Cuestionario AFA es empleado para medir de manera explícita la aversión hacia el sobrepeso y la obesidad. Se utilizó la versión traducida por Sampedro et al., (2012) y publicada en Tornero Quiñones (2013). Está compuesto de 13 ítems con una escala de 9 puntos tipo Likert, divididos en tres sub-escalas (del 1 al 7 aversión, del 8 al 10 miedo a engordar y del 11 al 13 fuerza de voluntad), mientras más altas son las puntuaciones mayor son las actitudes negativas (George y Mallery, 2003). El cuestionario fue validado en población ecuatoriana ($\alpha = .73$) por Lorenzo (2012) y se ha mostrado metodológicamente fiable ($\alpha = .80$) y válido para ser utilizado por la comunidad científica hispanohablante (Magallares y Morales, 2014).

ESCALA DE ACTITUD ANTIOBESOS

COGNITIVO ----Antipatía
(1) No me gusta mucho la gente gorda.
(2) No tengo muchos amigos/as que sean gordos.
(3) Tiendo a pensar que la gente con sobrepeso son de poca confianza.
(4) Aunque algunas personas gordas sean seguramente inteligentes, en general, creo que no son tan brillantes como la gente con un peso normal.
(5) Me cuesta tomar en serio a una persona gorda.
(6) La gente gorda me hace sentir algo incómodo/a.
(7) Si fuera un empresario buscando a alguien que contratar, evitaría contratar a una persona gorda.
AntifatAttitudesScale / Escala de Actitud Antiobesos 587 AFECTIVO ----- Miedo a la Gordura--
-
(8) Me siento asqueado/a conmigo mismo/a cuando gano algo de peso.
(9) Una de las peores cosas que me podrían pasar es que ganara unos kilos de peso.
(10) Me preocupa ponerme gordo/a.

CONDUCTUAL Voluntad
(11) La gente que pesa mucho podría perder algo de su peso con un poco de ejercicio.
(12) Alguna gente está gorda porque no tiene fuerza de voluntad.
(13) La gente gorda tiene ese peso principalmente por SU PROPIA CULPA

BAREMACION DEL INSTRUMENTO

Para medir la actitud hacia la obesidad en adolescentes, se considera a ésta en sus tres dimensiones -cognitivo, afectivo, conductual-, la escala está constituida por 27 preguntas repartidas en tres dimensiones y que se encuentran representadas en dos de las 4 secciones que conforma el instrumento de trabajo. Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert (donde la opción 1 denota el talante más negativo y la 5 , el más positivo de cara al abordaje de la actitud hacia la obesidad en adolescentes. Se conseguirá una puntuación total que indicara la actitud global de la obesidad en el adolescente. Las cuestiones planteadas:

- totalmente de acuerdo (5)
- muy en acuerdo (4)
- de acuerdo (3)
- desacuerdo (2)
- Total desacuerdo (1)

Escala de actitudes		
Dimensiones		Ítem-pregunta
D1	Actitud cognitiva hacia la obesidad en adolescentes	<p>Me agrada salir a reuniones sociales con mis amigos.</p> <p>Cuando tengo tiempo libre, prefiero mirar televisión en casa.</p> <p>Cuando estoy en casa no me gusta ayudar en los quehaceres del hogar (limpiar, barrer, planchar, cortar pasto, etc).</p> <p>Cuando estoy en el colegio me gusta sentarme para conversar con mis amigos.</p> <p>No me gusta mucho la gente gorda.</p> <p>No tengo muchos amigos/as que sean gordos.</p> <p>Tiendo a pensar que la gente con sobrepeso son de poca confianza.</p> <p>Aunque algunas personas gordas sean seguramente inteligentes, en general, creo que no son tan brillantes como la gente con un peso normal.</p> <p>Me cuesta tomar en serio a una persona gorda.</p> <p>La gente gorda me hace sentir algo incómodo/a.</p> <p>Si fuera un empresario buscando a alguien que contratar, evitaría contratar a una persona gorda.</p>
D2	Actitud afectiva hacia la obesidad en adolescentes	<p>Te sentirías preocupado en el caso de que subas de peso repentinamente?</p> <p>Alguna vez te has sentido intranquilo por tu barriga?</p> <p>Me preocupa mucho el hecho de no poder mantener mi peso ideal.</p> <p>Actualmente consideras que estás subiendo de peso?</p> <p>A menudo trato de no ingerir alimentos que me engorden.</p> <p>Me preocupo mucho cuando ingiero alimentos ricos en</p>

		<p>grasas. Me siento asqueado/a conmigo mismo/a cuando gano algo de peso. Una de las peores cosas que me podrían pasar es que ganara unos kilos de peso. Me preocupa ponerme gordo/a.</p>
D3	<p>Actitud conductual hacia la obesidad en adolescentes</p>	<p>considero que tengo mucha voluntad para hacer ejercicios físicos. en general, considero que tengo autocontrol cuando ingiero mis alimentos. pienso que soy capaz de mantener un estilo de vida saludable. considero que los ejercicios físicos son importantes para mantener mi peso corporal. la gente que pesa mucho podría perder algo de su peso con un poco de ejercicio. alguna gente está gorda porque no tiene fuerza de voluntad. la gente gorda tiene ese peso principalmente por su propia culpa</p>

X. d. Plan para el procesamiento de datos

X. e. Plan de análisis de datos

Para analizar la información de los cuestionarios se organizó toda la información recogida en una base de datos en Microsoft Excel, esta información fue depurada y codificada para luego ser exportada a un programa de análisis estadístico SPSS versión 22, A cada una de las variables se les dio un nombre, se identificó la escala, definiendo la anchura de caracteres enteros y decimales, para cada valor de la escala cuando es cualitativa esta se etiquetó con el nombre del valor. Se realizó para cada variable, medidas descriptivas como frecuencias y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tazas, media como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión.

XI. f. Aspectos éticos

El proyecto se apegará a lo dispuesto en el reglamento de la ley federal de salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitara hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegurara la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación. (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no habrá procedimientos invasivos, (capitulo 1 artículo 17, fracción 11)

Aunado a lo anterior, se contó con el consentimiento informado firmado por parte del participante en el desarrollo de esta investigación. (anexo 3)

XII. Recursos humano materiales y financieros del estudio

Serán absorbidos por el medico tesista ya que solamente se necesita material de hojas, plumas, lápices. Cuenta con computadora para recolección y análisis de los resultados.

XIII. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018
1.- ELECCIÓN DEL TEMA										
2.- ACOPIO DE INFORMACIÓN										
3.- REVISIÓN DE LITERATURA										
4.- DISEÑO DE PROTOCOLO										
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA										
6.- IDENTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES										
7.- JUSTIFICACIÓN										
8.- ENVIÓ DEL PROTOCOLO AL COMITÉ LOCAL										
9.- REVISIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO										
10.- REGISTRO DEL PROTOCOLO										
11.- APROBACIÓN DEL PROTOCOLO										
12.- TRABAJO DE CAMPO										
13.- CAPTURA Y TABULACIÓN DE DATOS										
14.- ANÁLISIS DE RESULTADOS										
15.- AUTORIZACIÓN										
16.- ELABORACIÓN DE INFORME FINAL										
17.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS										

XIV. Resultados

Se aplicó el cuestionario de 32 ítems (5 ítems información sociodemográfica y 27 ítems sobre la actitud) para determinar la actitud hacia la obesidad a 354 adolescentes de 10 a 19 años derechohabientes de la UMF No. 11 de Aguascalientes.

A continuación, se presentan las tablas con los resultados obtenidos en la investigación.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
CARACTERÍSTICAS		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
Edad	10 a 12 años	46	13
	13 a 15 años	139	39.3
	16 a 17 años	66	18.6
	18 a 19 años	103	29.1
Género	Masculino	149	42.1
	Femenino	205	57.9
Estado actual de ocupación del padre	Desempleado	28	7.9
	Empleado	326	92.1
Turno	Matutino	186	52.5
	Vespertino	79	22.4
	Mixto	89	25.1
Formación académica del adolescente	Primaria	30	8.5
	Secundaria	150	42.4
	Preparatoria	174	49.1

TABLA 1: Características sociodemográficas de los participantes

En la segunda pregunta del cuestionario se indagaba por la edad de los adolescentes.

El mayor porcentaje de los adolescentes encuestados se encuentra entre los 13-15 años (39,3%), mientras que los menores porcentajes están en las edades 10-12 años (13%). Tal como lo muestra la tabla, hay un mayor número de mujeres que respondieron a la encuesta que hombres, a pesar de ello las diferencias entre ellos no son tan grandes, solo un 15.8%, por ello podríamos decir que está relativamente balanceada en las proporciones por cada sexo. La cuarta pregunta del cuestionario hace referencia al estado actual de ocupación de los padres, como se puede apreciar, la mayor parte de los encuestados tienen padres laborando (92,1%) de los cuales hacemos referencia a la quinta pregunta la cual menciona el turno laboral de los padres encontrando que el 52,5% labora en turno matutino, el 25,1% turno mixto y en menor proporción el turno vespertino con un 22,4%.

El nivel de estudio de los adolescentes, se representa en la tabla, donde se puede apreciar, casi la mitad de los adolescentes encuestados tiene un nivel de estudios de preparatoria (49,1%), a lo que le sigue la secundaria (42,4%) y primaria (8,5%).

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL				
	Actitud cognitiva	Actitud afectiva	Actitud conductual	Actitud global
MEDIA	26.16	24.18	24.22	74.55
MEDIANA	25	24	25	75
MODA	23	24	27	66
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	5.673	7.863	4.674	13.137
VARIANZA	32.183	61.829	21.848	172.582
RANGO	29	35	27	79
MÍNIMO	11	9	7	39
MÁXIMO	44	44	34	118

TABLA 2: Medidas de tendencia central

En la tabla 2 se puede observar que en la dimensión de actitud cognitiva se obtuvo una media de 26.16 puntos, con un mínimo puntaje de 11 y un máximo de 44 puntos. En la dimensión de actitud afectiva se encontró una media de 24.18 puntos, con un mínimo de 9 puntos y un máximo de 44 puntos. En la dimensión de actitud conductual se encontró una media de 24.22 puntos, con un mínimo de 7 puntos y un máximo de 34 puntos. Finalmente, en la actitud global se encontró una media de 74.55 puntos, con un mínimo de 39 puntos y un máximo de 118.

ACTITUD COGNITIVA DE LOS PARTICIPANTES			
	ACTITUD POSITIVA	ACTITUD NEUTRA	ACTITUD NEGATIVA
FRECUENCIA ABSOLUTA	2	119	233
FRECUENCIA RELATIVA (%)	0.6	33.6	65.8

TABLA 3: Actitud Cognitiva

En la tabla 3 observamos que solo 2 participantes (0.6%) obtuvieron un nivel positivo en su actitud cognitiva, 119 participantes (33.6%) con actitud neutra y 233 participantes (65.8%) con actitud negativa.

ACTITUD AFECTIVA DE LOS PARTICIPANTES			
	ACTITUD POSITIVA	ACTITUD NEUTRA	ACTITUD NEGATIVA

FRECUENCIA ABSOLUTA	32	170	152
FRECUENCIA RELATIVA (%)	9.0	48	42.9
TABLA 4: Actitud Afectiva			

En la tabla 4 observamos que 32 participantes (9.0%) obtuvieron un nivel positivo en su actitud afectiva, 170 participantes (48%) con actitud neutra y 152 participantes (42.9%) con actitud negativa.

ACTITUD CONDUCTUAL DE LOS PARTICIPANTES			
	ACTITUD POSITIVA	ACTITUD NEUTRA	ACTITUD NEGATIVA
FRECUENCIA ABSOLUTA	84	239	31
FRECUENCIA RELATIVA (%)	23.7	67.5	8.8
TABLA 5: Actitud Conductual			

En la tabla 5 observamos que 84 participantes (23.7%) obtuvieron un nivel positivo en su actitud conductual, 239 participantes (67.5%) con actitud neutra y 31 participantes (8.8%) con actitud negativa.

ACTITUD GLOBAL DE LOS PARTICIPANTES			
	ACTITUD POSITIVA	ACTITUD NEUTRA	ACTITUD NEGATIVA
FRECUENCIA ABSOLUTA	4	229	121
FRECUENCIA RELATIVA (%)	1.1	64.7	34.2
TABLA 6: Actitud Global			

En la tabla 6 observamos que solo 4 participantes (1.1%) obtuvieron un nivel positivo en su actitud global, 229 participantes (64.7%) con actitud neutra y 121 participantes (34.2%) con actitud negativa.

XV. Discusión

El objetivo de esta investigación fue estudiar las actitudes hacia la obesidad en adolescentes de la UMF No, 11 de Aguascalientes. La obesidad se ha convertido en un problema de salud en este país, con singular importancia, los adolescentes. Mediante el instrumento aplicado se ha encontrado respecto a las características sociodemográficas, que la edad que predominó en la aplicación de encuestas fue de 13-15 años con 39.3% de participantes, con un mayor porcentaje de encuestados de sexo femenino teniendo un 57.9% de adolescentes.

El estado actual de los padres en un 92.1% son empleados, con el 52.5% en turno matutino.

Nivel escolar de los adolescentes que predominó en esta encuesta fue de preparatoria con un 49.1%, seguido de nivel secundaria con un 42.4 %.

Al evaluar la actitud global hacia la obesidad en adolescentes se demostró que el 1.1% presenta una actitud positiva 64,7% de los adolescentes presenta una actitud neutra o indiferente y el 34,2% tienen una actitud negativa. En cuanto a la actitud cognitiva de los participantes predomina una actitud negativa con un 65.8%, una actitud indiferente con un 33,6% y una actitud positiva de 0.6%.

Respecto a la actitud afectiva el 48% tiene una actitud neutra, el 42,9% actitud negativa, y una actitud positiva de 9,0%. Y por último, haciendo referencia a la actitud conductual de los adolescentes el 67.5% tiene actitud neutra, actitud positiva con un 23.7% y una actitud negativa 8.8%.

Nuestros resultados coinciden con los encontrados en estudios anteriores con una actitud negativa hacia la obesidad reportada en el estudio de **Ortiz Hernández et al (2015)** y **Vizoso, et al (2018)**. Los resultados obtenidos por los adolescentes estudiados señalan que las normas sociales y la manera en que son incorporadas a la mentalidad de las personas desempeñan un papel central en las actitudes hacia esa condición, sin embargo, en estudios donde se presentó discrepancia **Magallares et al (2015)** mostró una relación positiva con la antipatía hacia las personas obesas. Siendo que en nuestro estudio se demostró una actitud neutra. **Nesrin N. Abu Baker et al (2017)** reportó que los estudiantes expresaron actitudes positivas hacia la obesidad; lo que significa que sus actitudes eran consistentes con las normas sociales en términos de salud y funcionamiento social. Mientras que la actitud global de nuestros participantes fue indiferente, con un 64,7% de los encuestados, seguidos de una

actitud negativa 34.2%, y con tan solo 1.1% actitud positiva lo que representa a 4 adolescentes de 354 encuestados.

XVI. Conclusión

El estudio de las actitudes hacia la obesidad en adolescentes, representa un verdadero reto para el médico familiar, debido a que es una etapa en la que los adolescentes se encuentran en transición tanto física como psicológica y emocional, y donde las decisiones tomadas sobre si desarrollar o no hábitos saludables pueden repercutir en su vida futura.

Tanto el riesgo de comienzo como la persistencia de la obesidad aumentan en la etapa de la adolescencia. Este riesgo se ha incrementado notablemente en estos tiempos donde los medios de comunicación, de transporte y la sobreoferta de alimentos ricos en grasa, de rápida y fácil obtención, fomentan hábitos de vida que se convierten en factores determinantes para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad.

A partir de los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo, se pone en evidencia que la actitud de los adolescentes de 10 a 19 años de edad adscritos a la UMF 11 delegación Aguascalientes, posee una tendencia global indiferente hacia la obesidad, esta actitud podría vincularse con un estilo de vida poco saludable, debido a que los adolescentes no conocen el panorama actual de la obesidad y sus complicaciones, y por ende no desarrollan hábitos de vida saludables. En los componentes de la actitud como lo es el componente cognitivo demostró una actitud negativa, mientras que el componente afectivo y el conductual, se demostró que la tendencia es neutra en la mayoría de los adolescentes.

Concluimos que existe una gran parte de la población cuya tendencia es neutra es decir no definen su postura ante la obesidad, sin embargo esta tendencia desfavorable, posee un aspecto a favor, en donde es necesario poner en marcha actividades que permitan la toma de conciencia y la modificación de estas actitudes con miras en desarrollar estilos de vida saludables, logrando así reforzar actitudes positivas hacia la obesidad.

XVII. Recomendaciones

La obesidad en adolescente es un importante problema de salud pública. Las consecuencias son severas y de largo plazo. La prevención es un factor clave para abordar la epidemia de sobrepeso y obesidad entre adolescentes. Los adolescentes deben estar dispuestos a adoptar los comportamientos necesarios para vivir un estilo de vida saludable. Teniendo

como base el presente estudio, existe un reconocimiento creciente de la necesidad de desarrollar programas y estrategias educativas exitosas de prevención de la obesidad en adolescentes. Como médicos familiares, desempeñamos un papel importante al promover y apoyar estilos de vida saludables y, potencialmente, ser un sistema de entrega de programas para prevenir y/o tratar la obesidad de los adolescentes.

Todo programa debe llevar un plan estructurado donde se ha de incluir metas de pérdida de peso, manejo de la actividad física y dieta, modificación del comportamiento y la participación integral de personal médico, enfermería, medicina preventiva, nutrición y sobre todo la familia.



XVIII. Referencias

1. Stéfani de Salles Mendes¹, RaissaMariah F. Moreira¹, Christine Baccarat G. Martins², Solange Pires S. Souza³, Karla Fonseca de Matos. Knowledge and attitudes of adolescents on contraception Rev Paul Pediatr 2011;29(3):385-91. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000300013>
2. Wilson, L. F. (2007). Adolescents' Attitudes About Obesity and What They Want in Obesity Prevention Programs. The Journal of School Nursing, 23(4), 229–238. doi:10.1177/10598405070230040801
3. Rajnish S. Borkar^{1*}, Chanbas G. Patil², Swapnatai A. Meshram³ Attitude of adolescent school students towards reproductive health education. International Journal of Community Medicine and Public Health Borkar RS et al. Int J Community Med Public Health. 2015 Nov;2(4):484-488 disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20151034>
4. Mina PiiksiDahli , MetteBrekke Ole RikardHaavet A qualitative assessment of adolescent's attitudes to health and seeking help for health-related problems Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, disponible en <http://legeforenningen.no/PageFiles/321115/A%20qualitative%20assessment%20of%20adolescents%20attitudes%20to%20health%20and%20seeking%20help%20for%20health-related%20problems.pdf>
5. Prasenjit R, Amrita C, Amit Kumar B, Paramita R, Asim Kumar M. Adolescent Girls' Knowledge and Attitude About Mental Health Issues: A Questionnaire. Sch J Psychol&Behav Sci. 1(1)-2018.SJPBS.MS.ID.000103.
6. Doyle, L. (2017). Attitudes toward adolescent self-harm and its prevention: The views of those who self-harm and their peers. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 30(3), 142–148. doi:10.1111/jcap.12186
7. Vasquez, D., Cohen Jones, M., & Brown, L. D. (2018). Attitudes toward tobacco among low-income Hispanic adolescents: Implications for prevention. Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 1–15. doi:10.1080/15332640.2018.1484309
8. Febrero, B., Ríos, A., López-Navas, A., Martínez-Alarcón, L., Almela, J., Ramis, G., ...Parrilla, P. (2018). Teenagers and Their Future Role in Transplantation: An Analysis of Their Attitudes Toward Solid Organ Xenotransplantation. TransplantationProceedings, 50(2), 526–529. doi:10.1016/j.transproceed.2017.09.062
9. Luis Ortiz Hernández, Silvia Flores Torres, María Fernanda Oropeza Aguirre, Ana Laura Segundo Romero y Paola Shue Vázquez Granados. Actitudes implícitas hacia la obesidad en adolescentes de la Ciudad de México Psicología y Salud, Vol. 25, Núm. 1: 15-24, enero-junio de 2015 disponible en:https://www.academia.edu/9728342/Actitudes_implicitas_hacia_la_obesidad_en_adolescentes_de_la_Cd_de_M%C3%A9xico

10. Magallares, A., Jauregui-Lobera, I., Carbonero-Carreño, R., Ruiz-Prieto, I., Bolaños-Ríos, P., & Cano-Escoriaza, A. (2015). Perceived vulnerability to disease and antifat attitudes in a sample of children and teenagers. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(4), 483–489. doi:10.1007/s40519-015-0220-1.

11. Nesrin N. Abu Baker^{1,*}, Nahla Al-Ali¹ and Ranyah Al-Ajlouni. Attitudes of Jordanian Adolescent Students Toward Overweight and Obesity *The Open Nursing Journal*, 2018, 12, 15-25 DOI: 10.2174/1874434601812010015

12. Magallares A., Morales J.F. (2014) Spanish adaptation of the Antifat Attitudes Scale / Adaptación al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos, *Revista de Psicología Social*, 29:3, 563-588, DOI: 10.1080/02134748.2014.972707

13. Reyes Rodríguez Luis, la teoría de la acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes, *investigación educativa*, No. 7 septiembre 2017; 66-67

14. John Curtice Attitudes to obesity Findings from the 2015 British Social Attitudes survey public health england, 2015 [citado agosto 2018];(1): 3-5. Disponible en: <http://www.bsa.natcen.ac.uk/media/39132/attitudes-to-obesity.pdf>

15. Sánchez-moreno a, Ramos- Garcia E. y Maset- Campos e. capítulo 5. Las actitudes. La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica. Murcia, España. Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia; 1994.

16. Psicología Social, Apuntes de la asignatura Psicología Social - Grado en Psicología – UNED visitado agosto 2018, disponible en <https://psikipedia.com/libro/psicologia-social>

17. Portal de Gobierno del Estado de Aguascalientes. Información General. Ubicación y zona geográfica. [internet] <http://www.aguascalientes.gob.mx/estado/Ubica.aspx>.

18. INEGI, Estadísticas por tema. Distribución por edad y sexo. Población total por grupo quinquenal de edad según sexo, 2015 [internet] <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>

19. CDC 24/7, Centers for Disease Control and Prevention.: Saving lives. Protecting people. Adolescents and Schoolhealth. Childhood obesity facts

20. OMS, Organización Mundial de la Salud. Referencia de crecimiento en niños de 5 a 19 años, <http://www.who.int/growthref/en/>

21. OMS, Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva No. 311. Junio 2018 disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

22. NOM. Norma Oficial Mexicana-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

23. Bermudez Borja, HernandezRodriguez FS. Estigmatización por la obesidad en la adolescencia, artículo editorial archivos de medicina familiar 2012 vol. 14(2) 35-36.

24. OECD ObesityUpdate 2017 Disponible en <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>

25. Secretaria de Salud. Boletín epidemiológico. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Sistema único de información. Número 15 | Volumen34 | Semana 15 | Del 9 al 15 de abril del 2017

26. plan nacional de desarrollo 2013-2018 [revista electrónica] publicado 201 disponible en: <http://pnd.gob.mx/>

27. plan nacional de desarrollo 2013-2018, gobierno de la república, programa sectorial de salud. Pag 48-49, disponible en: <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202013-2018.pdf>

28. LEY DEL SEGURO SOCIAL Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 22-06-2018 <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

29. OMS, Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de Salud. 28va Conferencia Sanitaria Panamericana 64va Sesión Del Comité Regional Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012.

30. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. 2004.

31. Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención, México, Secretaria de Salud, 2012

32. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México, Secretaria de Salud, 2010.

33. Octavio Gómez Dantés, M., MSP, Sergio Sesma, Victor M. Becerril, Felicia M. Knaul, et al.(2011) "sistema de salud de México" salud pública de México 53:13.

34. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino. 2016. Informe final de Resultados visitado agosto 2018, disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

35. Leiter LA, Astrup A, Et al. Identification of educational needs in the management of overweight and obesity: results of an international survey of attitudes and practice. ClinObes. 2015 Oct;5(5):245-55. doi: 10.1111/cob.12109. Epub 2015 Aug 4. DOI:10.1111/cob.12109

36. Luckie D A, Cortés V F, Salvador Ibarra M S. Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009;14(4):191-201.

37. Rossana Gómez C, et al Construcción de un instrumento para valorar la actitud a la obesidad en adolescentes RevChilNutr Vol. 42, N°3, Septiembre 2015 disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v42n3/art08.pdf>

38. Estadísticas del Instituto mexicano del Seguro social, cifras al 31 de diciembre de 2015. Dirección de incorporación y recaudación, DIR, coordinación de prestaciones económicas, DEPS y la unidad personal, DAED. [internet] imss.gob.mx 2017 Disponible en: www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/mmemoria-estadistica-2015



Anexo 1 Operacionalización de las variables

Variable.	Definición conceptual.	Dimensiones	Variables	Indicadores	Tipo de variable	Ítems	Índices
FACTO-RES SOCIO-DEMO-GRÁFI-COS.	Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el rupo social al que pertenece cada individuo.	Caracterís-ticas demográficas. Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Género: hace referencia a las expectativas de índice cultural respecto de los roles y comportamientos de los hombres y mujeres.	Fenotipo.	Categórica.	Género.	Masculino. Femenino.
			Edad. Tiempo que ha vivido una persona.	Años de vida cumplidos.	Nominal.	Número de años cumplidos actualmente.	10-12 años. 13-15 años. 16-17 años. 18-19 años.
		Características sociales. Estudios de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen.	Grado de instrucción (padre/madre). Grado de escolaridad alcanzada por cada uno de sus padres.	Escolaridad.	Nominal.	Grado de escolarizada.	1. Prim aria. 2. Sec und aria. 3. Prep arat oria. 4. Otro .
			Grado de instrucción (hijo).	Escolaridad.	Nominal.	Grado de escolaridad.	
		Características económicas. Estudia el comportamiento humano en relación a sus necesidades.	Situación laboral. Define la situación laboral del individuo para poder cubrir sus necesidades.	Tipo de situación laboral.	Nominal.	Situación laboral actual.	1. Primaria . 2. Secund aria. 3. Prepara toria.
			Turno laboral. Tipo de jornada laboral, formada por el número de horas que el trabajador debe cumplir de manera efectiva.	Horario que labora.	Categórica.	Turno laboral.	1. Emplea do. 2. Desemp leado. 1. Matutin o. 2. Vesperti no. 3. Mixto.

<p>Actitud del Adolescente hacia la obesidad.</p>	<p>La actitud del adolescente hacia la obesidad es una predisposición organizada, que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el adolescente tiene sobre el sobrepeso y obesidad.</p>	<p>Actitud hacia la obesidad.</p>	<p>Cognitiva.</p>	<p>Cognitiva: lo que el paciente cree conocer la obesidad.</p>	<p>Ordinal/ Politómica.</p>	<p>considero que tengo mucha voluntad para hacer ejercicios fisicos.</p> <p>en general, considero que tengo autocontrol cuando ingiero mis alimentos.</p> <p>pienso que soy capaz de mantener un estilo de vida saludable.</p> <p>considero que los ejercicios fisicos son importantes para mantener mi peso corporal.</p> <p>la gente que pesa mucho podría perder algo de su peso con un poco de ejercicio.</p> <p>alguna gente está gorda porque no tiene fuerza de voluntad.</p> <p>la gente gorda tiene ese peso principalmente por su propia culpa</p> <p>te sentirías preocupado en el caso de que subas de peso repentinamente?</p> <p>alguna vez te has sentido intranquilo por tu barriga?</p> <p>me preocupa mucho el hecho de no poder</p>	<p>-totalmente de acuerdo (5)</p> <p>-muy en acuerdo (4)</p> <p>- de acuerdo (3)</p> <p>- desacuerdo (2)</p> <p>- Total desacuerdo (1)</p> <p>1. .</p>
---	---	-----------------------------------	-------------------	--	-----------------------------	--	--

			Afectivo.	Afectivo: lo que el paciente siente hacia la obesidad.	Ordinal/ Policotómica	<p>mantener mi peso ideal.</p> <p>actualmente consideras que estás subiendo de peso?</p> <p>a menudo trato de no ingerir alimentos que me engorden.</p> <p>me preocupo mucho cuando ingiero alimentos ricos en grasas.</p> <p>me siento asqueado/a conmigo mismo/a cuando gano algo de peso.</p> <p>una de las peores cosas que me podrían pasar es que ganara unos kilos de peso.</p> <p>me preocupa ponerme gordo/a.</p> <p>me agrada salir a reuniones sociales con mis amigos.</p> <p>cuando tengo tiempo libre, prefiero mirar televisión en casa.</p> <p>cuando estoy en casa no me gusta ayudar en los quehaceres del hogar (limpiar, barrer, planchar, cortar pasto, etc).</p> <p>Cuando estoy en el colegio me gusta sentarme para conversar</p>	<p>-totalmente de acuerdo (5)</p> <p>-muy en acuerdo (4)</p> <p>- de acuerdo (3)</p> <p>- desacuerdo (2)</p> <p>- Total desacuerdo (1)</p>
--	--	--	-----------	--	--------------------------	---	--

			Conativo-conductual.	Conativo-conductual. Lo que el paciente cree hacer en acciones hacia la obesidad.	Ordinal/ Policotómica	<p>con mis amigos.</p> <p>no me gusta mucho la gente gorda.</p> <p>no tengo muchos amigos/as que sean gordos.</p> <p>tiendo a pensar que la gente con sobrepeso son de poca confianza.</p> <p>aunque algunas personas gordas sean seguramente inteligentes, en general, creo que no son tan brillantes como la gente con un peso normal.</p> <p>me cuesta tomar en serio a una persona gorda.</p> <p>la gente gorda me hace sentir algo incómodo/a.</p> <p>si fuera un empresario buscando a alguien que contratar, evitaría contratar a una persona gorda</p>	<p>-totalmente de acuerdo (5)</p> <p>-muy en acuerdo (4)</p> <p>- de acuerdo (3)</p> <p>- desacuerdo (2)</p> <p>- Total desacuerdo (1)</p>
--	--	--	----------------------	--	--------------------------	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 2 Instrumento de Recolección

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION AGUASCALIENTES**

Folio No. _ _ _ _

ACTITUD DEL ADOLESCENTE ANTE LA OBESIDAD, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES.

El presente estudio está relacionado para determinar la actitud hacia la obesidad del adolescente en la UMF No.11. La entrevista tomará aproximadamente de 10 a 15 minutos. Si participas, tu nombre y tus respuestas nunca serán revelados. No estás obligado a contestar las preguntas que no quieras y podemos parar nuestra entrevista en el momento que tú lo desees.

Nombre: _____

- a) Edad: 1) 10-12 años 2) 13-15 años 3) 16-17 años 4) 18-19 años
- b) Sexo: (M) (F).
- c) Estado actual de Ocupación padres: Desempleado (), Empleado ().
- d) Turno matutino () vespertino () mixto ()
- e) Formación académica adolescente primaria () secundaria () preparatoria ()

INSTRUCCIONES Marca con una equis (x) la respuesta que consideres en cada pregunta.

Leyenda: TA: Totalmente de acuerdo, MA muy acuerdo A acuerdo D desacuerdo TD total desacuerdo.

Ítem	T.A	MA	A	D	TD
1. Me agrada salir a reuniones sociales con mis amigos.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
2. Cuando tengo tiempo libre, prefiero mirar televisión en casa.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3. Cuando estoy en casa no me gusta ayudar en los	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

quehaceres del hogar (limpiar, barrer, planchar, cortar pasto, etc.).					
4. Cuando estoy en el colegio me gusta sentarme para conversar con mis amigos.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5. no me gusta mucho la gente gorda.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6. no tengo muchos amigos/as que sean gordos. .	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
7. tiendo a pensar que la gente con sobrepeso son de poca confianza.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
8. aunque algunas personas gordas sean seguramente inteligentes, en general, creo que no son tan brillantes como la gente con un peso normal.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9. me cuesta tomar en serio a una persona gorda.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
10. la gente gorda me hace sentir algo incómodo/a.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
11. si fuera un empresario buscando a alguien que contratar, evitaría contratar a una persona gorda	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
12. Te sentirías preocupado en el caso de que subas de peso repentinamente?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
13. Alguna vez te has sentido intranquilo por tu barriga?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
14. Me preocupa mucho el hecho de no poder mantener mi peso ideal.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
15. Actualmente consideras que estás subiendo de peso?	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
16. A menudo trato de no ingerir alimentos que me engorden	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
17. Me preocupo mucho cuando ingiero alimentos ricos en grasas	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
18. Me siento asqueado/a conmigo mismo/a cuando gano algo de peso. .	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
19. Una de las peores cosas que me podrían pasar es que ganara unos kilos de peso.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
20. Me preocupa ponerme gordo/a	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

21. Considero que tengo mucha voluntad para hacer ejercicios físicos	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
22. En general, considero que tengo autocontrol cuando ingiero mis alimentos	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
23. Pienso que soy capaz de mantener un estilo de vida saludable	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
24. Considero que los ejercicios físicos son importantes para mantener mi peso corporal.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
25. la gente que pesa mucho podría perder algo de su peso con un poco de ejercicio.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
26. alguna gente está gorda porque no tiene fuerza de voluntad.	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
27. la gente gorda tiene ese peso principalmente por su propia culpa	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Anexo 3 cartas de consentimiento informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DERECHOHABIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.11 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES</p>		
Nombre del estudio:	No aplica, financiamiento por medico tesista	
Patrocinador externo (si aplica): *	Dciembre, Aguascalientes, Ags.	
Lugar y fecha:	-----	
Número de registro:	En nuestro estado Aguascalientes se tienen reporte de estar en el primer lugar de obesidad infantil desde 2017 por lo que desde el punto de vista sociocultural, se debe tomar atención en los correlatos psicosociales relacionados con la estigmatización a la obesidad entre los adolescentes, puesto que en la vida cotidiana los jóvenes podrían desarrollar estereotipos negativos hacia la obesidad, expresando actitudes negativas hacia los estilos de vida saludables y consecuentemente descuidando su estado de salud. Objetivo : Determinar la actitud hacia la obesidad de los adolescentes derechohabientes a la UMF No. 11 IMSS Delegación Aguascalientes	
Justificación y objetivo del estudio:	Se invitara a los adolescentes a llenar un cuestionario de 27 items, el cual mide la actitud del adolescente ante la obesidad. Y actitudes anti obesos.	
Procedimientos:	No existen riesgos para el participante, ya que no se usan técnicas invasivas,	
Posibles riesgos y molestias:	Conocimiento de su actitud hacia la obesidad	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Serán en el momento que se decida por parte del tesista y el asesor, así como cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda que le plantee acerca de lo relacionado con la investigación.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se puede retirar cuando usted lo considere necesario, entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente	
Participación o retiro:	Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificara públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida	
Privacidad y confidencialidad:	En caso de colección de material biológico (si aplica)	
	<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra
	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio
	<input type="checkbox"/>	Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica	
Beneficios al término del estudio:	Participar en el estudio obteniendo la capacidad de determinar la actitud que presenta hacia la obesidad	

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable:

Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo Coordinador de Planeación y Enlace Institucional. Médico Familiar, Delegación Estatal Aguascalientes. **Domicilio:** Ave. Alameda 704, Col. Del Trabajo, CP 20180, Aguascalientes, Ags. **Teléfono:** 449 975 22 00 , 449 196 0789. **Correo electrónico:** jaime.carranza@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dra Ana Elena Secundino De Hoyos, Unidad de Adscripción: Hospital General de Zona No.1, Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, Aguascalientes. CP 20270, Teléfono: 9637141, Correo electrónico: elen_brui@hotmail.com, Teléfono celular: 4493273000

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

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (PADRES O REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS O PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

Nombre del estudio: ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DERECHOHABIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.11 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

Patrocinador externo (si aplica): * No aplica, financiamiento por medico tesista

Lugar y fecha: Diciembre, Aguascalientes, Ags

Número de registro: -----

Justificación y objetivo del estudio: En nuestro estado Aguascalientes se tienen reporte de estar en el primer lugar de obesidad infantil desde 2017 por lo que desde el punto de vista sociocultural, se debe tomar atención en los correlatos psicosociales relacionados con la estigmatización a la obesidad entre los adolescentes, puesto que en la vida cotidiana los jóvenes podrían desarrollar estereotipos negativos hacia la obesidad, expresando actitudes negativas hacia los estilos de vida saludables y consecuentemente descuidando su estado de salud. **Objetivo :** Determinar la actitud hacia la obesidad de los adolescentes derechohabientes a la UMF No. 11 IMSS Delegación Aguascalientes

Procedimientos: Se invitara a los adolescentes a llenar un cuestionario de 24 items, el cual mide la actitud del adolescente ante la obesidad y ante la alimentación, y posteriormente serán medidos y pesados.

Posibles riesgos y molestias: No existen rasgos para el participante, ya que no se usan técnicas invasivas,

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Participar en el estudio obteniendo la capacidad de determinar la actitud que presenta hacia la obesidad

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Serán en el momento que se decida por parte del tesista y el asesor, así como cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda que le planteé acerca de lo relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Se puede retirar cuando usted lo considere necesario. entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente

Privacidad y confidencialidad: Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificara públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida

Delcaracion de consentimiento:
Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable:

Dr. Jaime Azahel Carranza Murillo Coordinador de Planeación y Enlace Institucional. Médico Familiar, Delegación Estatal Aguascalientes. **Domicilio:** Ave. Alameda 704, Col. Del Trabajo, CP 20180, Aguascalientes, Ags. **Teléfono:** 449 975 22 00 , 449 196 0789. **Correo electrónico:** jaime.carranza@imss.gob.mx

Colaboradores: Dra Ana Elena Secundino De Hoyos, Unidad de Adscripción: Hospital General de Zona No.1,Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, Aguascalientes. CP 20270,Teléfono: 9637141,Correo electrónico: elen_brui@hotmail.com,Teléfono celular: 4493273000

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

Nombre y firma de ambos padrs quien o tutores o representante lega consentimiento Testigo 1	Nombre y firma de obtiene el Testigo 2
---	--

Nombre, dirección, relación y firma firma	Nombre, dirección, relación y
--	-------------------------------

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013

Manual Operacional

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 1

AGUASCALIENTES AGS.

ACTITUD HACIA LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE A 10 A 19 AÑOS DERECHOHABIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.11 DELEGACION AGUASCALIENTES

1.- el medico tesista, aplicara el cuestionario de actitud hacia la obesidad en adolescentes, de a 10 a 19 años derechohabientes a la unidad de medicina familiar no.11 delegaciónAguascalientes

2.- se seleccionara de forma aleatoria a los adolescentes que acudan a consulta de entre 10 a 19 años de edad, de los 20 consultorios que se encuentran ubicados en la Unidad de Medicina Familiar tanto del turno matutino, como del turno vespertino y a mismo tiempo de identificarlos, se les dará una carta de consentimiento informado, se les explicara que se hará una entrevista sobre la actitud hacia la obesidad en el adolescente debido a que es un tema con relevancia a nivel nacional e internacional, este estudio nos permitirá conocer las actitudes presentadas hacia la obesidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

3.-se aplicara el cuestionario que consta de 27 preguntas con una duración promedio de 15 minutos, se les explicara que la información obtenida de esta entrevista es confidencial y no le afectara la atención que le brinda la institución.

En cualquier momento que el entrevistado no quiera continuar con la entrevista o no quiera contestar una pregunta puede decírselo al entrevistador y se puede retirar.

Sección I. FICHA DE IDENTIFICACION.

En esta sección la información se obtendrá con preguntas directas al encuestado

Nombre:

Ej. Carlos Jiménez Torres

Fecha de aplicación: se anotará la fecha del día que se aplique la encuesta, empezando por el día, el mes y el año,

Ejemplo: fecha de aplicación 21 de septiembre de 2018

Turno: se pondrá a partir de la hora en que el usuario se presente a su cita, o sea encuestado.

Ejemplo: matutino (X) vespertino ()

Edad: solo se contemplara a mujeres y hombres seleccionados de forma aleatoria por consultorio, con rango de edad de los 10 a los 19 años de edad; subrayara el rango correspondiente al de su edad.

Ejemplo: 10-12 años 13-15 años 16-17años 18-19 años

Género: en esta sección de la encuesta se preguntará el sexo de los usuarios, marcaran con una X el paréntesis indicado

ejemplo: 1 masculino (M) , 2 femenino (F).

Estado actual de Ocupación padres: se preguntará directamente al derechohabiente si actualmente sus padres están empleados o desempleados

Ejemplo: Empleado (). Desempleado (X),

Turno laboral de los padres: se preguntara de manera directa en que horario trabajan los padres.

Ejemplo: matutino (x) vespertino () mixto()

Formación académica del adolescente: en esta sección se preguntara a los usuarios hasta que nivel de estudios terminó:

Ejemplo: primaria () secundaria (X) preparatoria ()

Escala actitud del adolescente hacia la obesidad

Es una escala donde se valorara la actitud hacia la obesidad basado en la función simbólica, cuyas propiedades estén relacionadas en especial con las creencias, el rechazo y la voluntad de los adolescentes. Dividida en tres dimensiones cognitiva, afectiva, conductual.

Cognitiva

1.- Me agrada salir a reuniones sociales con mis amigos.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Disfruta salir y convivir socialmente con sus amigos

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

Ejemplo:

2.- Cuando tengo tiempo libre, prefiero mirar televisión en casa.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

En caso de que no tenga usted ocupaciones, prefiere quedarse en casa a ver televisión

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

3.- Cuando estoy en casa no me gusta ayudar en los quehaceres del hogar (limpiar, barrer, planchar, cortar pasto, etc).

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

En su casa, no ayuda a lavar, barrer, limpiar

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

4.-Cuando estoy en el colegio me gusta sentarme para conversar con mis amigos.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

En su escuela prefiere sentarse a platicar con sus amigos

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

5.-No me gusta mucho la gente gorda.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Le es desagradable la gente que esta en obesidad

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

6.-No tengo muchos amigos/as que sean gordos.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Sus amigos en su mayoría son delgados...

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

7.-Tiendo a pensar que la gente con sobrepeso son de poca confianza.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Le parece a usted que la gente con sobrepeso, no son de fiar

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

8.-Aunque algunas personas gordas sean seguramente inteligentes, en general, creo que no son tan brillantes como la gente con un peso normal.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Usted cree que la mayoría de las personas con obesidad no son tan inteligentes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

9.-Me cuesta tomar en serio a una persona gorda.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

10.-La gente gorda me hace sentir algo incómodo/a.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

No me siento agusto con gente gorda

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

11.- Si fuera un empresario buscando a alguien que contratar, evitaría contratar a una persona gorda

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Si tuviera la oportunidad de contratar a un empleado, no contrataría a una persona obesa

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

Afectiva:

12.-Te sentirías preocupado en el caso de que subas de peso repentinamente?

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Te preocupa el hecho de engordar de manera rapida

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

13.- Alguna vez te has sentido intranquilo por tu barriga?

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

En alguna ocasión te sentiste mal por tu abdomen, panza

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

14.-Me preocupa mucho el hecho de no poder mantener mi peso ideal.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Estas preocupado por no estar en tu peso ideal

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

15.- Actualmente consideras que estás subiendo de peso?

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

aldía de hoy, tu crees que has aumentado de peso

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

16.- A menudo trato de no ingerir alimentos que me engorden.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Evita usted alimentos que sabe aumentan de peso

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

17.-Me preocupo mucho cuando ingiero alimentos ricos en grasas.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Usted, se preocupa al comer chatarra, alimentos grasos, dorados,

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

18.- Me siento asqueado/a conmigo mismo/a cuando gano algo de peso.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

19.- Una de las peores cosas que me podrían pasar es que ganara unos kilos de peso.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

20.- Me preocupa ponerme gordo/a.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Se estresa al pensar que puede ponerse gordo

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

Conductual

21.- considero que tengo mucha voluntad para hacer ejercicios físicos.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Usted es una persona que tiene voluntad para hacer ejercicio y mantener su peso

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

22.- en general, considero que tengo autocontrol cuando ingiero mis alimentos.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Usted sabe limitarse en alimentos ricos en grasa

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

23.- pienso que soy capaz de mantener un estilo de vida saludable.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Usted se cree capaz de llevar una dieta adecuada, realizar ejercicio,

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

24.- considero que los ejercicios físicos son importantes para mantener mi peso corporal.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Usted cree que realizar ejercicio le ayudara a mantener su peso ideal

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

25.- la gente que pesa mucho podría perder algo de su peso con un poco de ejercicio.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Usted cree que el ejercicio favorece a eliminar peso

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

26.- alguna gente está gorda porque no tiene fuerza de voluntad.

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Usted cree que la gente que esta gorda no hace nada por evitarlo

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta

es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

27.- la gente gorda tiene ese peso principalmente por su propia culpa

En caso de que el encuestado no entienda el ítem, se le explicará lo siguiente:

Usted cree que las personas con obesidad tienen la culpa de su físico

Si la respuesta es totalmente de acuerdo se codificara como un 5, si la respuesta es muy en acuerdo se codificara en 4; si la respuesta es de acuerdo se codificara en 3, si la respuesta es en desacuerdo, se codificara en 2, y si la respuesta es muy en desacuerdo se codificara en 1.

