



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**NIVEL DE ESTRÉS DERIVADO DE LOS ACONTECIMIENTOS
VITALES DE LA VIDA DIARIA Y PERCEPCION DE APOYO SOCIAL
EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO
DE OBESIDAD ADSCRITOS A LA UMF 1 DELEGACION
AGUASCALIENTES QUE ACUDEN A NUTRIMSS DE AMBOS
TURNOS**

TESIS PRESENTADA POR:

Lucero Guerra Sotelo

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dr. Eumir Ponce De León Alcaraz

AGUASCALIENTES, AGS., ENERO DEL 2020



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION 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. LUCERO GUERRA SOTELO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**NIVEL DE ESTRÉS DERIVADO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES DE LA VIDA
DIARIA Y PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DE
EDAD CON DIAGNOSTICO DE OBESIDAD ADSCRITOS A LA UMF 1 DELEGACION
AGUASCALIENTES QUE ACUDEN A NUTRIMSS DE AMBOS TURNOS**

Número de Registro: **R-2019-101-014** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La Dra. Lucero Guerra Sotelo 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.

ATENTAMENTE

DR. EUMIR PONCE DE LEÓN ALCARAZ



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

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. LUCERO GUERRA SOTELO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**NIVEL DE ESTRÉS DERIVADO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES DE LA VIDA
DIARIA Y PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DE
EDAD CON DIAGNOSTICO DE OBESIDAD ADSCRITOS A LA UMF 1 DELEGACION
AGUASCALIENTES QUE ACUDEN A NUTRIMSS DE AMBOS TURNOS**

Número de Registro: **R-2019-101-014** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La Dra. Lucero Guerra Sotelo 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.

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

ATENTAMENTE:

Carlos A. Prado A.

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



LUCERO GUERRA SOTELO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

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:

"NIVEL DE ESTRÉS DERIVADO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES DE LA VIDA DIARIA Y PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD ADSCRITOS A LA UMF 1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES QUE ACUDEN A NUTRIMSS DE AMBOS TURNOS"

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 13 de Febrero de 2020.


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

AGRADECIMIENTOS

Quiero exaltar mi profundo agradecimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social especialmente a mi Sede Aguascalientes; a todos aquellos que estuvieron presentes y formaron parte de mi formación académica y humana a lo largo de estos 3 años.

La Universidad Autónoma de Aguascalientes me dio la bienvenida a esta maravillosa experiencia, las oportunidades que me ha brindado son incomparables; el apoyo y formación que recibí de mis maestros, pacientes y compañeros han sido sumamente enriquecedoras.

Agradezco también a mi asesor de tesis Dr. Eumir Ponce De León Alcaraz por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico; pero sobre todo por ser paciente conmigo para guiarme durante todo el desarrollo de tesis.

El desarrollo de este proyecto no fue fácil, pero si puedo afirmar que durante todo este tiempo pude disfrutar de cada momento. El proceso fue largo, lleno de una serie de metodologías que me complicaron, pero a su vez disfrute de mis errores y aciertos; ya que cada etapa y proyecto nos permite crecer y aprender de ello.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto a Dios, ese ser superior que en todo momento me ha acompañado en todos mis aciertos y desaciertos. Por regalarme tanta dicha y tantas cosas hermosas para mí y mi familia; ser nuestro pilar y guía.

Es para mí sumamente satisfactorio poder dedicarles a mis padres Andrea y Pedro no sólo mi tesis; sino todas las metas cumplidas. A ellos que con tanto esfuerzo, esmero, amor, paciencia, dolor, lágrimas, trabajo y dedicación me han formado primero como ser humano con valores y me han impulsado para ser un profesional exitoso y no sólo a mí, sino que a todos mis hermanos. Es de reconocer su esfuerzo a pesar de no contar con los recursos económicos ni con la preparación académica; hayan trabajado implacablemente y creyeron en todo momento de lo que soy capaz de lograr.

A mis hermanos Perla, Pedro, Omar, Lupita y Lizeth; que en todo momento me brindaron su amor, paciencia, sonrisas, locuras y palabras de apoyo siempre que he necesitado. Ustedes son mi ejemplo a seguir, somos un gran equipo y eso siempre lo llevaré en mi mente y corazón; son mi orgullo, ejemplo de vida y superación por lo que no me cansaré de repetírselos.

INDICE GENERAL

INDICE DE
TABLAS.....

INDICE DE
GRAFICAS.....

ACRÓNIMOS.....

RESUMEN.....

ABSTRACT.....

I. INTRODUCCIÓN.....1

II. MARCO TEORICO.....3

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS 3

MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES DE ESTUDIO 14

ESTRÉS FISIOLÓGICO O DERIVADO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES 14

TEORÍA CLÁSICA DEL ESTRÉS: SÍNDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL DE SELYE..... 15

TEORIAS DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL 17

OBESIDAD..... 19

III. JUSTIFICACION21

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....23

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO..... 23

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD..... 24

DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA..... 27

DISTRIBUCION DEL PROBLEMA 28

GRAVEDAD DEL PROBLEMA 29

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROBLEMA 31

TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DESEA OBTENER..... 32

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 33

V. OBJETIVOS33

 1.- *OBJETIVO GENERAL*..... 33

 2.- *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*..... 33

VI. HIPOTESIS34

VII.	MATERIAL Y METODOS.....	34
	<i>TIPO DE ESTUDIO</i>	34
	<i>UNIVERSO DE TRABAJO</i>	34
	<i>POBLACIÓN DE ESTUDIO</i>	34
	<i>POBLACIÓN ACTUAL</i>	35
	<i>UNIDAD DE OBSERVACIÓN</i>	35
	<i>UNIDAD DE ANÁLISIS</i>	35
	<i>CRITERIOS DE SELECCIÓN</i>	35
	<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</i>	35
	<i>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</i>	35
	<i>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:</i>	35
	<i>TIPO DE MUESTREO:</i>	36
	<i>TAMAÑO DE LA MUESTRA:</i>	36
	<i>VARIABLES DE ESTUDIO</i>	36
	<i>VARIABLE DEPENDIENTE</i>	36
	<i>VARIABLES INDEPENDIENTES</i>	36
	<i>PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</i>	37
	<i>LOGISTICA</i>	38
	<i>RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</i>	39
	<i>VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS</i>	40
	<i>INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LOS EVENTOS VITALES ESTRESANTES:</i> <i>ESCALA DE HOLMES Y RAHE</i>	40
	<i>INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL:</i> <i>ESCALA DE DUKE-UNC</i>	43
VIII.	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
IX.	RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD.....	47
X.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	49
XI.	RESULTADOS.....	50
XII.	DISCUSIÓN	70
XIII.	CONCLUSIONES.....	71
XIV.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
	ANEXOS.....	
	ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	ANEXO B. FICHA DE IDENTIFICACION.....	

ANEXO C. CUESTIONARIO HOLMES Y RAHE.....
ANEXO D. CUESTIONARIO ESCALA DE DUKE- UNC
ANEXO E. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....
ANEXO F. MANUAL OPERACIONAL.....



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes por consultorio y turno.....51

Tabla 2. Estado civil por sexo.....51

Tabla 3. Número de hijos.....52

Tabla 4. Ocupación.....52

Tabla 5. Tipo de obesidad y sexo.....52

Tabla 6. Frecuencia de los tipos de acontecimientos vitales importantes.....53

Tabla 7. Tipo de crisis por nivel de severidad.....54

Tabla 8. Estado civil por tipo de crisis.....55

Tabla 9. Escolaridad por tipo de crisis.....56

Tabla 10. Ocupación por tipo de crisis.....56

Tabla 11. Escala DUKE-UNC de apoyo social.....57

Tabla 12. Tipo de apoyo social por grado de obesidad.....59

Tabla 13. Estado civil por nivel de apoyo social.....60

Tabla 14. Escolaridad por nivel de apoyo social.....60

Tabla 15. Ocupación por nivel de apoyo social.....61

Tabla 16. Distribución del nivel de apoyo afectivo y el tipo de crisis en pacientes con obesidad moderada.....61

Tabla 17. Distribución del nivel de apoyo afectivo y el tipo de crisis en pacientes con obesidad severa.....62

Tabla 18. Distribución del nivel de apoyo afectivo y el tipo de crisis en pacientes con obesidad mórbida.....63

Tabla 19. Distribución del nivel de apoyo confidencial y el tipo de crisis en pacientes con obesidad moderada.....64

Tabla 20. Distribución del nivel de apoyo confidencial y el tipo de crisis en pacientes con obesidad severa.....65

Tabla 21. Distribución del nivel de apoyo confidencial y el tipo de crisis en pacientes con obesidad mórbida.....66

Tabla 22. Distribución del nivel de apoyo social y el tipo de crisis en pacientes con obesidad moderada.....67

Tabla 23. Distribución del nivel de apoyo social y el tipo de crisis en pacientes con obesidad severa.....68

Tabla 24. Distribución del nivel de apoyo social y el tipo de crisis en pacientes con obesidad mórbida.....69

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Tipo de crisis por grupo de edad.....55

Grafica 2. Tipo de apoyo social por grupo de edad.....59

Gráfica 3. Grado de apoyo afectivo en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad moderada.....62

Gráfica 4. Grado de apoyo afectivo en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad severa.....63

Gráfica 5. Grado de apoyo afectivo en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad mórbida.....64

Gráfica 6. Grado de apoyo confidencial en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad moderada.....65

Gráfica 7. Grado de apoyo confidencial en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad severa.....66

Gráfica 8. Grado de apoyo confidencial en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad mórbida.....67

Gráfica 9. Grado de apoyo social en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad moderada.....68

Gráfica 10. Grado de apoyo social en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad severa.....69

Gráfica 11. Grado de apoyo social en función del puntaje de acontecimientos estresantes en pacientes con obesidad mórbida.....70

ACRÓNIMOS

AVE: Acontecimientos Vitales Estresantes

IC: Intervalo de Confianza

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IMC: Índice de Masa Corporal

OD: Odds Ratio

OMS: Organización Mundial de la Salud

UCV: Unidad de Cambio de Vital

RESUMEN

Antecedentes. La obesidad es una epidemia multifactorial asociada a comorbilidades y costos financieros elevados lo cual implica un problema de salud pública de difícil control. El efecto ocasionado por el estrés sobre el metabolismo es conocido; pero no se ha dado importancia para el control de peso de los pacientes. El apoyo social es un recurso para adaptarse a los cambios de salud; constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad para aumentar la resistencia de las personas ante los estresores diarios y ajuste a las enfermedades de carácter crónico. **Objetivo:** Determinar el nivel de estrés derivado de actividades de la vida diaria y la percepción de apoyo social en pacientes de 20 a 49 años de edad con diagnóstico de obesidad adscritos al programa de NUTRIMSS de la UMF1 Delegación Aguascalientes. **Material y Método:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo en pacientes con diagnóstico de obesidad de 20-49 años del programa NUTRIMSS de la UMF1 con un total de 278 pacientes. Se les aplicaron 2 cuestionarios auto administrados. Los resultados se capturaron en el programa Excel para su posterior procesamiento en el paquete estadístico SPSS 21. **Resultados y conclusiones** El 70.1% (195) fueron mujeres mientras que el restante 29.9%(83) hombres. En cuanto al grado de obesidad en base a su IMC y el sexo el 70.1% fueron mujeres, mientras que el 29.9% fueron hombres. El 88.5% de los pacientes enfrentaron eventos que condujeron a una crisis moderada, mientras que el restante 11.5% tuvieron una crisis leve. Además, el 58% de los pacientes (n=163) fueron pacientes con obesidad moderada y enfrentaron una crisis moderada. Seguido del 19% (n=53) quienes tienen obesidad severa y enfrentar una crisis moderada, y el 11% (n=30) que tienen obesidad mórbida y enfrentar una crisis moderada. En percepción del apoyo social; los pacientes que afrontaron una crisis moderada, el 51% de los pacientes recibieron un buen apoyo social, el restante 49% manifestó un escaso apoyo social y con respecto a la crisis leve, el 100% (n=4) manifestó un buen apoyo social. **Palabras clave:** obesidad, estrés relacionado a acontecimientos de la vida, acontecimientos vitales estresantes, apoyo social, percepción de apoyo social.

ABSTRACT

Background. Obesity is a multifactorial epidemic associated with comorbidities and high financial costs, which implies a public health problem that is difficult to control. The effect caused by stress on the metabolism is known; but no importance has been given to the control of patients' weight. Social support is a resource to adapt to health changes; It is one of the most researched protective factors at present to increase people's resistance to daily stressors and adjustment to chronic diseases.

Objective: To determine the level of stress derived from activities of daily living and the perception of social support in patients from 20 to 49 years of age with a diagnosis of obesity assigned to the NUTRIMSS program of the UMF1 Delegation Aguascalientes. **Material and Method:** A descriptive, cross-sectional study was conducted in patients diagnosed with obesity aged 20-49 years of the NUTRIMSS program of the UMF1 with a total of 278 patients. 2 self-administered questionnaires were applied. The results were captured in the Excel program for further processing in the SPSS 21 statistical package. **Results and conclusions** 70.1% (195) were women while the remaining 29.9% (83) men. Regarding the degree of obesity based on their BMI and sex, 70.1% were women, while 29.9% were men. 88.5% of patients faced events that led to a moderate crisis, while the remaining 11.5% had a mild crisis. In addition, 58% of the patients (n = 163) were patients with moderate obesity and faced a moderate crisis. Followed by 19% (n = 53) who have severe obesity and face a moderate crisis, and 11% (n = 30) who have morbid obesity and face a moderate crisis. In perception of social support; the patients who faced a moderate crisis, 51% of the patients received good social support, the remaining 49% showed poor social support and with respect to the mild crisis, 100% (n = 4) showed good social support. **Keywords:** obesity, stress related to life events, stressful life events, social support, perception of social support.

I. INTRODUCCIÓN

Reportes recientes han alertado sobre la obesidad y su dimensión en México, ya que 72.5% de la población adulta se ubica en esta condición. (Torres, 2018). De acuerdo con la E 2012, más de 60 % de la población mexicana padece sobrepeso y obesidad: en todas las regiones del país, los hombres padecen más sobrepeso y las mujeres, más obesidad.¹² (ENSANUT-ECU, 2014)

En derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, la obesidad de 26.1%; por sexos la obesidad es mayor en las mujeres (30.9 %) que en los hombres (21.2 %).¹⁸ Por su relevancia como un problema de salud pública, han surgido diversos enfoques que buscan explicar esta problemática.¹²

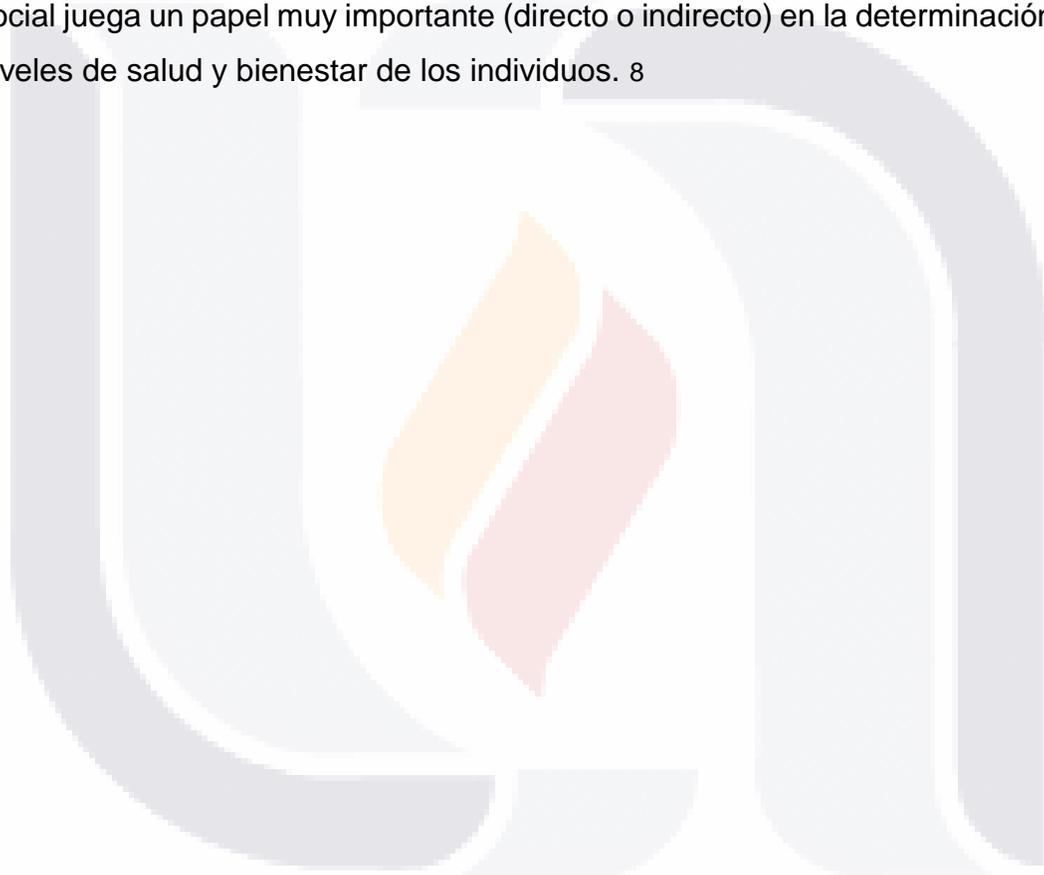
Si bien las intervenciones y acciones realizadas por las diferentes instituciones de salud enfocadas en la obesidad producen una pérdida de peso clínicamente significativa, el mantenimiento de la pérdida de peso es un desafío. Esto se debe en parte a la incapacidad de manejar el estrés y la reactividad emocional por lo que también se ha puesto atención a los factores socioeconómicos, psicológicos y familiares.¹⁵

Aunque los principales impulsores de la obesidad, como la sobrenutrición y la inactividad física, están bien caracterizados, la evidencia sugiere que otros factores también juegan un papel en el aumento de peso.¹⁹

La obesidad se relaciona con mayores probabilidades de varios eventos vitales estresantes específicos, con índices de probabilidades que van desde 1.19 a 3.26. El efecto ocasionado por el estrés sobre el metabolismo, es bien conocido por el papel que desempeñan los glucocorticoides los cuales promueven la conversión de proteínas y lípidos en carbohidratos utilizables. Por lo tanto, ya sea el estrés

psicológico o la falta de sueño o una dieta rica produce el aumento los niveles de glucocorticoides y por ende de carbohidratos. 20

Por último, el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés. Sin embargo, a pesar de la enorme cantidad de investigaciones en este campo, continúa siendo ambiguo. Se han acumulado evidencias que muestran que el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos. 8



II. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realiza una búsqueda exhaustiva y sistematizada en dos bases de datos incluidas: BVS y PubMed utilizando combinaciones de los conceptos obesidad, estrés relacionado a acontecimientos de la vida, acontecimientos vitales estresantes, apoyo social, percepción de apoyo social. Como sigue por niveles:

BUSCADOR BVS

TITULO (A)obesidad 203 924, (B) estrés psicológico 37, (C) acontecimientos que cambian la vida 1, (D) acontecimientos vitales estresantes 12 artículos y sus combinaciones (A) y (B) 0 cero artículos, (A), (B) y (C) 0, combinación (A), (B) y (D) 0 cero artículos. (E) Apoyo social 625, (F) percepción de apoyo social 33 y sus combinaciones (A) AND (E) cero artículos, (A) AND (F) cero artículos.

TITULO Y ABSTRACT (A)obesidad 4465, (B) estrés psicológico 424, (C) acontecimientos que cambian la vida 1, (D) acontecimientos vitales estresantes 38 artículos y sus combinaciones (A) y (B) 4 artículos, (A), (B) y (C) 0, combinación (A), (B) y (D) 0 cero artículos. (E) Apoyo social 3864, (F) percepción de apoyo social 498 y sus combinaciones (A) AND (E) 11 artículos, (A) AND (F) 3 artículos.

TITULO Y TEXTO COMPLETO (A)obesidad 4465, (B) estrés psicológico 116 703, (C) acontecimientos que cambian la vida 23 131, (D) acontecimientos vitales estresantes 53 artículos y sus combinaciones (A) y (B) 15 artículos, (A), (B) y (C) 0, combinación (A), (B) y (D) 0 cero artículos. (E) Apoyo social 92 972, (F) percepción de apoyo social 2723 y sus combinaciones (A) AND (E) 29 artículos, (A) AND (F) 3 artículos.

BUSCADOR PUBMED

TITULO (A)obesidad 74 851, (B) estrés psicológico 26, (C) acontecimientos que cambian la vida 41, (D) acontecimientos vitales estresantes 463 artículos y sus

combinaciones (A) y (B) 0 cero artículos, (A), (B) y (C) 0, combinación (A), (B) y (D) 0 cero artículos. (E) Apoyo social 16, (F) percepción de apoyo social 4 y sus combinaciones (A) AND (E) cero artículos, (A) AND (F) cero artículos.

TITULO Y ABSTRACT (A)obesidad 222 724, (B) estrés psicológico 49, (C) acontecimientos que cambian la vida 133, (D) acontecimientos vitales estresantes 1774 artículos y sus combinaciones (A) y (B) 2 artículos, (A), (B) y (C) 0, combinación (A), (B) y (D) 0 cero artículos. (E) Apoyo social 31, (F) percepción de apoyo social 12 y sus combinaciones (A) AND (E) 677 artículos, (A) AND (F) 0 artículos.

TITULO Y TEXTO COMPLETO (A)obesidad 302 640, (B) estrés psicológico 143 441, (C) acontecimientos que cambian la vida 27 315, (D) acontecimientos vitales estresantes 92 550 artículos y sus combinaciones (A) y (B) 2519 artículos, (A), (B) y (C) 53, combinación (A), (B) y (D) 101 artículos. (E) Apoyo social 108, (F) percepción de apoyo social 29 462 y sus combinaciones (A) AND (E) 2642 artículos de los cuales solo 506 son de texto completo gratuito, (A) AND (F) 0 artículos.

Seleccionando artículos de texto completo gratuito en ambos buscadores con un total de 33 artículos pertinentes más 3 fuentes estadísticas; considerando los siguientes estudios de importancia para los fines del estudio.

JA Walcott-McQuigg (1995) realiza un estudio titulado “The relationship between stress and weight-control behavior in African-American women” en el cual diseñó un campo exploratorio para examinar factores psicosociales seleccionados que influyen en el comportamiento de control de peso de las mujeres afroamericanas de ingresos medios. Se utilizó un enfoque de triangulación en la que se recopilaron datos cualitativos y cuantitativos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 36 mujeres afroamericanas entre las edades de 25 y 75 años; y se administró la Escala de Estrés Global para medir el estrés percibido. El resultado mostró una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.80 para la escala de

estrés percibido y 0.82 para la Escala de Autoconcepto de Tennessee. La confiabilidad oscilo entre el 90 y 95%. El análisis estadístico de los datos reveló una correlación positiva entre el peso corporal y el estrés en que las mujeres que tenían más sobrepeso experimentaban más estrés. El análisis etnográfico de los datos mostró que más del 50% de las mujeres pensaban que el estrés afectaba negativamente su comportamiento de control de peso. Además, los estresores ocupacionales relacionados con el racismo, el sexismo y la carga de trabajo fueron estresantes importantes para este grupo de mujeres. Por lo general las estrategias se enfocan a la educación y cuestiones relacionadas con la pobreza. 9 (Control & African, n.d.)

Roberto Castro, Lourdes Campero, Bernardo Hernández (1997) en su estudio “La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos” analizan las formas en que la investigación vincularon la disponibilidad de apoyo social con la existencia de ciertos niveles de salud y enfermedad; discuten las diferencias entre el modelo del efecto directo y el modelo del efecto amortiguador. La categoría de “apoyo social” ha permitido desarrollar toda una corriente de investigación que busca explicar algunas de las diferencias existentes en la distribución de ciertas enfermedades tanto físicas como mentales. Se analizan las formas en que la investigación reciente ha tratado de vincular la disponibilidad de apoyo social con la existencia de ciertos niveles de salud y enfermedad. 8 Se documentan trabajos los cuales dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés. Sin embargo, a pesar de la enorme cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de apoyo social continúa siendo ambiguo: es común encontrar que términos tales como “relaciones sociales”, “redes sociales”, “integración social”, “vínculos sociales”, y otros, son usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo. 8 Lo que es claro hasta ahora es que no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y que éste se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos. Sin embargo, la investigación sobre el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos.⁸ Durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos. Sin embargo, la mayoría de los estudios reportados hasta ahora toman al apoyo social como la variable independiente y a los niveles de salud y bienestar como la variable dependiente. Esto es claramente comprensible dado que el interés por el tema del apoyo social surgió como consecuencia de la búsqueda de aquellos factores no biológicos que afectan la salud. El apoyo social es tan importante en su relación con la salud, resulta impostergable explorar qué se asocia a la existencia del mismo, y cómo se distribuye en la población. En otras palabras, es crucial estudiar al apoyo social como variable dependiente. Se muestra la necesidad de estudiar al apoyo social no sólo como posible determinante de ciertas formas de enfermedad, sino también como una variable dependiente. ⁸ Aunque se han explorado diversos caminos, los principales intentos han consistido en buscar variables que expliquen las variaciones en el impacto del “estrés” sobre la salud. Es importante considerar al apoyo social como un constructo de extrema complejidad compuesto por varias dimensiones. Cabe esperar que en nuevas investigaciones será posible distinguir diversas formas de apoyo social y las diversas fuentes de cada una. Más aún, deberá ser posible combinar métodos estadísticos de alto grado de sofisticación, con métodos cualitativos de alto nivel de conceptualización. ⁸ (Castro, Campero, & Hernández, 1997)

Danielle Barry y Nancy Petry (2008) realizan un estudio con título “Diferencias de género en las asociaciones entre eventos vitales estresantes e índice de masa corporal” con el objetivo de identificar las relaciones entre el índice de masa corporal (IMC) y los eventos estresantes de la vida y determinar si las relaciones difieren según el género. La regresión logística se usó para examinar los efectos del IMC y el género sobre la probabilidad de experimentar 12 eventos vitales estresantes en el último año en una muestra de 41,217 adultos, incluidas 23,058 mujeres (55.9%) y 18,159 hombres (44.1%). Los datos se recopilaron en los Estados Unidos entre

2001 y 2002. Análisis controlados por demografía y trastornos psiquiátricos de por vida y años anteriores. En sus resultados reportan que en comparación con las mujeres con peso normal (IMC = 18.5–24.9), las mujeres con sobrepeso (IMC = 25.0–29.9), obesas (IMC = 30.0–39.9) y extremadamente obesas (IMC \geq 40.0) experimentaron eventos vitales más estresantes. Entre los hombres, el bajo peso (IMC <18.5) se asoció con menos, y la obesidad y la obesidad extrema con más eventos estresantes. La obesidad y la obesidad extrema se asociaron con mayores probabilidades de varios eventos vitales estresantes específicos, con índices de probabilidades que van desde 1.19 a 3.26. Algunas relaciones diferían según el género. Sin embargo, la investigación previa no ha examinado las asociaciones entre la aparición de una variedad de factores estresantes comunes de la vida y el IMC, y no se conocen estudios que examinen estas relaciones en una población general. 3 La población objetivo estaba compuesta por civiles estadounidenses no institucionalizados mayores de 18 años de los cincuenta estados y el Distrito de Columbia. Se preguntó a los encuestados si alguno de los doce eventos estresantes de la vida había ocurrido en el año anterior. La lista de eventos fue desarrollada por NESARC (Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas) en base a adaptaciones de elementos de dos medidas existentes, la Lista de Experiencias Amenazadoras y el Programa de eventos recientes. El análisis factorial indica que los eventos se dividen en cuatro categorías principales de estrés: relacionados con la salud, sociales, laborales y legales. Cada evento se codificó dicotómicamente en función de si ocurrió o no en el año anterior. También se calculó una medida continua del número total de eventos en el último año. 3 El alfa de Cronbach para la lista de 12 ítems fue de 0.60 lo que sugiere inter correlaciones modestas entre eventos vitales estresantes específicos, además de un OR de 1.38 para mujeres y de 1.16 para hombres con intervalos de confianza del 95% resultantes de los análisis de regresión logística, controlando las covariables, con eventos de vida estresantes específicos en el último año como variables dependientes. 3 (Barry & Petry, 2009)

Cuba Suarez Ángel Miguel (2011) En su estudio “Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal” hace referencia a las herramientas de apoyo social. En los últimos años se están presentando una serie de cambios en la sociedad en cuanto a sus expectativas y sus necesidades, en su demografía y en sus aspectos socioculturales, lo que origina nuevas prioridades y áreas de actuación para el profesional en salud. Son múltiples los estudios epidemiológicos que estudiaron la relación existente entre el apoyo social y el estado de salud individual y colectiva, a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica; el buen apoyo social baja las tasas de mortalidad y aumenta el uso de los servicios de salud. 11 Además, el apoyo social contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general, a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto atenuante de los estresores sociales. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales y estresantes que los que carecen de él, cabe destacar que no se trata solo de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos. 11 El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad, y con resultados más positivos, para aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico 11 por ello es importante hacer énfasis en la percepción de apoyo social del paciente, la cual dependerá de la atención que reciba del entorno profesional, familiar, comunitario, entre otras. Además, se aborda sobre una de las herramientas más utilizadas para el apoyo social: la Escala de Duke-UNC. Es un cuestionario estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92; se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente. 11 El carácter estresante de los problemas de salud-enfermedad, supone siempre una situación

de crisis y un deterioro de la calidad de vida de quien o quienes la padecen. La variabilidad y aparición de nuevas patologías, la reemergencia de antiguos problemas de salud, la dificultad de manejo, la aparición de nuevos grupos de riesgo de exclusión social, los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, la migración del área rural a las ciudades, la evolución de las necesidades y expectativas de la ciudadanía, el avance tecnológico que está llevando a la deshumanización de la atención en salud, son factores que deben llamar la atención del profesional en salud, quien no debe solo limitarse a hacer el diagnóstico y tratamiento, sino en identificar y hacer uso adecuado de las redes de apoyo que cada persona en su momento lo necesite. 11 La herramienta de Duke-UNC presentada en este artículo, puede ser utilizada en toda persona, aun con bajo nivel de escolaridad; es de fácil aplicación por los proveedores de salud primarios o por profesionales de la salud. El tener un buen apoyo social puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda.11 (Cuba & Ángel, 2011)

Laura Acuña, Diana Alejandra González García y Carlos A. Bruner (2012) realizaron un estudio titulado “La Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe en México: Una revisión después de 16 años” con el propósito de obtener los puntajes para cuantificar el estrés que producen los eventos vitales con una muestra más amplia. Participaron 403 mujeres y 304 hombres de entre 20 y 88 años, de clase social baja, media y alta. Los resultados mostraron que el orden de severidad de los eventos vitales fue muy similar al de hace 16 años cuando se validó en México la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe con 199 mujeres y 223 hombres de entre 18 y 38 años, de clase social baja y alta. El estudio original de Holmes y Rahe de 1967 se reconoce como uno de los más influyentes, la escala de reajuste social se tradujo a diferentes idiomas y se encontró que existe un alto grado de consistencia entre los jueces de diferentes países respecto al orden de severidad de los eventos vitales, por ejemplo, con franceses, belgas y suizos, con japoneses con malasios, con británicos, suecos, con neozelandeses, con chilenos y con

mexicanos. Algunos investigadores se preguntaron si el ordenamiento de los eventos estresantes se modificaba en función del paso del tiempo y de cambios culturales. Empleando el mismo método de cálculo de la magnitud, se encontró que 30 años después del estudio original, jueces estadounidenses evaluaron de forma similar el orden de severidad de los eventos vitales. Estos estudios confirmaron la confiabilidad y validez de la escala para medir estrés vital. Con respecto a los estudios hechos con jueces estadounidenses, el cálculo de las correlaciones por rangos entre el ordenamiento de los puntajes Unidad de Cambio de Vida (UCV) informados por Holmes y Rahe en 1967 al construir la Escala de Reajuste Social, por Miller y Rahe en 1997 y por Scully y colaboradores en el 2000, 30 años después y los obtenidos con la muestra total en el presente estudio, arrojó correlaciones altas (Rho = .87, .88 y .87; $p < .001$, respectivamente). Las intercorrelaciones por rangos entre los puntajes UCV de los estudios anteriores y los encontrados en el presente estudio en función de las características sociodemográficas de los jueces también fueron altas; variaron respectivamente entre .78 y .96, .78 y .89 y .72 y .84; $p < .001$). 16 (Reyes & Acuña, 2008). En México, Bruner y colaboradores obtuvieron los puntajes para los 43 eventos vitales de una versión en español de la escala de reajuste social. Encontraron que los jueces mexicanos tendieron a evaluar el orden de severidad de los eventos vitales de forma similar tanto entre sí divididos conforme a su sexo y clase social, como respecto a los jueces estadounidenses del estudio original de Holmes y Rahe. Además, Bruner y colaboradores encontraron que las mujeres tendieron a evaluar como más severos que los hombres algunos eventos del ámbito emocional y de relación con los demás. La escala de reajuste social de Holmes, en consecuencia, continúa siendo uno de los instrumentos más utilizados hasta la fecha para medir estrés vital. 16 Los puntajes UCV obtenidos en el presente estudio parecen ser confiables para cuantificar el grado de estrés vital experimentado actualmente por una persona adulta. Una contribución del presente estudio fue el informe de los puntajes UCV y su ordenamiento conforme a su gravedad, a la edad, el sexo y el nivel socioeconómico de las personas. En futuros estudios que busquen cuantificar el estrés de un grupo particular de individuos se podrían emplear los puntajes UCV informados correspondientes a cada subgrupo.

Los resultados globales del estudio mostraron que la versión en español de la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe es un instrumento válido y confiable para continuar realizando investigación epidemiológica en México sobre la relación entre el estrés y la enfermedad. 16

Alfonso Alonso Fachado, Martín Menéndez Rodríguez, Laura González Castro (2013) realizan un estudio titulado “Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica”, el cual forma parte de la tesis denominada “Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2”, premiada con una beca pre doctoral por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. El estudio de la influencia del apoyo social y su relación con los resultados de salud en la población tiene su inicio en la década de los años setenta. En estos años se publicaron algunos artículos que revisaban las bases de la evidencia que sirve de apoyo a la teoría de que el apoyo social ejerce un efecto directamente proporcional en el estado de salud y sirve como un amortiguador de los efectos del estrés psicosocial y físico en la salud de los individuos. 13 Se ha establecido que el apoyo social tiene un papel crucial en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica y en el restablecimiento de los resultados de salud. Puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social, así como producir un aumento de los autocuidados y mejorar de los índices de calidad de vida. 13 Lejos de perder vigencia, en los últimos años diversos estudios de amplia base poblacional han coincidido en demostrar la influencia que presenta el apoyo social con diversas patologías en ámbitos tan diversos que van desde la mortalidad, grado de bienestar emocional en mujeres operadas de neoplasias de mama y enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio. 13 El interés suscitado en los últimos años sobre la influencia que ejerce el apoyo social sobre la enfermedad crónica ha puesto el foco en cuales son los mecanismos mediante los que el apoyo social ejerce su acción. Este artículo pretende esclarecer cuales son los mecanismos de acción y los marcos

conceptuales más importantes que existen sobre el apoyo social.¹³ (Fachado, Menéndez Rodríguez, Castro, Alfonso, & Fachado, 2013)

Shervin Assari y Cleopatra Howard Caldwell (2017) realizan un estudio titulado “Low Family Support and Risk of Obesity among Black Youth: Role of Gender and Ethnicity” en el que se hace referencia que en la mayoría de los estudios sobre el papel del entorno familiar en el desarrollo del riesgo de obesidad entre los jóvenes se han centrado en los comportamientos parentales que están directamente involucrados en el equilibrio energético en muestras blancas regionales no representativas. ⁵ Este fue un estudio transversal que utilizó datos de la Encuesta Nacional de Suplemento de Vida y Adolescentes Americanos (NSAL-A) 2003. Utilizaron una muestra nacional de jóvenes negros étnicamente diversos. En la muestra agrupada, el bajo apoyo familiar no se asoció con un mayor riesgo de obesidad (OR = 1.35, intervalo de confianza (IC) del 95% = 0.96–1.89). Sin embargo, la asociación entre el bajo apoyo familiar y el riesgo de obesidad fue significativa entre las mujeres afroamericanas (OR = 1.60, IC 95% = 1.01–2.55). No hubo asociación para hombres afroamericanos (OR = 1.26, IC 95% = 0.82–1.92), hombres negros del Caribe (OR = 0.68, IC 95% = 0.01–54.85) y mujeres negras del Caribe (OR = 0.78, 95% CI = 0,42–1,44). Las regresiones logísticas se utilizaron en la muestra agrupada, y también en función del género, el origen étnico y su intersección, para probar el vínculo entre el bajo apoyo familiar y el riesgo de obesidad. También probaron la heterogeneidad de esta asociación en función del género, el origen étnico y su intersección. Incluyó a 1170 jóvenes afroamericanos y caribeños negros de 13 a 17 años. ⁵

Meredith R. Craven , Laurie Keefer , Alfred Rademaker , Amanda Dykema-Engblade , y Lisa Sanchez-Johnsen (2018) Estudio titulado “Social Support for Exercise as a Predictor of Weight and Physical Activity Status Among Puerto Rican and Mexican Men: Results From the Latino Men’s Health Initiative” En dicho estudio se documenta que el apoyo social es un factor importante para aumentar los resultados de salud positivos y los comportamientos de salud positivos en una

variedad de estados de enfermedad, incluida la obesidad. Sin embargo, faltan investigaciones que examinen la relación entre el apoyo social para el ejercicio y el peso y el estado de la actividad física, particularmente entre los hombres latinos. 10 Este documento examinó si el apoyo social para el ejercicio predijo el peso y el estado de la actividad física y si la dirección de estas relaciones difiere en función de los antecedentes hispanos / latinos (puertorriqueños / mexicanos). Los participantes fueron 203 hombres que participaron en un estudio financiado por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) que abordaba las variables relacionadas con la cultura y la obesidad. Tanto la participación familiar como el apoyo social y las recompensas familiares y el castigo del apoyo social predice un estado de mayor peso ($p < .005$ y $p < .05$, respectivamente). 10 Los cálculos de poder se basaron en el análisis primario de evaluación de la relación entre el apoyo social (escalas continuas divididas en la mediana y analizadas como una variable dicotómica) y el estado de peso (normal, sobrepeso, obesidad). Con 67 personas en cada categoría de peso, había un 80% de poder para detectar una razón de posibilidades de 2.76 con una significación de $p < .05$. El apoyo social de participación familiar fue un predictor significativo de obesidad [$b = 1.05$, odds ratio 2.85, $p < .05$] estado de peso. Por lo tanto, a medida que el apoyo social de participación familiar pasó de bajo a alto, las probabilidades de tener obesidad aumentaron en un factor de 2.85 veces en comparación con el peso normal. 10 Otro componente que puede estar relacionado con las altas tasas de obesidad e inactividad física en los latinos son los factores socioculturales, como el apoyo social, los valores culturales y las creencias sobre la salud. El papel del apoyo social y la fuente de apoyo social en relación con el estado de peso sigue sin estar claro. Además de la necesidad de comprender mejor el papel del apoyo social en los comportamientos y resultados de salud, la investigación existente es limitada porque los estudios a menudo se centran en las mujeres, son mayoritariamente y no proporcionan información explícita sobre el país de origen o etnia. 10 La teoría del estrés y el apoyo social del apoyo social explica la hipótesis del amortiguamiento aún más al señalar los mecanismos y factores relacionados con esta relación. El apoyo recibido o percibido mejora la capacidad de un individuo para hacer frente a

los comportamientos y cogniciones, lo que ayuda a amortiguar el evento estresante para que no afecte su salud. 10 (Craven, Keefer, Rademaker, Dykema-Engblade, & Sanchez-Johnsen, 2018) Por lo tanto, se cuenta con un marco importante para explorar y aumentar la comprensión del papel y la influencia del apoyo social para la prevención y manejo de la obesidad.

MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES DE ESTUDIO

ESTRÉS FISIOLÓGICO O DERIVADO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES

El término "alostasis" se ha acuñado para aclarar las ambigüedades asociadas con la palabra "estrés". La alostasis se refiere a los procesos de adaptación que mantienen la homeostasis a través de la producción de mediadores como la adrenalina, el cortisol y otros mensajeros químicos.²⁰ (I et al., 2018)

Estos mediadores de la respuesta al estrés promueven la adaptación después del estrés agudo, pero también contribuyen a la sobrecarga alostática, el desgaste en el cuerpo y el cerebro que resulta de estar "estresados". Ha surgido la necesidad de saber cómo mejorar la eficiencia de la respuesta adaptativa a los factores estresantes mientras se minimiza la actividad excesiva de los mismos sistemas, ya que dicha actividad resulta en varias de las enfermedades comunes de la vida moderna.²⁰ (I et al., 2018)

A través del enorme progreso que se ha logrado en biomedicina durante el último medio siglo, ha surgido una imagen muy diferente de la fisiología integradora, una en la que el entorno social tiene un impacto acumulativo en la salud física y mental y la progresión de varios factores específicos. Este efecto del entorno social resulta del hecho de que el cerebro y el cuerpo están en comunicación bidireccional a través del sistema nervioso autónomo y los sistemas endocrino e inmunológico. Estos sistemas son los que proporcionan protección y permiten la adaptación frente al estrés agudo, pero también contribuyen al impacto negativo del estrés crónico y un estilo de vida poco saludable.²⁷ (McEwen, 2006)

TEORÍA CLÁSICA DEL ESTRÉS: SÍNDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL DE SELYE

A Hans Selye (1907–1983) se le atribuye la introducción del concepto de estrés en las discusiones populares y médicas. Selye utilizó la reacción de emergencia del sistema nervioso simpático y el sistema adrenocortical para su teoría clásica del estrés que se ejemplifica por la respuesta de "lucha o huida". 30 (Pilnik, 2010)

Se ha introducido el concepto de alostasis para referirse al sistema superior mediante el cual la estabilidad se logra mediante el cambio. Los mediadores primarios de la alostasis incluyen, pero no se limitan a, hormonas del eje HPA, catecolaminas y citoquinas. La alostasis también aclara la ambigüedad inherente en el término "homeostasis" al distinguir entre los sistemas que son esenciales para la vida (homeostasis) y los que mantienen estos sistemas en equilibrio (alostasis).30 (Pilnik, 2010)

Cuando los puntos de ajuste u otros límites de control varían más allá de los límites de los mecanismos homeostáticos, estas variables se denominan estados alostáticos. Un estado alostático produce un desequilibrio de los mediadores primarios, lo que refleja la producción excesiva de algunos y la producción inadecuada de otros.30

Selye postuló el síndrome de adaptación general, una respuesta fisiológica estereotipada que toma la forma de una serie de **3 etapas en la reacción a un factor estresante**.

- **La primera etapa es la reacción de alarma:** en ella la médula suprarrenal libera epinefrina y la corteza suprarrenal produce glucocorticoides, los cuales ayudan a restaurar la homeostasis.
- **La segunda etapa o de la resistencia:** en la que la defensa y la adaptación son sostenidas y óptimas. Si el factor estresante persiste, sigue la etapa de

agotamiento y cesa la respuesta adaptativa; La consecuencia puede ser la enfermedad y la muerte.

- **La tercera etapa de agotamiento:** los mediadores del estrés pueden tener tanto protección como efectos perjudiciales, dependiendo del tiempo de su secreción. Una construcción central en el modelo integrador de estrés de Selye fue la noción de homeostasis, la estabilidad de los sistemas fisiológicos que mantienen la vida.³⁰

Los estados alostáticos se pueden mantener por períodos limitados si la ingesta de alimentos o la energía almacenada, como la grasa, pueden alimentar los mecanismos homeostáticos. Cada sistema del cuerpo responde a un desafío agudo con alostasis que conduce a la adaptación. Cuando estas respuestas agudas se usan en exceso o se administran de manera ineficiente, se produce una sobrecarga alostática. Si el aumento de la ingesta de alimentos continúa entonces aparecen los síntomas de sobrecarga alostática. ³⁰ (Pilnik, 2010)

En el efecto ocasionado por el estrés sobre el metabolismo, los glucocorticoides, llamados así debido a su capacidad para promover la conversión de proteínas y lípidos en carbohidratos utilizables; sirven bien al cuerpo a corto plazo al reponer las reservas de energía después de un período de actividad. Los glucocorticoides también actúan en el cerebro para aumentar el apetito por los alimentos y para aumentar la actividad locomotora y el comportamiento de búsqueda de alimentos. Regulando así los comportamientos que controlan la entrada y el gasto energético. La inactividad y la falta de gasto de energía crean una situación en la que la elevación crónica de glucocorticoides, como resultado de la falta de sueño, el estrés continuo o como efectos secundarios de una dieta rica, puede impedir la acción de la insulina para promover la absorción de glucosa. ³⁰ (Pilnik, 2010)

Aunque los principales impulsores de la obesidad, como la sobre nutrición y la inactividad física, están bien caracterizados, la evidencia sugiere que otros factores

también desempeñan un papel en el aumento de peso. El estrés psicosocial, por ejemplo, como resultado de la tensión laboral, personal o financiera, se ha sugerido como un factor de riesgo para el aumento de peso. Éste lleva a un aumento de peso a través de vías neuroendocrinas e inflamatorias que aumentan directamente la adiposidad abdominal. Alternativamente, el estrés podría llevar al desarrollo de la obesidad a través de cambios en los comportamientos de salud como la dieta y la actividad física.³⁰ (Pilnik, 2010) Por lo tanto, las consecuencias en términos de carga y sobrecarga alostática, al ser la obesidad un ejemplo de esta condición se tomará la teoría clásica del estrés como punto de partida para el presente estudio.

TEORIAS DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

El estudio de la influencia del apoyo social y su relación con los resultados de salud en la población tiene su inicio en la década de los años setenta. En estos años se publicaron algunos artículos que revisaban las bases de la evidencia que sirve de apoyo a la teoría de que el apoyo social ejerce un efecto directamente proporcional en el estado de salud y sirve como un amortiguador de los efectos del estrés psicosocial y físico en la salud de los individuos.¹³ (Fachado et al., 2013)

En la actualidad se carece de un consenso sobre la definición de apoyo social, de modo que existen tantas definiciones como trabajos sobre el tema. De entre ellas las definiciones más conocidas se destacan las de Thoits y Bowling por su claridad.¹³ (Fachado et al., 2013)

Thoits lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. **Bowling**, por su parte, define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra.¹³ (Fachado et al., 2013)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se ha establecido que el apoyo social tiene un papel crucial en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica y en el restablecimiento de los resultados de salud. Puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social. Produce un aumento de los autocuidados y mejora de los índices de calidad de vida.¹³ (Fachado et al., 2013)

Se han definido **dos teorías** que podrían explicar el apoyo social y la salud:

a) Efecto directo: afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo. Este efecto precede al momento del estrés del sujeto. Se han propuesto **dos mecanismos**, **el primero** de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psicofisiológicos (que produciría mejoras en la salud o impediría la enfermedad), y **el segundo** relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendría consecuencias positivas para la salud. Este modelo del efecto directo ha sido varias veces cuestionado. Según esta teoría no existe interacción entre el estrés y el apoyo social; de este modo los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán en la misma medida en su bienestar físico y mental (independientemente del nivel de estrés experimentado). Los trabajos que analizan esta teoría sugieren que puede ser el aislamiento el que actúa como estresor, el que causa la enfermedad, más que el apoyo social el que produce mejoría en la salud.

b) Efecto tampón o amortiguador: esta teoría ofrece una buena explicación teórica para los efectos positivos del apoyo social. Postula que el apoyo social puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica, como es el caso de la obesidad.

Se han desarrollado **dos hipótesis** para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social:

1. El apoyo social permite a los individuos, que, tras la exposición al estresor, sea capaz de **redefinir** la situación estresante y **enfrentarla** mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psicopatológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social.

2. El apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos **recursos materiales y emocionales** con los que poder enfrentarse a ella. Hasta el momento no se conoce con seguridad en qué grado contribuye cada mecanismo sobre la acción global que el apoyo social ejerce sobre la salud.¹³ (Fachado et al., 2013)

OBESIDAD

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Los estudios epidemiológicos la asocian con padecimientos cardiovasculares como hipertensión o infartos, ciertos tipos de cáncer, enfermedades de la vesícula, depresión, desórdenes musculo-esqueléticos y síntomas respiratorios.³⁵ (Torres, 2018)

ETIOLOGÍA

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente: un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.¹ (“Organización Mundial De La Salud (OMS). Obesidad Y Sobrepeso. Febrero De 2018.,” n.d.)

A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y

comercialización de alimentos, y la educación.¹ (“Organización Mundial De La Salud (OMS). Obesidad Y Sobrepeso. Febrero De 2018.,” n.d.)

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Existen distintos grados de obesidad en todos los grupos de edad; en individuos con exceso de grasa corporal en la cavidad intrabdominal se incrementa significativamente el riesgo de desarrollarla. 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/m^2).³⁵ (Torres, 2018)

En el caso de los adultos, la OMS define la obesidad como se indica a continuación: Obesidad: IMC igual o superior a 30. El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.¹ (“Organización Mundial De La Salud (OMS). Obesidad Y Sobrepeso. Febrero De 2018.,” n.d.)

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) O DE QUETELET

Se obtiene dividiendo el peso corporal expresado en kg sobre la talla en metros y elevada al cuadrado. Es recomendable en el diagnóstico de obesidad, pues correlaciona, de manera significativa, el total de grasa corporal y permite no sólo evaluar y comparar individuos, sino poblaciones o subgrupos de estos y de diferentes orígenes. Permite valorar los riesgos para la salud asociados con el sobrepeso y puede ser una guía útil para su tratamiento.¹⁹ (Hernández; & Rivera, 2006)

En la actualidad es muy utilizada la clasificación del IMC en cuanto al grado de sobrepeso y la obesidad ya que sirve para comparar significativamente el peso entre

poblaciones; identifica individuos y grupos en riesgo con aumento de la morbilidad y la mortalidad, y también las prioridades para intervenir en los individuos y las comunidades.¹⁹ (Hernández; & Rivera, 2006)

CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Clasificación del índice de masa corporal		
Clasificación	IMC	Riesgo de mortalidad
Bajo peso	< 18.5	Bajo
		Riesgo alto en otras enfermedades
Normal	18.5-24.9	Promedio
Sobrepeso	>o igual a 25	
-Preobeso	25-29.5	Incremento
-Obeso clase I	30-34.9	Moderado
-Obeso clase II	35-39.9	Severo
-Obeso clase III	>o igual a 40	Muy severo

Fuente: 19 (Hernández; & Rivera, 2006)

La obesidad es una enfermedad que constituye un factor de riesgo para otras enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer, los trastornos ortopédicos y riesgos quirúrgicos, entre otras, por lo que es de suma importancia que todos los médicos trabajen en su prevención y tratamiento en la comunidad, para disminuir la morbilidad y la mortalidad en este grupo de pacientes.¹⁹ (Hernández; & Rivera, 2006)

III. JUSTIFICACION

Los reportes recientes han alertado sobre la obesidad y su dimensión en México, ya que 72.5% de la población adulta se ubica en esta condición. (Torres, 2018). De acuerdo con la E 2012, más de 60 % de la población mexicana padece sobrepeso y obesidad: en todas las regiones del país, los hombres padecen más sobrepeso y las mujeres, más obesidad.¹² (ENSANUT-ECU, 2014)

En derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, la obesidad de 26.1%; por sexos la obesidad es mayor en las mujeres (30.9 %) que en los hombres (21.2 %).¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004). Por su relevancia como un problema de salud pública, han surgido diversos enfoques que buscan explicar esta problemática.¹² (ENSANUT-ECU, 2014)

Las consecuencias de la obesidad son causantes de diversas enfermedades crónico-degenerativas, impactan significativamente al Sistema de Salud al tener que destinarse una gran cantidad de recursos para su atención médica, reducen los ingresos de los enfermos y afectan la relación ingreso-gasto de los hogares. Entre los años 2000 y 2015 aumentó con mayor rapidez el número de defunciones totales por enfermedades asociadas a la obesidad: las muertes por causa de cánceres, osteoartritis, problemas cardiovasculares y diabetes mellitus crecieron 34.4, 39, 70 y 111.3%, respectivamente. ¹² (ENSANUT-ECU, 2014)

Si bien las intervenciones y acciones realizadas por las diferentes instituciones de salud enfocadas en la obesidad producen una pérdida de peso clínicamente significativa, el mantenimiento de la pérdida de peso es un desafío. Esto se debe en parte a la incapacidad de manejar el estrés y la reactividad emocional por lo que también se ha puesto atención a los factores socioeconómicos, psicológicos y familiares.¹⁵ (Fulwiler et al., 2016)

El estrés psicosocial, como resultado de las múltiples actividades de la vida diaria, se ha sugerido como un factor de riesgo para el aumento de peso el cual resulta a través de vías neuroendocrinas e inflamatorias. El efecto ocasionado por el estrés sobre el metabolismo, es bien conocido por el papel que desempeñan los glucocorticoides los cuales promueven la conversión de proteínas y lípidos en carbohidratos utilizables. Por lo tanto, ya sea el estrés psicológico o la falta de sueño o una dieta rica produce el aumento los niveles de glucocorticoides y por ende de carbohidratos. ²⁰ (I et al., 2018)

Este trabajo centra su atención en la población de NUTRIMSS de la UMF 1, el cual tendrá un impacto significativo, ya que se obtendrán datos sociodemográficos lo que permitirá caracterizar a la población en estudio, a su vez evaluar el nivel de estrés de la población blanco, así como su percepción de apoyo social. Es de vital importancia atender las necesidades de los pacientes con nuevos enfoques a los problemas de salud que por años se han abordado con las mismas estrategias, ofrecer nuevas soluciones de acuerdo a los entornos sociales en el que el paciente se desenvuelve.

El presente estudio permitirá identificar posibles áreas de mejora incluso desarrollar nuevas estrategias en salud o complementar las existentes como se trata del programa de NUTRIMSS, en las que se pueda incluir consulta psicológica como parte del manejo integral a fin de identificar posibles áreas de mejora; que involucren tanto al paciente y familiares como redes de apoyo con el fin de que se mantenga un cambio positivo en el tratamiento y control a largo plazo de la obesidad con lo que permitirá evitar muertes relacionadas con la obesidad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

El IMSS constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo biopsicosocial de la población del país, donde el primer nivel de atención se lleva a cabo en las unidades de medicina familiar (UMF), en las cuales el médico familiar es la piedra angular de la atención al derechohabiente.

La población total de derechohabientes IMSS en Aguascalientes es de 828,368 personas (63.1% de la población total) atendiendo a más de la mitad de la población del estado. 4 La población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social es de 150,499, de los cuales, 126139 son adscritos a Medicina Familiar (Acceso a Derechohabientes año 2018); mismos que

se distribuyen en 40 consultorios, organizados de forma equitativa en dos turnos, matutino y vespertino, de los cuales corresponden hombres y mujeres 66514 y 60625 derechohabientes respectivamente. La población blanco del presente estudio incluye los grupos etarios de 20 a 49 años corresponde a un total de 53214 de los cuales 27898 son hombres y 25316 son mujeres divididos en 2 turnos, 40 consultorio con un promedio de 1330 pacientes por consultorio. 4

La población adscrita al Programa de NUTRIMSS de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 durante el periodo de enero a diciembre del 2018 fue de 817 pacientes del turno matutino y 887 turno vespertino, y un promedio que oscila entre 14 y 12 pacientes por grupo respectivamente; con una meta anual de 500 pacientes por turno lo que equivale a 163.4% y 177.4% de avance respecto a la meta. A su vez se reportaron 1034 consultas subsecuentes y 1874 de primera vez en el turno matutino con un índice de subsecuencia de 0.6. Así mismo 1731 consultas subsecuentes y 1280 de primera vez en el turno vespertino con un índice de subsecuencia de 1.4. El número de atenciones de nutricionista por día en promedio es de 18.94 en el turno matutino y de 19.81 turno vespertino. 2

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo. En 2016 se reportaron más de 650 millones adultos de 18 o más años con diagnóstico de obesidad. La mayoría de la población mundial vive en países donde la obesidad se cobra más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.¹² (ENSANUT-ECU, 2014)

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 la 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%). La prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) fue 17.2% más alta en mujeres (33.4%) que en hombres (28.4%). En comparación con las

encuestas de 2006 y 2012, la prevalencia de obesidad en conjunto ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) incrementó 2.2 puntos porcentuales en hombres y 2.1 puntos porcentuales en mujeres.¹² (ENSANUT-ECU, 2014)

Entre las intervenciones de salud del IMSS se encuentra el programa NUTRIMSS, la cual se basa en la educación y atención nutricional en el primer nivel, va dirigida a grupos prioritarios y con alta demanda o necesidad de atención nutricional, pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles tales como sobrepeso, obesidad, prediabetes, diabetes, pre hipertensión, hipertensión y dislipidemia; cuyo objetivo es contribuir a la mejora de hábitos de alimentación saludables y la incorporación de la práctica de actividad física regular, mediante la intervención de educación nutricional, para favorecer un peso corporal saludable, control metabólico y prevenir complicaciones.²

Aunque los principales impulsores de la obesidad, como la sobrenutrición y la inactividad física, están bien caracterizados, la evidencia sugiere que otros factores también juegan un papel en el aumento de peso.¹⁹ (Harding et al., 2014)

La obesidad se relaciona con mayores probabilidades de varios eventos vitales estresantes específicos, con índices de probabilidades que van desde 1.19 a 3.26. Estudios realizados en otros países han revelado una correlación positiva entre el peso corporal y el estrés, a su vez demuestran que las mujeres que tienen obesidad experimentan más estrés. ⁹ La investigación previa no ha examinado las asociaciones entre la aparición de una variedad de factores estresantes comunes de la vida y el IMC, y no se conocen estudios que examinen estas en una población general. ³ Por lo tanto, es importante categorizar a la población en estudio e identificar el nivel de estrés ya que no se cuentan con estudios similares en la misma. Es así como el reconocimiento de los factores que influyen en las prácticas de salud de control de peso permitirá a los profesionales de la salud complementar o crear estrategias para control de peso y con ello disminuir la morbimortalidad relacionada con las patologías secundarias a la obesidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

También se ha demostrado que el estrés disminuye la participación en la actividad física en el tiempo libre.¹⁹ Por lo tanto, es de suma importancia tomar en cuenta dicho factor para consolidar estrategias de salud existentes lo que permita tener mejores resultados y a mayor plazo.

El apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés. Sin embargo, a pesar de la enorme cantidad de investigaciones en este campo, continúa siendo ambiguo. ⁸ Se han acumulado evidencias que muestran que el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos. Sin embargo, la mayoría de los estudios reportados hasta ahora toman al apoyo social como la variable independiente y a los niveles de salud y bienestar como la variable dependiente. Es así que el interés por el tema del apoyo social surgió como consecuencia de la búsqueda de aquellos factores no biológicos que afectan la salud. ⁸

En los últimos años se han presentado una serie de cambios en la sociedad en cuanto a sus expectativas y sus necesidades, en su demografía y en sus aspectos socioculturales, lo que origina nuevas prioridades y áreas de actuación para el profesional en salud. Son múltiples los estudios epidemiológicos que han estudiado la relación existente entre el apoyo social y el estado de salud individual y colectiva, a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica; el buen apoyo social baja las tasas de mortalidad y aumenta el uso de los servicios de salud. ¹¹

Por lo tanto, el paciente al percibir apoyo social contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general, a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto atenuante de los estresores sociales. Aumenta la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los

estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico 11 por ello es importante conocer la percepción de apoyo social del paciente, la cual puede depender de la atención que reciba del entorno profesional, familiar, comunitario, entre otras.

El tener un buen apoyo social puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda.¹¹

El presente estudio al ser descriptivo, permitirá identificar los niveles de estrés y conocer su percepción de apoyo social relacionado con su enfermedad; en este caso la obesidad. Al obtener la información deseada, se pueden implementar políticas institucionales y complementar programas existentes que permitan al paciente y su familia recibir un apoyo social adicional, con la finalidad de prevenir y/o tratar la obesidad de manera multidisciplinaria.

La investigación futura puede enfocarse a un nivel superior de conocimiento, demostrando la eficacia de promover el apoyo social, identificación y manejo del estrés relacionado con los acontecimientos de la vida diaria como una herramienta de prevención y tratamiento de la obesidad.

DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

La mayoría de la población mundial vive en países donde la obesidad se cobra más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.¹

Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado. En 2016 más de 650 millones eran obesos, en general alrededor del 13% de la población adulta mundial un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres.¹

El peso corporal elevado se asocia con factores estresantes psicosociales, que incluyen tensión laboral, bajo nivel socioeconómico, preocupaciones financieras, legales y relacionadas con la salud, falta de apoyo social, baja autoestima y mala calidad de vida. Por lo tanto, un mayor estrés puede contribuir a comportamientos que conducen al aumento de peso y un menor estrés a comportamientos que mantienen un peso corporal saludable. Así es como los eventos estresantes de la vida se han asociado con tasas más altas de problemas de salud física y psicológica.³ (Barry & Petry, 2009)

Ese estrés puede contribuir a aumentar el peso corporal mediante la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y la secreción de la hormona del estrés cortisol está bien documentada. También podría contribuir a un mayor peso corporal al interferir con hábitos alimenticios saludables o ejercicio regular. ³ (Barry & Petry, 2009)

Es así como estrés psicosocial derivado del entorno social tiene un efecto acumulativo en la salud física y mental. A pesar de que se ha observado una relación entre el estrés y la adiposidad central, no se han aclarado los tipos de estresores psicosociales que pueden ser importantes y el papel de los sistemas de apoyo social en diferentes culturas. ²⁰

DISTRIBUCION DEL PROBLEMA

La obesidad es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes: Enfermedades cardiovasculares: principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, que fueron la principal causa de muertes en 2012. Diabetes; trastornos del aparato locomotor en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante, y algunos cánceres que incluyen de endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon. El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.¹ (“Organización Mundial De La Salud (OMS). Obesidad Y Sobrepeso. Febrero De 2018.,” n.d.)

Tener obesidad podría aumentar la vulnerabilidad a los eventos estresantes de la vida. El exceso de peso corporal está asociado con problemas de salud y mortalidad prematura, y las personas con obesidad tienen más probabilidades de tener familiares con obesidad. Investigaciones recientes sugieren que los amigos, hermanos y cónyuges de personas obesas tienen más probabilidades de volverse obesos.³ (Barry & Petry, 2009)

Quedan por explorar las vías causales entre el IMC y los eventos estresantes de la vida, pero estos resultados indican que las personas con obesidad, en particular las mujeres, experimentan factores estresantes que podrían aumentar su riesgo ya elevado de problemas de salud graves. Tanto el estrés como la obesidad pueden desencadenar una respuesta inflamatoria en el sistema inmune, y la inflamación contribuye a la etiología de la aterosclerosis, la diabetes tipo II y el síndrome metabólico.³ (Barry & Petry, 2009)

El estrés también podría interferir con la capacidad de participar con éxito en programas de pérdida de peso. La conciencia y la sensibilidad a los desafíos que enfrentan los pacientes con obesidad pueden ayudar a los proveedores de atención médica a trabajar de manera más efectiva con ellos para desarrollar planes para perder peso y adoptar estilos de vida más saludables.³ (Barry & Petry, 2009)

GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Los problemas vinculados a la obesidad siempre han destacado dentro del perfil de salud de la población mexicana. En la actualidad, se enfoca a los problemas de mala y sobrealimentación asociados a nuevos estilos de vida y al consumo de alimentos industrializados conocidos como alimentos chatarra. Inicialmente, la obesidad se consideró problema de los sectores sociales más acomodados y predominantes en los países ricos, sin embargo, las evidencias demuestran que afectan a la población en general e incluso a los sectores más pobres en quienes el impacto sobre su salud es más severo.¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004)

La transición epidemiológica ha colocado a los problemas crónicos y degenerativos en un lugar preponderante dentro del perfil de salud de la población mexicana, indistintamente de las regiones geográficas y las condiciones socio económicas. Los problemas cardiovasculares, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los problemas asociados al consumo de alcohol y tabaco afectan a la población en su conjunto y, en algunos casos, la muerte prematura afecta más a las poblaciones pobres.¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004)

La obesidad incrementa el riesgo, complica la atención y el tratamiento, y prolonga la rehabilitación de las patologías asociadas. Inciden de manera negativa sobre la salud de la población por su naturaleza crónica y propensión a incrementar la demanda de los servicios de salud al favorecer la comorbilidad; su difícil control impone retos importantes a los programas preventivos.¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004)

La obesidad en sí misma debe ser considerada una enfermedad y un factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas que comparten factores de riesgo como la alimentación inapropiada y el sedentarismo. Las estimaciones sobre la frecuencia de esta enfermedad permiten, por un lado, su identificación y, por otro, el control del peso corporal disminuye el riesgo que tienen los individuos obesos a padecer otros padecimientos de naturaleza crónica y degenerativa.¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004)

Conocer la magnitud de estos problemas en la población no es del todo posible a pesar de la rutinaria medición del peso y talla de los individuos en los servicios de salud,¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004) se debe considerar su etiología multifactorial como es el estrés para crear o implementar estrategias encaminadas a un fin común que es el control de la obesidad y consecuencias tanto al paciente, familiares sociedad e instituciones de salud. Es por ello que instrumentos validados como es la escala de Holmes y Rahe además de escala de DUKE UNC se convierten en

instrumentos muy importantes para obtener de una manera sistematizada esta información, y con ella evaluar la relación y situación que guarda esta enfermedad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROBLEMA

El perfil de salud de la población derechohabiente del IMSS está marcado por la preeminencia de la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares como causas principales de muerte, motivos de demanda en los servicios de medicina familiar y en la consulta de especialidades. Aunado al fenómeno del envejecimiento de la población, más evidente en la población derechohabiente, la tendencia de estas causas de muerte y enfermedad es al incremento significativo y, por lo mismo, a saturar los servicios de salud de la institución. Sin duda alguna, el sobrepeso y la obesidad condicionan que dichas patologías sigan aumentando en la población, que su aparición sea cada vez más prematura, que las complicaciones sean más discapacitantes y por mayor tiempo y, finalmente, que los costos de la atención de dichos problemas perjudiquen el financiamiento de los servicios de salud institucionales. La primera estrategia para contener estos problemas es conocer la magnitud del problema.¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004)

La prevalencia de obesidad en la población adulta derechohabiente constituye un problema de salud pública de alta prioridad a lo largo de todo el país, particularmente preocupante en las mujeres. Las cifras de obesidad indican que se trata de una enfermedad diseminada, que afecta a todas las edades y repercute en todos los grupos sociales. La mayor prevalencia en la población con bajos niveles de escolaridad traduce posibles influencias culturales, sin embargo, también debe preocuparnos que sean los grupos menos educados los que adoptan con mayor dificultad o tardanza las prácticas saludables y los estilos de vida protectores para la salud, necesarios para modificar la tendencia de dichos problemas.¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004)

Otra estrategia es la identificación de las poblaciones en riesgo. En este caso, la detección temprana de obesidad la tenemos desde el nacimiento, ya que hoy se sabe que el peso al nacer puede determinar la aparición de problemas como la diabetes en la vida adulta. Desafortunadamente, la medición del peso y la talla en los consultorios se ha convertido en una medida rutinaria a la que no se le da su justo valor. La riqueza de esa información no ha sido utilizada para identificar a las poblaciones más afectadas. Es por ello que el enfoque preventivo y de control debe ser poblacional, de largo alcance, por múltiples fuentes y medios, permanente, intensivo y prioritario.¹⁸ (Gómez & Fernández, 2004)

Es así como programas de atención integral a la salud como NUTRIMSS responden a esta iniciativa para el tratamiento oportuno e integral de obesidad; por lo que la incorporación de grupos de autoayuda de los individuos en riesgo, apoyo social e implemento de otras estrategias basadas en control del estrés son medidas importantes que pudieran considerarse a mediano plazo. La forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos.⁸(Castro et al., 1997)

El impacto de una nueva estrategia puede reflejar resultados dentro de varios años, ya que el control del peso corporal, al igual que otros riesgos a la salud, requiere motivación, estímulo permanente, control de las pulsiones naturales y cambios dramáticos en el estilo de vida de las personas.

TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DESEA OBTENER

El presente estudio pretende identificar el nivel de estrés y la percepción de apoyo social en pacientes que forman parte del programa NUTRIMSS con el fin de identificar los principales eventos estresores de la vida diaria a los que se someten;

los cuales se relacionan con su situación actual de salud, específicamente con su obesidad.

Se considera que el conocimiento e identificación del estrés por parte del paciente como uno de los contribuyentes al desarrollo de sus enfermedades crónicas. Es importante además identificar de qué manera se percibe el apoyo social, así se pueda considerar como pauta importante para nuevas estrategias de prevención primaria o complementaria a las ya existentes.

En la población señalada, no se cuenta con estudios similares y debido a la controversia existente en los antecedentes, se plantea la siguiente pregunta.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de estrés derivado de las actividades de la vida cotidiana y de qué manera perciben el apoyo social los pacientes con obesidad del programa NUTRIMSS?

V. OBJETIVOS

1.- OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de estrés derivado de actividades de la vida diaria y la percepción de apoyo social en pacientes de 20 a 49 años de edad con diagnóstico de obesidad adscritos al programa de NUTRIMSS de la UMF1 Delegación Aguascalientes.

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la distribución y frecuencia de las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de obesidad del programa NUTRIMSS de la UMF1 Delegación Aguascalientes.

2. Evaluar el nivel estrés derivado de los acontecimientos de la vida diaria de los pacientes con diagnóstico de obesidad del programa NUTRIMSS de la UMF1 Delegación Aguascalientes.
3. Evaluar la percepción de apoyo social de la red familiar en los pacientes con diagnóstico de obesidad del programa NUTRIMSS de la UMF1 Delegación Aguascalientes.
4. Evaluar la percepción de apoyo social de la red de amigos en los pacientes con diagnóstico de obesidad del programa NUTRIMSS de la UMF1 Delegación Aguascalientes.
5. Evaluar la percepción de apoyo social de la red de pareja u otros significantes en los pacientes con diagnóstico de obesidad del programa NUTRIMSS de la UMF1 Delegación Aguascalientes.

VI. HIPOTESIS

No aplica al ser estudio descriptivo.

VII. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Transversal descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO: Pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.1 IMSS Delegación Aguascalientes.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Todos los pacientes de sexo indistinto de 20 a 49 años con diagnóstico de obesidad que formen parte del programa NUTRIMSS de la UMF. 1 Delegación Aguascalientes.

POBLACIÓN ACTUAL: Pacientes de sexo indistinto de 20 a 49 años con diagnóstico de obesidad del programa NUTRIMSS de la UMF. 1 Delegación Aguascalientes que cumplan con los criterios de inclusión.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Pacientes de sexo indistinto de 20 a 49 años con diagnóstico de obesidad de la UMF. 1 Delegación Aguascalientes captados por el programa de NUTRIMSS.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Pacientes de sexo indistinto de 20 a 49 años con diagnóstico de obesidad de la UMF. 1 Delegación Aguascalientes que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar de ambos turnos y que sean captados por el programa de NUTRIMSS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de sexo indistinto con diagnóstico de obesidad de NUTRIMSS que acepten ser parte del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Edad de los pacientes entre 20 y 49 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Pacientes menores de 20 años o mayores de 49 años.
- Pacientes con limitación en sus capacidades mentales para responder una encuesta.
- Pacientes que no firmen la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no concluyan la encuesta o que respondan menos del 80%.
- Pacientes que durante el transcurso de la aplicación de escala y mediciones antropométricas decidan abandonar el estudio.

TIPO DE MUESTREO:

El muestro a utilizar será el Probabilístico Aleatorio Simple.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

VALORES:

Índice de error = 5%, e = 0.05, confiabilidad = 95%, z = 1.96, p = 0.5, q = 0.5
 N= 1000 (total de pacientes del programa NUTRIMSS adscritos a la UMF 1).

FORMULAS:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Tamaño de la población a encuestar es de 278 pacientes.

VARIABLES DE ESTUDIO

La operacionalización de las variables, con la descripción operacional se encuentran en el anexo aparte.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

No aplica para el presente estudio debido a ser descriptivo. No se realiza asociación.

VARIABLES INDEPENDIENTES

ESTRÉS DERIVADO DE EVENTOS VITALES: El término estresor hace referencia a las experiencias ambientales que amenazan la salud o el bienestar.

PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL: Percepción hipotética que tiene una persona sobre los recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de necesitarlo. Se refiere a una dimensión de carácter subjetivo como resultado de su

relación con el entorno más cercano, sobre la percepción de la posibilidad de contar con ayuda en caso de necesitarla, tanto para realizar actividades de la vida cotidiana como para resolver situaciones de emergencia.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez establecidos los criterios de inclusión, exclusión y eliminación en los pacientes con diagnóstico de obesidad del programa NUTRIMSS de la UMF1, y estableciendo el muestreo se procederá a aplicar los instrumentos que a continuación se describen.

Se acudirá a realizar una entrevista cara a cara con el paciente en base a los cuestionarios de Holmes y Rahe así como de DUKE-INC con pacientes que acudan a citas de NUTRIMSS de lunes a viernes y talleres para control de peso, donde el personal de nutrición encargado del programa realiza somatometría en el momento de su cita que incluye peso, talla e IMC los cuales forman parte de nuestro estudio.

Se aplicará la **ficha de identificación** con 2 apartados, el primero de características demográficas el cual consta de 7 ítems que incluyen nombre, número de afiliación, domicilio, teléfono, UMF de adscripción, número de consultorio y turno, el segundo de características sociodemográficas de 10 ítems que incluyen edad, género, estado civil, número de hijos, edades de los hijos, nivel de estudios, ocupación, peso, talla e IMC.

En el segundo apartado se dará respuesta al instrumento **escala de Holmes y Rahe** para medir el nivel de estrés derivado de los acontecimientos vitales que consta de 43 ítems. Se explica al paciente brevemente y de manera sencilla que la elaboración del cuestionario busca identificar hechos de la vida que influyen en su problema de salud y se indica que después de leer pausadamente cada uno de los eventos críticos de la escala se señale únicamente los que el paciente identifique como positivos. De acuerdo a los resultados se procede a dar calificación de eventos críticos escala de Holmes como sigue:

De 0 a 149 puntos: No hay problemas importantes.

De 150 a 199: Crisis leve.

De 200-299: Crisis moderada.

Más de 300: Crisis severa.

Lectura de la Escala de Reajuste social de Holmes y Rahe: Se acepta que si un individuo tiene más de 150 unidades de cambio vital (UCV) en el último año puede existir un problema de salud o de la función familiar, si es sobre 200 unidades de cambio vital (UCV) se asocia con frecuencia con problemas de tipo psicosocial.

En el tercer apartado se dará respuesta al instrumento **escala de DUKE-INC** para medir la percepción de apoyo social que consta de 11 ítems. Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente.

Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 del cuestionario, con una puntuación total de 25.

Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo existen 6 ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo.

El punto de corte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante.

LOGISTICA

Para realizar nuestro trabajo de campo de esta investigación, una vez autorizado por SIRELCIS y contando con la previa autorización del comité local de

investigación y ética en investigación en salud, se solicita autorización a la dirección de la UMF 1 para la realización del trabajo de campo del presente estudio.

Se estima la elaboración de 20 encuestas por día lo que hace un total de 14 días. Se realizará una entrevista cara a cara con el paciente en base a los cuestionarios de Holmes y Rahe así como de DUKE-UNC con pacientes que acudan a las instalaciones de la UMF a citas de NUTRIMSS de lunes a viernes y a talleres para control de peso, donde el personal de nutrición encargado del programa realiza somatometría en el momento de su cita que incluye peso, talla e IMC los cuales forman parte de nuestro estudio.

Se le informará y entregará la carta de consentimiento informado al paciente, el objetivo del estudio, así como sus beneficios y riesgos acerca del mismo. Posteriormente se aplicarán los instrumentos de evaluación. Al concluir con el total de las herramientas aplicadas a nuestra muestra de estudio se procederá a la captura de datos con la revisión posterior en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21; con el fin de realizar resultados, conclusión y recomendaciones de nuestro estudio.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se llevará a cabo la aplicación de los instrumentos a través de una entrevista directa o personal con cada encuestado con la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador.

Los cuestionarios incompletos en lo concerniente a ítems serán excluidos. Una vez seleccionados y con el cumplimiento de los criterios de inclusión se concentrarán datos en hoja de cálculo Excel, donde se codificará para la respuesta correcta 1, (sea verdadera o falsa la respuesta según el ítem) y se codificará 0 para la respuesta incorrecta de cada ítem, posteriormente esta información se pasará al programa SPSS versión 21, donde se analizarán los datos.

Se realizará estadística descriptiva obteniendo distribución de valores relativos y absolutos (frecuencias y porcentajes). Para la descripción de características sociodemográficas, como variables cuantitativas se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LOS EVENTOS VITALES ESTRESANTES: ESCALA DE HOLMES Y RAHE

La Escala de Reajuste Social es uno de los instrumentos más utilizados para medir estrés vital. Éste se ha cuantificado mediante juicios sobre la magnitud del reajuste necesario ante cada evento. Al promedio de los puntajes se le conoce como Unidad de Cambio de Vida (LCU, por sus siglas en inglés).¹⁶ Para medir el estrés vital, Holmes y Rahe desarrollaron la Escala de Reajuste Social (SRRS, por sus siglas en inglés). El reajuste social se refiere al esfuerzo y tiempo necesarios para que una persona reestablezca un equilibrio físico y emocional.¹⁶ (Reyes & Acuña, 2008)

La Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe 1967 es uno de los instrumentos más utilizados para medir la magnitud de estrés que ha experimentado una persona durante los últimos seis meses. Enlista 43 eventos vitales que, con base en su experiencia clínica, Holmes y Rahe identificaron como acontecimientos estresantes que preceden una enfermedad y que requieren de un reajuste por parte de las personas.¹⁶ (Reyes & Acuña, 2008)

En 1967, Thomas Holmes y Richard Rahe determinaron la existencia de una lista de 43 eventos estresantes transculturales que podían causar enfermedad. Los autores dieron una puntuación asignada a cada uno de los acontecimientos y la suma de las respuestas es interpretada con una escala que indica que los puntajes menores a 150 indican 30% de riesgo, es decir riesgo bajo, de presentar enfermedad psicosomática; entre 150 y 300 indica un 50% de riesgo, es decir riesgo

medio; y por encima de 300 un 80% de riesgo, es decir riesgo alto de presentar enfermedad psicosomática (Suárez, 2010).

La escala es usada para evaluar la existencia de condiciones ambientales provocadoras de estrés y la intensidad de su efecto, fue adaptada al español por Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queijá. Desarrollada por Holmes y Rahé en 1967 y traducida al español por Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queijá en el 2008, consta de 23 ítems que presentan una lista de sucesos potencialmente estresantes en las que quien responde valora de 0 a 100 el impacto psicológico que le provoco el evento. Ambas versiones de escalas, la original en inglés y la traducida al español, tienen un $\alpha \geq .70$ que indica un nivel de consistencia interna adecuado. 24 (Londoño, 2017)

Tal como lo indican Oliva y colaboradores en su estudio para determinar la acumulación del impacto y el nivel de afectación de los acontecimientos estresantes vividos, se suman los acontecimientos estresantes reportados en el último año y se promedia el resultado del impacto psicológico con el que se ha calificado cada evento, para obtener el puntaje global de confiabilidad. 24 (Londoño, 2017)

La Escala de Eventos Vitales Estresantes es de utilidad para evaluar el número de eventos vitales afrontados y el grado de impacto psicológico provocado en población entre 17 y 60 años tanto en hombres como en mujeres. Los resultados de confiabilidad y consistencia interna indican que la escala cuenta con un nivel de confiabilidad y validez adecuados y corresponde a un solo constructo o concepto "eventos vitales estresantes". Esto revela que a pesar de los importantes cambios de las condiciones ambientales, económicas y sociales que enfrentan las personas en el mundo y en el país, dados en cerca de 50 años que lleva de creación de la Escala de Eventos Vitales Estresantes, ésta mantiene el nivel de calidad psicométrica y puede ser usada la versión actual. Por ello la escala es de utilidad en contextos clínicos de salud y en general, en condiciones en donde es requerido valorar el impacto psicológico y su efecto sobre el bienestar actualmente. 24 (Londoño, 2017)

En México, Bruner et al. 1994 obtuvieron los puntajes ICU para los 43 eventos vitales de una versión en español de la SRRS. Encontraron que los jueces mexicanos tendieron a evaluar el orden de severidad de los eventos vitales de forma similar tanto entre sí como respecto a los jueces estadounidenses del estudio original de Holmes y Rahe 1967.16 (Reyes & Acuña, 2008)

En el estudio original, se obtuvieron correlaciones (Rho's de Spearman) mayores a .90 entre los diferentes subgrupos de la muestra (es decir, divididos por sexo, edad, educación, clase social, raza y religión). Estudios posteriores también obtuvieron correlaciones altas entre diferentes subgrupos y entre aplicaciones sucesivas (test-retest) de la Escala (por ejemplo, Mendels y Weinstein, 1972). La suma de los puntajes de LCU's también ha mostrado validez para predecir tanto el inicio como la gravedad de una enfermedad subsecuente. (Suárez, 2010).

Existen algunos estudios en los que se ha intentado determinar si el peso que el grupo de jueces estadounidenses otorgó a los diferentes ítems del SRRS, depende de factores culturales. Así, se obtuvieron listas de LCU's para japoneses Masuda y Holmes en 1967, suecos Rahe en 1975, malasio Woon, Masuda, Wagner y Holmes, en 1971 e ingleses Lauer, 1973. En general, el ordenamiento de los ítems en términos de su severidad, fue semejante al ordenamiento de la muestra original de Holmes y Rahe, indicando una considerable generalidad a pesar de las diferencias culturales. Koinaroff, Masuda y Holmes 1967, compararon los datos de los jueces "blancos" originales, con LCU's otorgados por jueces negros y mexicano-estadounidenses. Encontraron que los jueces negros (N=64) concordaban con los "blancos" (N=78) en un grado mayor que los jueces mexicano-estadounidenses (N=78) (OR de .798 y .735, respectivamente). La correlación de los juicios de los jueces negros y los mexicano-estadounidenses, fue más alta, de .892. En vista de estos resultados, los autores atribuyeron las diferencias al grado en que estas dos subculturas difieren de la cultura dominante en Estados Unidos. La correlación de Spearman entre la muestra México-estadounidense de Komaroff, y cols. y la mexicana (global) del presente estudio, resultó de .799. Esta correlación es menor

que la obtenida entre el presente estudio y la muestra original (.881). Estos resultados posiblemente significan que. pasados casi 30 años entre los estudios de Holmes y Rahe y de Komaroff, y colaboradores puede ser usada actualmente. (Suárez, 2010).

A pesar de su popularidad, la escala es objeto de críticas, principalmente debido a la inclusión de eventos de diferente naturaleza: positivos y negativos; controlables e incontrolables; antecedentes de una situación estresante y consecuentes. Los críticos argumentan que la magnitud de la respuesta depende de la naturaleza de los eventos. No obstante, las críticas no se sostienen debido a que Scully y colaboradores en el año 2000 obtuvieron las correlaciones entre los eventos de la escala juzgados como positivos o negativos, como controlables o incontrolables y como antecedentes o consecuentes con síntomas de enfermedad y encontraron que la magnitud de la relación fue similar independientemente de la naturaleza de los eventos. 16 (Reyes & Acuña, 2008)

Turner y Wheaton en 1995 informaron que al emplear la escala de reajuste social u otras escalas para medir estrés vital que incluyen sólo eventos de alguna naturaleza, la magnitud de la relación entre el estrés vital y la enfermedad fue similar. En consecuencia, continúa siendo uno de los instrumentos más utilizados hasta la fecha para medir estrés vital.16 (Reyes & Acuña, 2008)

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL: ESCALA DE DUKE-UNC

Existen muchas herramientas para medir el apoyo social. La escala de Duke-UNC: es un cuestionario estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92; consta de 11 ítems, evaluado mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 con opciones de respuesta que oscilan desde mucho de lo que deseo hasta mucho menos de lo que deseo. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.34 (Suarez Miguel, 2011)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Este instrumento evalúa el apoyo emocional o afectivo (demostración de cariño y empatía) y el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas con las que comunicarse), destaca por su brevedad y sencillez y tiene la ventaja de ser multidimensional. Ha sido validado en población mexicana por Piña y Rivera en el 2007, colombiana por Alvarado, Zunzunegui y Delisle en el 2005. También fue adaptado a la población española por Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli en 1996; Cuéllar Flores y Dresch en el 2012; De la Revilla, Bailón, De Dios, Delgado, Prados y Fleitas en 1991. 32

En el estudio de la validación española se describe un alfa de Cronbach para la escala total de 0,90, para la subescala de apoyo afectivo un alfa de 0,79 y de 0,88 para la subescala de apoyo confidencial. 32

La manifestación de apoyo social, es considerada como un factor importante para prevenir o mitigar el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes (AVE), tanto de forma directa como mediante un mecanismo tampón o amortiguador. Es el principal recurso que las personas utilizan para adaptarse a los cambios de salud y para mejorar su calidad de vida, de tal manera que la falta del mismo contribuye a la incidencia de enfermedades y alteraciones patológicas.

La percepción de apoyo social al paciente dependerá de la atención que reciba del entorno profesional, familiar, comunitario y del cuidador. El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad, y con resultados más positivos, para aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico.³⁴ (Suarez Miguel, 2011)

Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo. Este apoyo social tiene como

objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros.³⁴ (Suarez Miguel, 2011)

Es también un proceso interactivo, gracias al cual, la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inserto. Es una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: a) preocupación emocional (amor, empatía), b) ayuda instrumental (bienes y servicios), c) información (acerca del contexto), o, d) valoración (información relevante para la autoevaluación). Además, contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general, a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto atenuante de los estresores sociales. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales y estresantes que los que carecen de él. Cabe destacar que no se trata solo de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos.³⁴ (Suarez Miguel, 2011)

El apoyo en lo que respecta a su contenido operaría en tres niveles que son los siguientes:

1. **Cognitivo:** que pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intencionalidad de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas acerca, por ejemplo, de una enfermedad.
2. **Afectivo:** para hacer frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales.
3. **Conductual:** destinado a ofrecer estrategias concretas para hacer frente a dichos problemas.³⁴ (Suarez Miguel, 2011)

El apoyo social al ser una transacción interpersonal incluiría una de estas cuatro categorías según House:

1. **Apoyo emocional** (muestras de empatía, amor y confianza).
2. **Apoyo instrumental** (conductas dirigidas a solucionar directamente problemas de la persona receptora).
3. **Apoyo informativo** (recibir información útil para enfrentar el problema).
4. **Apoyo valorativo** (información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo el aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información).³⁴ (Suarez Miguel, 2011)

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio será estrictamente confidencial y apegado a los principios morales propios de cada paciente, así como de ética y profesionalismo médico.

La solicitud de consentimiento informado, así como la aplicación del instrumento de investigación se realizará de manera personal, y privada siempre considerando la integridad física, psicología y moral cada paciente.

De acuerdo a los lineamientos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se pretende realizar conforme al título segundo capítulo 1, artículo 17, categoría "I" que dice: "Investigación si riesgo son estudios que emplean técnica y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas, y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se pueden considerar: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos, y otros en los que no se identifique no se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño.

Así mismo la investigación no viola ninguna recomendación, y esta participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea

Mundial en Hong Kong en septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, octubre 2000 y la Nota de clasificación del párrafo 29, agregada a la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El proyecto se apegará a lo dispuesto en la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalecerá será el que respecta a la Dignidad y Protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y asegurará la confiabilidad de dichos artículos (artículo 13). La participación será voluntaria como antes se mencionó con previa firma de consentimiento informado y se protegerán los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio ya que no habrá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11)

IX. RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

1. Investigador principal
2. Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar (tesista).
3. Pacientes de 20 a 49 años con diagnóstico de obesidad del programa NUTRIMSS de la UMF 1.
4. Personal de nutrición del programa NUTRIMSS.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Laptop.
- Paquete estadístico SPSS y office.
- USB.
- Conexión a internet.
- Base de datos de Conricyt, accesos proporcionado por IMSS.
- Impresora.

RECURSOS MATERIALES

- Insumos: hojas blancas, tinta para impresora, fotocopias, bolígrafos, lápices, USB, encuadernado.

-Instrumentos impresos por parte del tesista.

FINANCIAMIENTO

El gasto del costo total de la realización de este protocolo quedará a cargo del tesista ya que solamente se utilizará recursos propios.

FACTIBILIDAD

El presente estudio de investigación es factible debido a que consiste en obtener información a través de dos encuestas dirigidas a pacientes con obesidad del programa NUTRIMSS, con el fin de identificar el nivel estrés derivado de acontecimientos de la vida diaria y la percepción de apoyo social por parte de los mismos. Cumple con el propósito de utilización inmediata y la ejecución de una propuesta no tiene inferencia ética. Se encuentra dentro de los términos legales y es posible de realizar en nuestro entorno social. Existe una necesidad debido a que se tiene un vacío en el manejo integral del problema identificado con el fin de mejorar las acciones de prevención primaria y secundaria, ya que los altos costos de atención y repercusiones derivadas de las enfermedades crónicas degenerativas derivadas de la obesidad tienen un gran impacto en la salud pública. El estudio no dañará el medio ambiente y dará el beneficio social en nuestra población de estudio.

EXPERIENCIA DEL GRUPO

Contamos con la experiencia del autor principal como colaborador con otros proyectos de tesis, y del tesista como residente de la especialidad de medicina familiar.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2018- 2019												
Actividad	Mayo-junio 2018	Julio-agosto 2018	Septiembre- Oct 2018	Nov-Dic 2018	Enero-Feb 2019	Marzo-Abril 2019	Mayo-Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019
Elección del tema	X												
Acopio de información	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X					
Diseño de protocolo de investigación				X									
Planteamiento del problema					X								
Identificación de antecedentes						X	X	X	X	X			
Justificación								X	X	X	X		
Envío del protocolo al comité local de investigación										X	X		
Revisión y modificación del protocolo										X	X		

Registro de protocolo													X	
Aprobación de protocolo														X
Trabajo de campo														X
Captura y tabulación de datos														X
Análisis de resultados														X
Autorización														X
Elaboración del informe final														X
Discusión e resultados														X

XI. RESULTADOS

La **tabla 1** muestra la distribución de pacientes encuestados en relación con el turno en que reciben atención y al consultorio, en dónde se obtuvo que el 51.4% pertenecen al turno matutino y el 48.6% son del turno vespertino, con respecto al consultorio, en su mayoría pertenecen al consultorio 9 con un 11.5%, seguido del consultorio 7 con un 8.6%, y en tercer lugar el consultorio 8 y el 16 con un 7.9%.

Tabla 1. Distribución de pacientes por consultorio y turno

Consultorio	Matutino	Vespertino	Total	%
1	2	0	2	0.7%
2	8	0	8	2.9%
3	4	6	10	3.6%
4	7	6	13	4.7%
5	4	10	14	5.0%
6	6	12	18	6.5%
7	8	16	24	8.6%
8	12	10	22	7.9%
9	16	16	32	11.5%
10	12	8	20	7.2%
11	6	12	18	6.5%
12	6	7	13	4.7%
13	4	4	8	2.9%
14	8	6	14	5.0%
15	8	6	14	5.0%
16	16	6	22	7.9%
17	10	0	10	3.6%
19	2	2	4	1.4%
20	4	8	12	4.3%
Total	143	135	278	100.0%
%	51.4%	48.6%	100.0%	%

La **tabla 2** muestra la distribución del estado civil con respecto al sexo se obtuvo que el 66.9% de los entrevistados fueron personas casadas, el 12.9% fueron solteros y en tercer lugar el 15.1% son personas que están en unión libre. Respecto al sexo se obtuvo que el 70.1% fueron mujeres mientras que el restante 29.9% son

Tabla 2. Estado civil por sexo

Estado civil	Hombre	Mujer	Total	%
Casado	61	125	186	66.9%
Soltero	8	28	36	12.9%
Unión libre	14	28	42	15.1%
Divorciado		6	6	2.2%
Viudo		8	8	2.9%
Total	83	195	278	100.0%
%	29.9%	70.1%	100.0%	%

hombres. La mayor parte de la población entrevistada fueron mujeres casadas con un 45%.

No.	Total	%
0	38	13.7%
1	39	14.0%
2	88	31.7%
3	69	24.8%
4	24	8.6%
5	12	4.3%
6	4	1.4%
7	4	1.4%
Total	278	100.0%

La **tabla 3** muestra la distribución de frecuencias en función al número de hijos que tienen las personas entrevistadas con obesidad en dónde se obtuvo que el 31.7% tienen dos hijos, seguidos del 24.8% que tienen tres hijos y en tercer lugar el 13.7% que no tiene hijos.

No.	Total	%
Trabaja	120	43.2%
Estudia	10	3.6%
Hogar	148	53.2%
Total	278	100.0%

Con respecto a la ocupación de los pacientes, la **tabla 4** muestra que el 53% se dedica al hogar, mientras que el 43.2% trabaja y el 3.6% estudia.

La **tabla 5** muestra la distribución con respecto al grado de obesidad en base a su IMC y el sexo, mostrando que el 70.1% son mujeres, mientras que el 29.9% fueron

Tipo	Hombres	Mujeres	Total	%
Obesidad moderada	53	134	187	67.3%
Obesidad mórbida	14	20	34	12.2%
Obesidad severa	16	41	57	20.5%
Total	83	195	278	100.0%
%	29.9%	70.1%	100.0%	

hombres. El 67.3% de los pacientes tuvieron obesidad moderada, el 20.5% de los pacientes tienen obesidad severa y el 12.2% tienen obesidad mórbida. La mayor parte de los pacientes entrevistados fueron mujeres con obesidad moderada (n=134).

Tabla 6. Frecuencia de los tipos de acontecimientos vitales importantes

Situación	Total	%
Cambio de hábitos alimentarios	215	77.3%
Navidades	201	72.3%
Cambio de situación económica	196	70.5%
Cambio en las condiciones de vida	196	70.5%
Cambio de salud de un miembro de familia	187	67.3%
Cambio de hábito de dormir	150	54.0%
Cambio de actividades sociales	129	46.4%
Lesión o enfermedad personal	128	46.0%
Revisión de hábitos personales	123	44.2%
Muerte de un familiar cercano	104	37.4%
Hijo o hija deja el hogar	66	23.7%
Incorporación de un nuevo miembro a la familia	65	23.4%
Cambio de responsabilidad en el trabajo	62	22.3%
Mala relación con el cónyuge	57	20.5%
Vacaciones	57	20.5%
Cambio de turno o de condiciones laborales	56	20.1%
Cambio de residencia	52	18.7%
Reajuste de negocio	40	14.4%
Muerte de un amigo íntimo	40	14.4%
Cambio en el tipo de trabajo	39	14.0%
Cambio en el número de reuniones familiares	37	13.3%
Dificultades o problemas se1uales	28	10.1%
Problemas legales	28	10.1%
Cambio de actividades de ocio	26	9.4%
Logro personal notable	25	9.0%
Reconciliación matrimonial	20	7.2%
Separación matrimonial	16	5.8%
Embarazo	16	5.8%
Drogadicción y/o alcoholismo	12	4.3%
La esposa comienza o deja de trabajar	11	4.0%
Comienzo o fin de la escolaridad	8	2.9%
Divorcio	6	2.2%
Despido del trabajo	6	2.2%
Problemas con el jefe	6	2.2%
Matrimonio	4	1.4%
Juicio por crédito o hipoteca	4	1.4%
Encarcelación	2	0.7%
Cambio de colegio	2	0.7%
Muerte del cónyuge	0	0.0%
Jubilación	0	0.0%
Leves transgresiones de la ley	0	0.0%
Paro sindical	0	0.0%
Total	278	100%

La **tabla 6** Muestra las frecuencias obtenidas de los acontecimientos vitales estresantes que las personas entrevistadas han sufrido en los últimos ocho meses de acuerdo a la escala de reajuste social de Holmes y Rahe, en dónde se obtuvo que el acontecimiento más frecuente que reportaron los entrevistados fueron los cambios de hábitos alimentarios con un 77.3%; en segundo lugar las navidades con un 72.3%; en tercer lugar los cambios en la situación económica con un 70.5% y en cuarto lugar cambios en las condiciones de vida con un 70.5%, estos acontecimientos vitales que si bien fueron los más frecuentes no son aquellos que tienen un nivel de importancia mayor de acuerdo esta escala, ya que aquellos que tienen un mayor peso como lo son el fallecimiento de algún familiar cercano, encarcelamiento, problemas de drogadicción o despidos, fueron los que tuvieron un menor porcentaje de incidencia.

La **tabla 7** muestra las categorías por el nivel de crisis enfrentado en los últimos ocho meses de los pacientes entrevistados y el tipo de obesidad que tienen,

obteniendo que el 88.5% de los pacientes enfrentaron eventos que condujeron a una crisis moderada, mientras que el restante 11.5% tuvieron una crisis leve debido a eventos que no fueron tan estresantes. Se obtuvo que el 58% de los pacientes (n=163) fueron pacientes con obesidad moderada y que enfrentaron una crisis moderada. Seguido del 19% (n=53) quienes tienen obesidad severa y enfrentar una crisis moderada, y, en tercer lugar, el 11% (n=30) que tienen obesidad mórbida y enfrentar una crisis moderada.

Tabla 7. Tipo de crisis por nivel de obesidad

IMC	Crisis leve	Crisis moderada	Total	%
Obesidad moderada	24	163	187	67.3%
Obesidad severa	4	53	57	20.5%
Obesidad mórbida	4	30	34	12.2%
Total	32	246	278	100.0%
%	11.5%	88.5%	100.0%	%

La **Gráfica 1** muestra la distribución por grupo de edad en función al tipo de crisis que enfrentaron los pacientes en los últimos ocho meses obteniendo que los pacientes que enfrentaron una crisis leve están mayormente repartidos en los grupos de 41 años a 50, mientras que el grupo de pacientes con crisis moderada están distribuidos en todos los grupos de edad sin embargo igualmente muestran una mayor agrupación entre los grupos arriba de 40 años y en el grupo de 31 a 45 años.



La **tabla 8** muestra la distribución del tipo de crisis en función al estado civil, en dónde se obtuvo que los pacientes en su mayoría son casados con crisis moderada (58.3%), seguido del 8.6% que son personas casadas con crisis leve.

	Crisis leve	Crisis moderada	Total	%
Casado	24	162	186	66.9%
Soltero	4	32	36	12.9%
Unión libre	4	38	42	15.1%
Divorciado	0	6	6	2.2%
Viudo	0	8	8	2.9%
Total	32	246	278	100.0%
%	11.5%	88.5%	100.0%	%

La **tabla 9** muestra el tipo de crisis que se enfrentaron en los últimos ocho meses y el grado de escolaridad en dónde se obtuvo que el 34.9% de los pacientes fueron personas que estudiaron hasta la secundaria y padecieron una crisis moderada, seguidas del 28.8% de personas que tuvieron crisis moderada y estudiaron hasta la preparatoria.

Tabla 9. Escolaridad por tipo de crisis				
	Crisis leve	Crisis moderada	Total	%
Primaria	2	36	38	13.7%
Secundaria	16	97	113	40.6%
Técnico profesional	2	14	16	5.8%
Preparatoria	6	80	86	30.9%
Licenciatura	6	19	25	9.0%
Total	32	246	278	100.0%
%	11.5%	88.5%	100.0%	%

La **tabla 10** muestra la distribución del tipo de crisis en función a la ocupación de los pacientes encuestados con obesidad, la cual muestra que el 47.5% fueron personas que se dedican al hogar y que padecen crisis moderada; seguido del 37.4% quienes también padecieron crisis moderada y que trabajan.

Tabla 10. Ocupación por tipo de crisis				
	Crisis leve	Crisis moderada	Total general	%
Trabaja	16	104	120	43.2%
Estudia	0	10	10	3.6%
Hogar	16	132	148	53.2%
Total	32	246	278	100.0%
%	11.5%	88.5%	100.0%	%

La **tabla 11** muestra los resultados obtenidos de los 11 ítems que integran la escala DUKE-UNIC para medir el apoyo social en los pacientes con obesidad, el cual plantea una escala de respuestas en escala likert el función al nivel de apoyo recibido por parte de familia y amigos, en los que se establecen dos respuestas que reflejan un bajo apoyo (“mucho menos de lo que deseó” y “menos de lo que deseó”) una respuesta intermedia (“ni mucho ni poco”) y otras dos respuestas que reflejaron un buen apoyo (“casi como deseo” y “tanto como deseo”).

En general se obtuvo un 54.9% de que reflejaron un apoyo intermedio (“ni mucho ni poco”), un 27% que reflejaron un bajo apoyo y un 18.1% que reflejaron un buen

apoyo. Con respecto a los ítems, el que reflejó un mejor apoyo fue el número 5 sobre recibir amor y afecto con un 55% de las respuestas que reflejaron un buen apoyo; en segundo lugar, el ítem 1 que cuestiona sobre si reciben visitas de amigos o familiares el cual reflejó un 33% de respuestas favorables y en tercer lugar el ítem número 2 que cuestiona sobre recibir ayuda en asuntos relacionados con su casa del cual el 23% recibió un buen apoyo. Con respecto a los ítems que reflejaron un menor apoyo por parte de amigos y familiares, el más alto fue el ítem número 11 que cuestiona acerca de recibir consejos útiles cuando se está enfermo o en cama en donde el 38% de los pacientes contestaron recibir un bajo apoyo; en segundo lugar el ítem 10 que cuestiona sobre los consejos útiles que reciben cuando ocurre un acontecimiento importante en su vida, en donde el 36% respondió tener un bajo apoyo y en tercer lugar, el ítem 8 que cuestiona sobre la posibilidad de hablar con alguien acerca de sus problemas económicos en donde un 33% no recibe buen apoyo.

Tabla 11. Escala DUKE- UNC de apoyo social

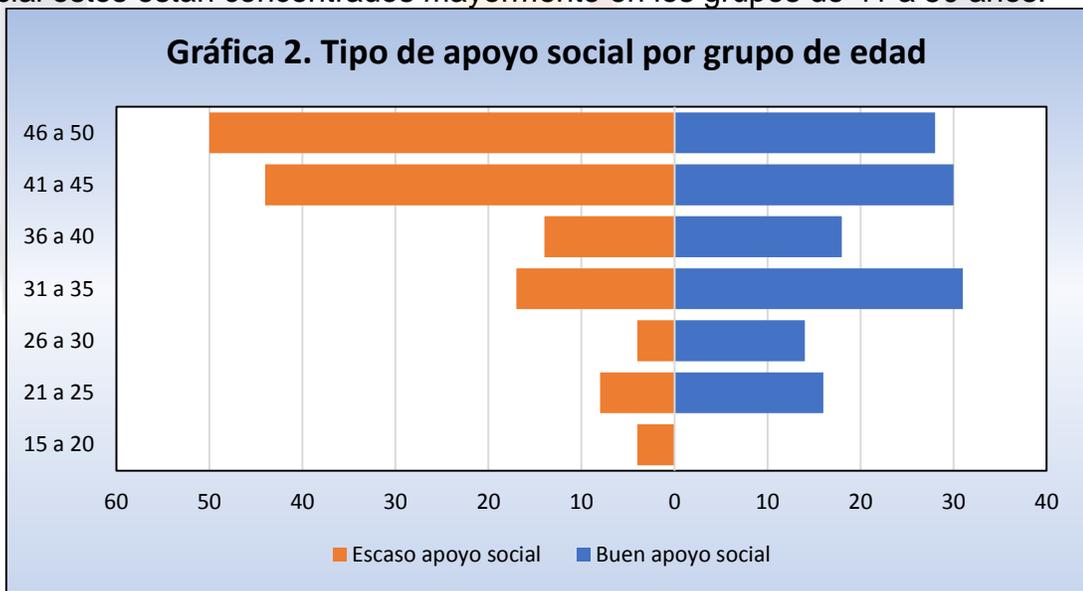
Ítem	Mucho menos de lo que deseo (1)	Menos de lo que deseo (2)	Ni mucho ni poco (3)	Casi como deseo (4)	Tanto como deseo (5)	Total general
1.Recibo visitas de mis amigos y familiares	4	76	105	93	0	278
2.Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	4	62	147	63	2	278
3.Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	2	45	214	17	0	278
4.Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	2	62	123	91	0	278

5. Recibo amor y afecto	0	38	87	151	2	278
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	0	71	157	50	0	278
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	2	84	180	12	0	278
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	0	93	175	10	0	278
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	2	72	157	47	0	278
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurren algún acontecimiento importante en mi vida	2	97	169	10	0	278
11. Recibo consejos útiles cuando estoy enferma/o en la cama	6	101	165	6	0	278

La **tabla 12** se muestra la distribución del tipo de apoyo social y el nivel de obesidad que tuvieron los pacientes entrevistados, en dónde se obtuvo que el 33.8% de los encuestados fueron pacientes con buen apoyo social y obesidad moderada; seguido del 33.5% que tuvieron escaso apoyo social y obesidad moderada.

Tabla 12. Tipo de apoyo social por grado de obesidad				
	Buen apoyo social	Escaso apoyo social	Total	%
Obesidad moderada	94	93	187	67.3%
Obesidad mórbida	12	22	34	12.2%
Obesidad severa	31	26	57	20.5%
Total	137	141	278	100.0%
%	49,3%	50,7%	100.0%	%

La **gráfica 2** muestra qué con respecto a los pacientes que perciben buen apoyo social esto se concentran mayormente en el grupo de 31 a 35 años y en los grupos edad de 41 a 50 años. con respecto a los pacientes que recibieron un escaso apoyo social estos están concentrados mayormente en los grupos de 41 a 50 años.



La **tabla 13** se muestra la distribución del tipo de apoyo social recibido con respecto al estado civil de los pacientes entrevistados obteniendo que el 34.2% fueron pacientes que manifiestan tener un escaso apoyo social y están casados seguido del 32.7% que manifiestan tener buen apoyo social y también están casados.

Tabla 13. Estado civil por nivel de apoyo social				
	Buen apoyo	Escaso apoyo	Total	%
Casado	91	95	186	66.9%
Soltero	20	16	36	12.9%
Unión libre	20	22	42	15.1%
Divorciado	2	4	6	2.2%
Viudo	4	4	8	2.9%
Total general	137	141	278	100.0%
%	49,3%	50,7%	100.0%	%

La **tabla 14** muestra la distribución de los pacientes con obesidad en función al tipo de apoyo social recibido en los últimos ocho meses y a su nivel de estudios en donde se obtuvo que el 21.9% de estos fueron personas con bajo apoyo social y que estudiaron hasta la secundaria, seguido del 18.7% de quienes también estuvieron hasta la secundaria pero que mostraron un buen apoyo social.

Tabla 14. Escolaridad por nivel de apoyo social				
	Buen apoyo social	Escaso apoyo social	Total	%
Primaria	14	24	38	13.7%
Secundaria	52	61	113	40.6%
Técnico profesional	6	10	16	5.8%
Preparatoria	44	42	86	30.9%
Licenciatura	21	4	25	9.0%
Total	137	141	278	100.0%
%	49,3%	50,7%	100.0%	%

La **tabla 15** muestra la distribución de los pacientes en relación al tipo de apoyo social recibido en los últimos 8 meses y a su ocupación, obteniendo que el 28.8% de estos fueron pacientes que recibieron un escaso apoyo social y se dedican al

hogar, seguidos del 24.5% de pacientes que tienen un buen apoyo social y también se dedican al hogar.

Tabla 15. Ocupación por nivel de apoyo social

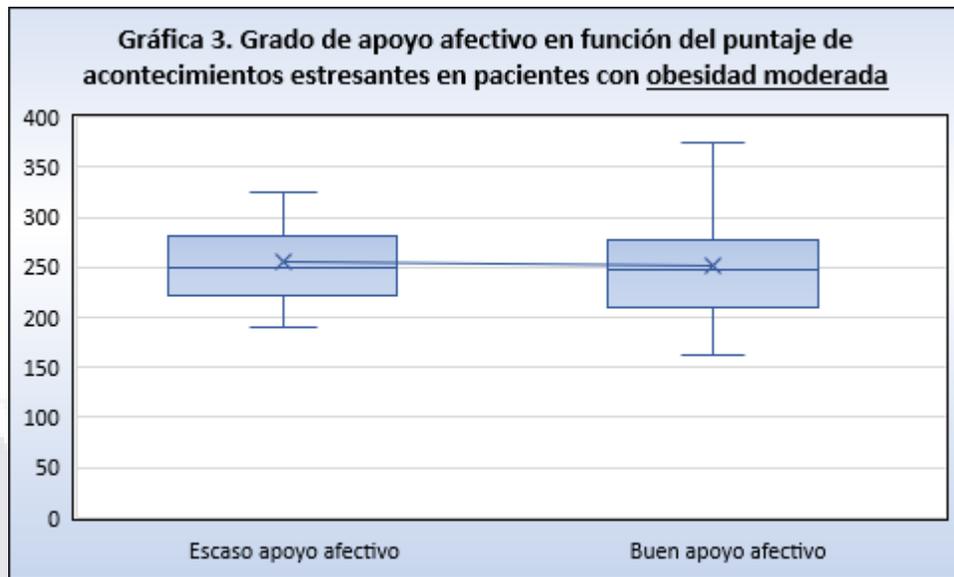
	Buen apoyo	Escaso apoyo	Total general	%
Trabaja	63	57	120	43.2%
Estudia	6	4	10	3.6%
Hogar	68	80	148	53.2%
Total	137	141	278	100.0%
%	49.3%	50.7%	100.0%	%

La **tabla 16** muestra que los pacientes que tuvieron obesidad moderada y que cursaron con crisis moderada en los últimos ocho meses recibieron un buen apoyo afectivo en un 64% mientras que el 24% recibió un escaso apoyo afectivo.

Tabla 16. Distribución de el nivel de apoyo afectivo y el tipo de crisis en pacientes con obesidad moderada

Apoyo Afectivo	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
Buen apoyo afectivo	22	119	141
Escaso apoyo afectivo	2	44	46
Total general	24	163	187

Asimismo, la **Gráfica 3** muestra la distribución de los puntajes de la escala de acontecimientos estresantes en función al grado de apoyo afectivo recibido en pacientes con obesidad moderada en dónde se obtuvo que es la distribución de puntajes de eventos estresantes en el grupo con buen apoyo afectivo es ligeramente inferior, tanto en los cuartiles como en el promedio (x).

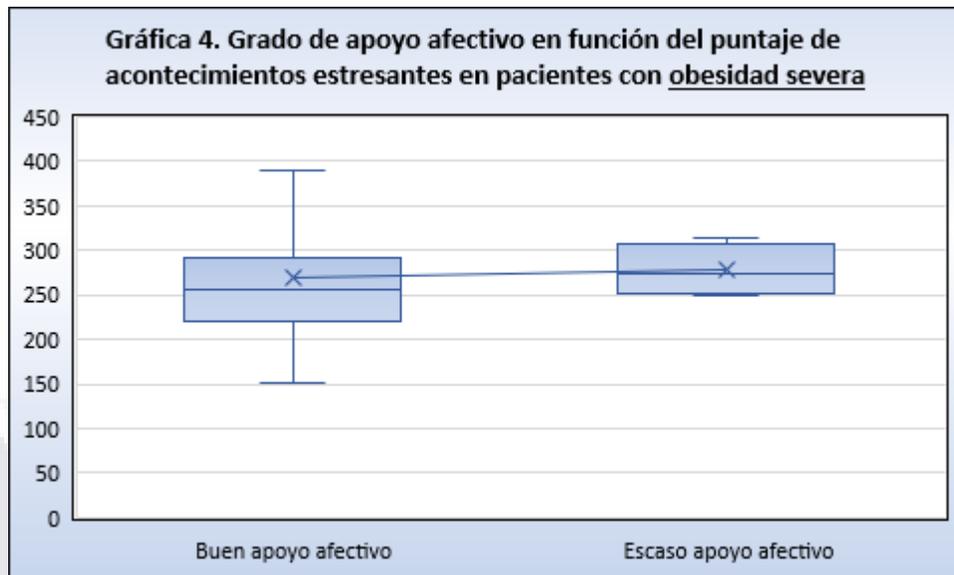


La **tabla 17** muestra que los pacientes con obesidad severa y que padecieron crisis moderada en los últimos ocho meses, el 74% obtuvo un buen apoyo afectivo mientras que el restante 26% obtuvo un escaso apoyo afectivo.

Tabla 17. Distribución de el nivel de apoyo afectivo y el tipo de crisis en pacientes con obesidad severa

Apoyo Afectivo	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
Buen apoyo afectivo	4	39	43
Escaso apoyo afectivo	0	14	14
Total general	4	53	57

La **Gráfica 4** muestra que los pacientes con escaso apoyo efectivo padecieron más eventos estresantes que los pacientes que tuvieron menor apoyo efectivo con una distribución de cuartiles y promedió ligeramente más elevados.

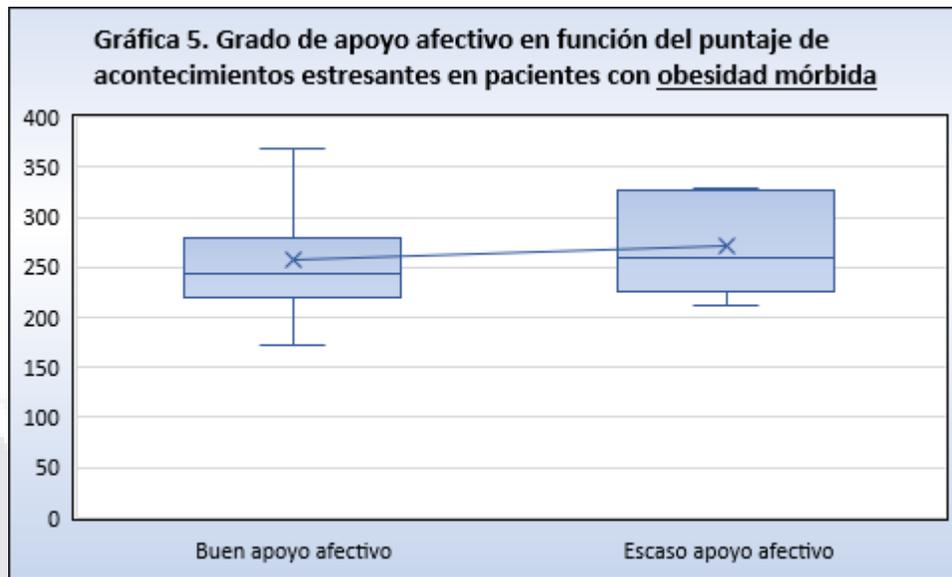


La **tabla 18** muestra que de los pacientes con obesidad mórbida y que padecieron una crisis moderada en los últimos 8 meses, el 53% obtuvo un buen apoyo afectivo. Mientras que el restante 47% obtuvo un escaso apoyo afectivo.

Tabla 18. Distribución de el nivel de apoyo afectivo y el tipo de crisis en pacientes con obesidad morbida

Apoyo Afectivo	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
Buen apoyo afectivo	4	16	20
Escaso apoyo afectivo	0	14	14
Total general	4	30	34

La **Gráfica 5** muestra que, con respecto a los puntajes de eventos estresantes, el grupo que recibió un escaso apoyo afectivo obtuvo un puntaje ligeramente más elevado, en comparación con aquellos que recibieron un buen apoyo afectivo.

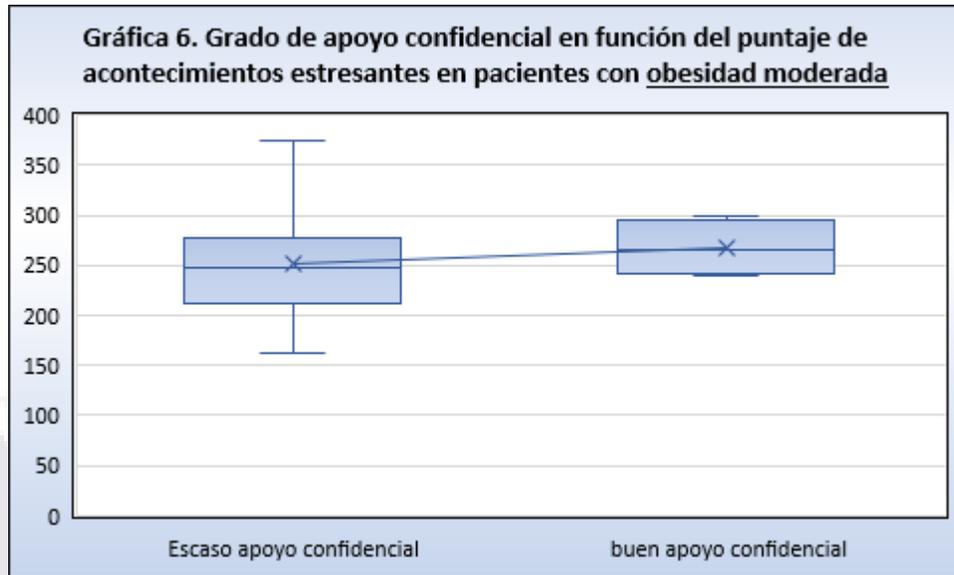


La **tabla 19** con respecto al apoyo confidencial en pacientes con obesidad moderada, los pacientes que padecieron crisis moderada obtuvieron un bajo apoyo confidencial en un 95% mientras que aquellos que padecieron una crisis leve fueron en un 100% quienes reciben un escaso apoyo confidencial.

Tabla 19. Distribución de el nivel de apoyo confidencial y el tipo de crisis en pacientes con obesidad moderada

Apoyo confidencial	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
buen apoyo confidencial	0	8	8
Escaso apoyo confidencial	24	155	179
Total general	24	163	187

La **Gráfica 6** muestra que los pacientes con escaso apoyo confidencial obtuvieron puntajes en la escala de eventos estresantes ligeramente inferiores que quienes obtuvieron un buen apoyo confidencial.

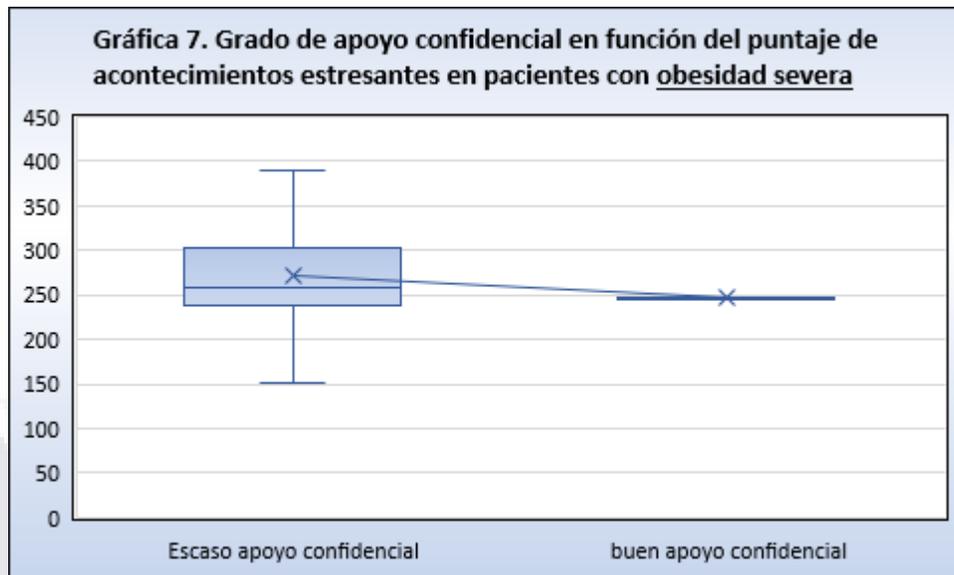


La **tabla 20** muestra resultados de la escala de apoyo confidencial el paciente con obesidad severa y en función al nivel de crisis que enfrentaron en los últimos ocho meses, obtén que que enfrentaron una crisis moderada, el 98% obtuvo un escaso apoyo confidencial, mientras que de los pacientes que enfrentaron una crisis leve el 100% obtuvo un bajo apoyo confidencial.

Tabla 20. Distribución de el nivel de apoyo confidencial y el tipo de crisis en pacientes con obesidad severa

Apoyo confidencial	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
buen apoyo confidencial	0	1	1
Escaso apoyo confidencial	4	52	56
Total general	4	53	57

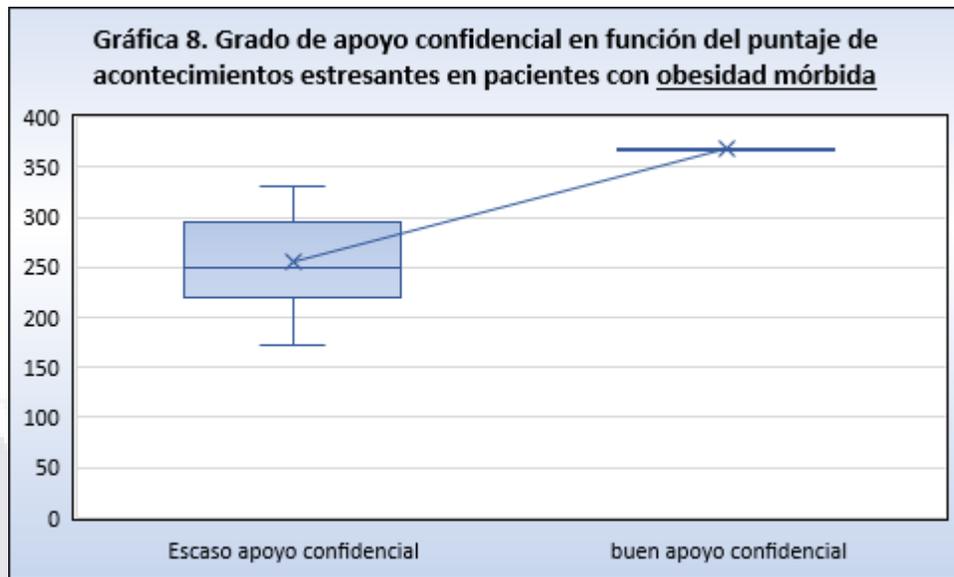
La **gráfica 7** muestra que los pacientes con escaso apoyo confidencial obtuvieron puntajes superiores de acontecimientos estresantes, en comparación con los pacientes con buen apoyo confidencial que sólo fueron 4 en este grupo.



La **tabla 21** muestra los puntajes obtenidos de apoyo confidencial en pacientes con obesidad mórbida y el tipo de crisis que enfrentaron en los últimos ocho meses, obteniendo que el 93% de los pacientes que enfrentaron una crisis moderada recibió un escaso apoyo confidencial, y con respecto a los pacientes que enfrentaron una crisis leve el 100% de ellos también recibieron un escaso apoyo confidencial.

Tabla 21. Distribución de el nivel de apoyo confidencial y el tipo de crisis en pacientes con <u>obesidad morbida</u>			
Apoyo confidencial	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
buen apoyo confidencial	0	2	2
Escaso apoyo confidencial	4	28	32
Total general	4	30	34

La **gráfica 8** muestra que los puntajes de acontecimientos estresantes fueron más elevados en pacientes que obtuvieron un buen apoyo confidencial sin embargo solamente fueron 4.

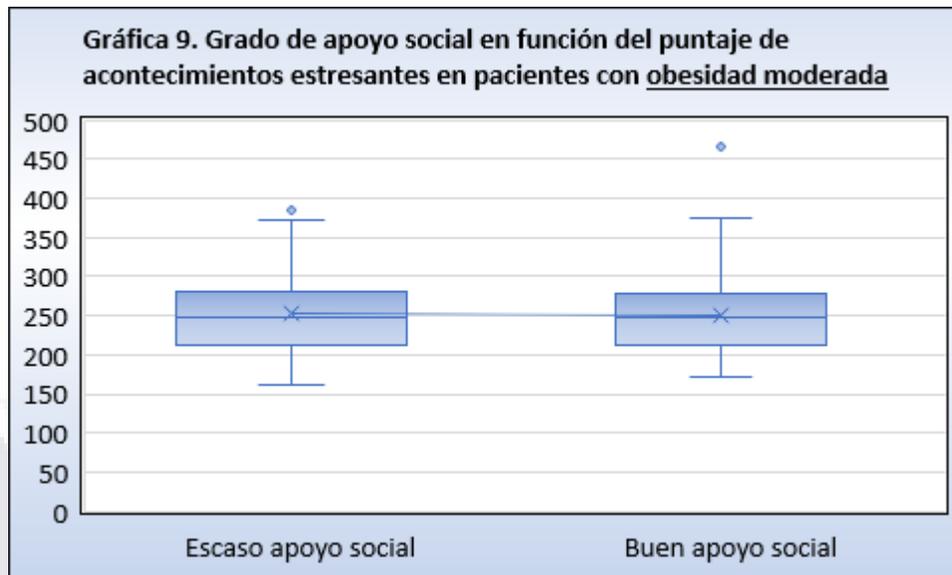


La **tabla 22** muestra la distribución del nivel de apoyo social recibido en pacientes con obesidad moderada en función del tipo de crisis que enfrentaron en los últimos ocho meses, en que el 49% manifestó haber recibido un buen apoyo social, mientras que el restante 51% manifestó un escaso apoyo social. Con respecto a la crisis leve el 58% recibió un buen apoyo social mientras que el 42% recibió un escaso apoyo social.

Tabla 22. Distribución de el nivel de apoyo social y el tipo de crisis en pacientes con obesidad moderada

Apoyo social	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
Buen apoyo social	14	80	94
Escaso apoyo social	10	83	93
Total general	24	163	187

La **Gráfica 9** muestra que la distribución de puntajes de acontecimientos estresantes es ligeramente más elevada en aquellos pacientes con escaso apoyo social en comparación con los pacientes que recibieron un buen apoyo social.

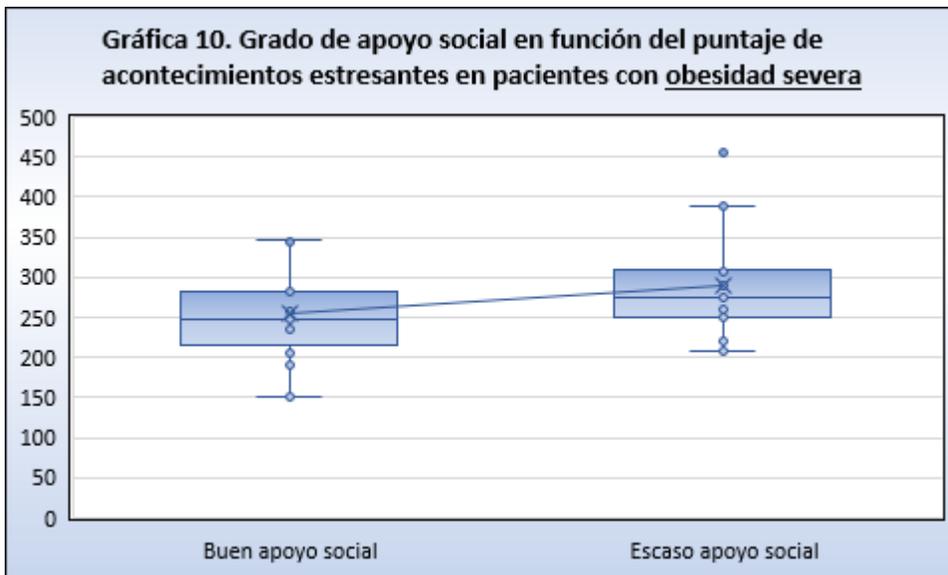


La **tabla 23** muestra la distribución del nivel de apoyo social percibido en pacientes con obesidad severa en función del tipo de crisis que afrontaron en los últimos ocho meses, mostrando que de los pacientes que afrontaron una crisis moderada, el 51% de los pacientes recibieron un buen apoyo social, mientras que el restante 49% manifestó un escaso apoyo social y con respecto a la crisis leve, el 100% (n=4) manifestó un buen apoyo social.

Tabla 23. Distribución de el nivel de apoyo social y el tipo de crisis en pacientes con obesidad severa

Apoyo social	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
Buen apoyo social	4	27	31
Escaso apoyo social		26	26
Total general	4	53	57

La **Gráfica 10** muestra que los pacientes con escaso apoyo social más acontecimiento, en comparación con los pacientes que tuvieron un buen apoyo social.

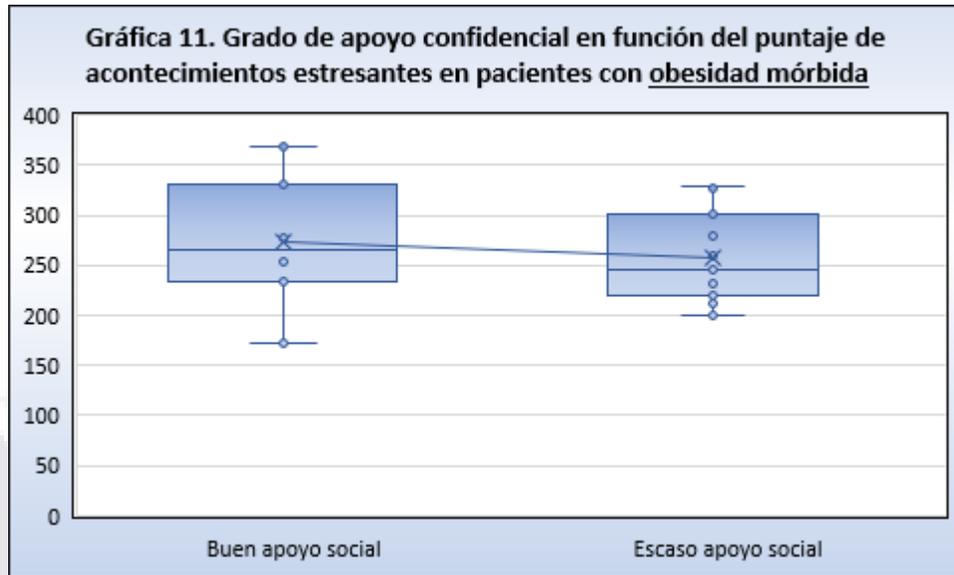


La **tabla 24** muestra que, en los pacientes con obesidad mórbida, quienes reportaron una crisis moderada en un 67% y recibieron un escaso apoyo social, mientras que el 33% restante recibió un buen apoyo social.

Tabla 24. Distribución de el nivel de apoyo social y el tipo de crisis en pacientes con obesidad morbida

Apoyo social	Crisis leve	Crisis moderada	Total general
Buen apoyo social	2	10	12
Escaso apoyo social	2	20	22
Total general	4	30	34

La **Gráfica 11** muestra que estos pacientes quienes recibieron un escaso apoyo social obtuvieron puntajes de la escala de eventos estresantes más elevada, en comparación con aquellos que recibieron un buen apoyo social.



XII. DISCUSIÓN

Este estudio se cumplió con cada uno de los objetivos específicos establecidos previamente con los cuales se concluye que, en términos sociodemográficos, el 70% de los pacientes deben entrevistados fueron mujeres mientras que el 29.9% fueron hombres De los cuales el 56% tienen entre dos y tres hijos, el 53% se dedica al hogar y estos están repartidos equitativamente entre ambos turnos de la UMF 1 siendo mayormente al consultorio 9 (11.5%). El 67.3% de los pacientes tuvieron obesidad moderada; el 20.5% obesidad severa y el restante 12.2% tuvo obesidad mórbida. Con respecto a la escala de eventos estresantes, el 88.5% de los pacientes entrevistados se clasificaron crisis moderada. Mientras que el restante 11.5% tuvieron crisis leve en los últimos 8 meses, se obtuvo que en su mayoría (58%) fueron pacientes con obesidad moderada y crisis moderada, la cual está mayormente agrupada en población arriba de 40 años, casados, que estudiaron hasta la secundaria y que por lo general se dedican al hogar. Con respecto a la escala de apoyo social se obtuvo que el 50.7% percibió un escaso apoyo social. Mientras que el restante 49.3% percibió un buen apoyo social. Quienes presentaron

escaso apoyo social en su mayoría están casados, estudiaron hasta la secundaria, se dedican al hogar y tuvieron más de 40 años.

Se obtuvo que, en la dimensión de apoyo afectivo, en general se registró un buen apoyo ante crisis moderadas, independientemente del grado de obesidad, sin embargo, en la dimensión de apoyo confidencial este fue bajo en las tres categorías de pacientes con obesidad que afrontaron situaciones de crisis moderada, por lo que, en los puntajes globales de apoyo social se obtuvo que existe un buen apoyo social para afrontar crisis moderadas en pacientes con obesidad moderada y obesidad severa. Pero esto no es así en los pacientes con obesidad mórbida ya que fueron quienes obtuvieron menor apoyo social al afrontar estas crisis.

XIII. CONCLUSIONES

El estudio del apoyo social percibido por los pacientes es una herramienta clave para comprender el efecto amortiguador que tiene sobre las situaciones que generan estrés a diferentes niveles en los que los pacientes con obesidad que son particularmente vulnerables ya que los desequilibrios alostáticos forman parte de la cadena causal de la historia natural de la obesidad al desencadenar situaciones que perjudican la alimentación y la actividad física.

RECOMENDACIONES

Este estudio no planteó explicar el papel causal o protector del apoyo social hacia los eventos estresantes, sin embargo, se marca la pauta para un siguiente nivel en donde a partir de la descripción de estas variables en esta población, se pueda realizar un estudio más complejo a un nivel analítico en el que se comparen grupos de exposición. con lo cual obtenga evidencia científica para el desarrollo de planes operativos en los que se pueda modificar las causas de manera integral y, finalmente, se llegue a modificar este problema de salud pública que aqueja la institución.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial De La Salud (OMS). Obesidad Y Sobrepeso. Febrero De 2018. (n.d.). Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Análisis delegacional de indicadores de productividad y calidad de los servicios de Nutrición en unidades médicas del Primer Nivel de Atención, por turno. Periodo Enero - diciembre 2018. (n.d.)
3. Barry, D., & Petry, N. (2009). NIH Public Access, 47(5), 498–503. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2008.08.006.Gender>
4. Departamento de Epidemiología UMF1 Delegación Aguascalientes. (2019). (n.d.).
5. Assari, S., & Caldwell, C. (2017). Low Family Support and Risk of Obesity among Black Youth: Role of Gender and Ethnicity. *Children*, 4(5), 36. <https://doi.org/10.3390/children4050036>
6. Assari, S., Caldwell, C. H., & Zimmerman, M. A. (2015). Low parental support in late adolescence predicts obesity in young adulthood; Gender differences in a 12-year cohort of African Americans. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40200-015-0176-8>
7. Carson, T. L., Jackson, B. E., Nolan, T. S., Williams, A., & Baskin, M. L. (n.d.). program. <https://doi.org/10.1007/s13142-016-0452-2>
8. Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saude Publica*, 31(4), 425–435. <https://doi.org/>
9. Control, W., & African, B. I. N. (n.d.). The relationship between stress and weight control behavior in african american women, 87(6).
10. Craven, M. R., Keefer, L., Rademaker, A., Dykema-Engblade, A., & Sanchez-Johnsen, L. (2018). Social Support for Exercise as a Predictor of Weight and Physical Activity Status Among Puerto Rican and Mexican Men: Results From the Latino Men’s Health Initiative. *American Journal of Men’s Health*, 12(4), 766–778. <https://doi.org/10.1177/1557988318754915>
11. Cuba, S., & Ángel, M. (2011). Escala de Apoyo Social Duke-UNC. Retrieved from <http://familiats.com.mx/wp-content/uploads/2017/01/papime/inst/pdf/5.pdf>
12. ENSANUT-ECU. (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.
13. Fachado, A. A., Menéndez Rodríguez, M., Castro, L. G., Alfonso, C., & Fachado, A. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, 19(1), 118–123.
14. França-Santos, D., de Oliveira, A. J., Salles-Costa, R., de Souza Lopes, C., & Sichieri, R. (2017). Diferenças de gênero e idade no apoio social e índice de massa corporal em adultos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro,

- Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 33(5), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152815>
15. Fulwiler, C., Siegel, J. A., Allison, J., Rosal, M. C., Brewer, J., & King, J. A. (2016). Keeping Weight Off : study protocol of an RCT to investigate brain changes associated with mindfulness-based stress reduction, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012573>
 16. García, G., Alejandra, D., & Carlos, A. (2012). The Social Readjustment Rating Scale of Holmes and Rahe in Mexico : A rescaling after 16 years.
 17. García-Torres, M., García-Méndez, M., & Rivera-Aragón, S. (2017). Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(1), 2561–2567. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.02.004>
 18. Gómez, H., & Fernández, S. (2004). Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000. *Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 42(3), 239–246.</
 19. Hernández, T. S. L. S. V., & Rivera, D. J. (2006). Manual de procedimientos para proyectos de nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública. Retrieved from http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/proy_nutricion.pdf
 20. I, P. J. S., I, K. S. S., I, A. H., Iii, M. T. O., V, H. G., & Bernardo, L. (2018). Impact of stressful life events on central adiposity in the Pelotas Birth Cohort, 1–10.
 21. Jane, M., Hagger, M., Foster, J., Ho, S., & Pal, S. (2018). Social media for health promotion and weight management: A critical debate. *BMC Public Health*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5837-3>
 22. Jaramillo-Sánchez, R., Espinosa-de-Santillana, I., & Espíndola-Jaramillo, I. A. (2012). Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 50(5), 487–492. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745497007%0ACómo>
 23. Lemstra, M., & Rogers, M. R. (2015). The importance of community consultation and social support in adhering to an obesity reduction program: Results from the Healthy Weights Initiative. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1473–1480. <https://doi.org/10.2147/PPA.S91912>
 24. Londoño Perez, C. (2019). Condiciones psicométricas de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes usada en población colombiana. *Actualidades En Psicología*, 33(126), 83–96. <https://doi.org/10.15517/ap.v33i126.30158>
 25. Manrique, M., de la Maza, M. P., Carrasco, F., Moreno, M., Albala, C., García, J., ... Liberman, C. (2009). Diagnóstico, evaluación y tratamiento no farmacológico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista Medica de Chile*, 137(7), 963–971.
 26. María Matilde Socarrás Suárez, D., Míriam Bolet Astoviza, D., & Licea Puig, M. E. (2002). Obesidad: Tratamiento No Farmacológico Y Prevención. *Rev Cubana Endocrinol*, 13(1), 35–42.
 27. McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: Central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 367–381.

28. Motrico, E., Rodero-Cosano, M. L., Salinas-Pérez, J. A., Álvarez-Gálvez, J., & Moreno-Peral, P. (2017). Measures for the assessment of stressful life events in the Spanish adult population: A systematic review. *Anales de Psicología*, 33(3), 556–567. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.236631>
29. Nyaaba, G. N., Stronks, K., Meeks, K., Beune, E., Owusu-Dabo, E., Addo, J., ... Agyemang, C. (2019). Is social support associated with hypertension control among Ghanaian migrants in Europe and non-migrants in Ghana? The RODAM study. *Internal and Emergency Medicine*, 14(6), 957–966. <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02075-7>
30. Pilnik, S. D. (2010). El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Revista Del Hospital Italiano*, 30(1), 7–12. Retrieved from https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/6974_7-12-articulo-pilnik.pdf
31. Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Humarán, I. M., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., ... Hernández-Ávila, M. (2017). Diseño metodológico de la encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino 2016. *Salud Pública de México*, 59(3), 299–305. <https://doi.org/10.21149/8593>
32. Rivas-Díez, Raquel. 2013. “Apoyo Social Funcional En Mujeres de La Población General y En Mujeres Maltratadas Chilenas. Propiedades Psicométricas Del Duke-UNC-11. [Functional Social Support in the General Population and Chilean Battered Women. Psychometric Properties of the Duke-UN.” *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 36 (2): 9–27.
33. Santos, A. de L., Pasquali, R., & Marcon, S. S. (2012). Feelings and living experiences of individuals taking part in a support group for control of obesity: An exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(1), 3–13. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120002>
34. Suarez Miguel. (2011). Identificación Y Utilidad De Las Herramientas Para Evaluar El Apoyo Social Al Paciente Y Al Cuidador Informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60–67.
35. Torres, F. (2018). *Obesidad y salud pública en México : transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos Obesity and Public Health in Mexico : Transforming the Hegemonic Food Supply and De*
36. Universitaria, F., Lorenz, K., Carlos, A., Luis, M., Psicología, R. L. De, Universitaria, F., ... Gallardo, M. (1994). LA ESCALA DE REAJUSTESOCIAL (SRRS) DE HOLMES y RAHE EN MEXICO I.
37. Villarreal, D. C. T., Guevara, V. L., López, L. E. R., & Tijerina, A. (2012). Relación de cortisol sérico con los componentes del síndrome metabólico , ingesta alimentaria y trastorno de ansiedad en niños de 8 a 12 años con obesidad, 27(5), 1562–1568. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.5.5909>
38. Zaragoza Arnáez, F., Vega Romero, F., & Sanchez Calabuig, M. (2013). Actualización en el tratamiento farmacológico de la obesidad. *Biociencias*, 25(1).

ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

		<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:		"NIVEL DE ESTRÉS DERIVADO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES DE LA VIDA DIARIA Y PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE OBESIDAD ADSCRITOS A LA UMF 1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES QUE ACUDEN A NUTRIMSS DE AMBOS TURNOS".	
Patrocinador externo (si aplica):		No aplica	
Lugar y fecha:		UMF Número 1 Aguascalientes, Ags. de 2019	
Número de registro institucional:			
Justificación y objetivo del estudio:		El objetivo de este estudio es determinar el nivel de estrés derivado de actividades de la vida diaria, así como es la percepción de apoyo social en pacientes de 20 a 49 años con diagnóstico de obesidad adscritos al programa de NUTRIMSS de la UMF1 delegación Aguascalientes.	
Declaración de consentimiento:		Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una cédula de identificación, un cuestionario para identificar nivel de estrés derivado de actividades de la vida diaria y un cuestionario de percepción de apoyo social. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias o beneficios derivados de mi participación en el estudio Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. se utilizará un cuestionario auto administrado y preguntas de carácter sociodemográfico.	
Posibles riesgos y molestias:		No existen riesgos potenciales.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:		la obtención de información que resulte del proyecto de investigación lo cual permitirá al programa de NUTRIMSS mejorar estrategias informativas para el control de peso en los pacientes que conformen el programa. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del protocolo, así como responder cualquier pregunta que surja durante la aplicación de las cédulas y cuestionarios, así como aclarar cualquier duda que le plantee acerca del protocolo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		El investigador será responsable de responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier asunto relacionado con la investigación.	
Participación o retiro:		Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente. El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.	
Privacidad y confidencialidad:		Cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se darán a conocer información sobre su identidad, la cual siempre será protegida. Esto se efectuará asignándole un número para identificar sus datos en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.	
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>			
Investigadora o Investigador Responsable:		Nombre: Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar #9, Lugar de trabajo: UMF No. 9 Domicilio: Blvd. Siglo XXI No. 301, fraccionamiento Ojo Caliente, Aguascalientes, Ags. C.P. 20196, Teléfono: 4499724777, Correo electrónico: eumirponce@imss.gob.mx	
Colaboradores:		Nombre: Dra. Lucero Guerra Sotelo. Adscripción: Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar, Lugar de trabajo: Hospital General de Zona No. 1 José Luis Ávila Pardo, Domicilio: José María Chávez No. 1202 col. Lindavista, Aguascalientes, Ags. C.P. 20270, Teléfono: 3951183915, Correo electrónico: lucero_gueso@hotmail.com	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx</p>			
<p style="text-align: center;">_____ Nombre y firma del participante</p>		<p style="text-align: center;">_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p style="text-align: center;">_____ Testigo 1</p> <p style="text-align: center;">_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>		<p style="text-align: center;">_____ Testigo 2</p> <p style="text-align: center;">_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	
<p>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.</p>			
<p>Clave: 2810-009-013</p>			

ANEXO B. FICHA DE IDENTIFICACION

FICHA DE IDENTIFICACIÓN					
I. Características demográficas					
Fecha de aplicación:			FOLIO		
a) Nombre:					
b) Número de afiliación:					
c) Domicilio:					
d) Teléfono			e) UMF de adscripción:		
f) Número de consultorio		g) Turno		1. Matutino	2. Vespertino
II. Características sociodemográficas					
Fecha de Nacimiento		DIA		MES	
h) Edad:		i) Género		AÑO	
		Hombre	Mujer		
j) Estado civil		1. Casado	2. Soltero	3. Unión libre	4. Divorciado
		5. Viudo			
k) Número de hijos		l) Edades de los hijos:			
m) Nivel de estudios		1. Analfabeta		2. Preescolar	
		3. Primaria		4. Secundaria	
		5. Técnico profesional		6. Preparatoria	
				7. Licenciatura	
n) Ocupación		1. Trabaja		2. Estudia	
				3. Hogar	
				4. Pensionado/Jubilado	
ñ) Peso: kilogramos		o) Talla: metros		p) IMC	

ANEXO C. CUESTIONARIO HOLMES Y RAHE

INSTRUMENTO PARA MEDIR LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES QUE UNA PERSONA HA SUFRIDO EN EL ÚLTIMO AÑO

Escala de reajuste social de Holmes y Rahe

Este cuestionario pretende medir la magnitud de los acontecimientos vitales estresantes que una persona ha sufrido el último año. El reajuste social se define como cantidad y duración del cambio en el patrón usual del individuo, y se expresa en unidades de cambio vital (UCV). A través de este indicador se quiere explicar el efecto de los acontecimientos vitales estresantes sobre el sistema familiar.

INSTRUCCIONES: Señale con una **cruz X** aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año.

	Acontecimiento vital	Señala con X	Puntaje	Puntaje
1	Muerte del cónyuge			100
2	Divorcio			73
3	Separación matrimonial			65
4	Encarcelación			63
5	Muerte de un familiar cercano			63
6	Lesión o enfermedad personal			53
7	Matrimonio			50
8	Despido del trabajo			47
9	Paro sindical			47
10	Reconciliación matrimonial			45
11	Jubilación			45
12	Cambio de salud de un miembro de familia			44
13	Drogadicción y/o alcoholismo			44
14	Embarazo			40
15	Dificultades o problemas sexuales			39
16	Incorporación de un nuevo miembro a la familia			39
17	Reajuste de negocio			39
18	Cambio de situación económica			38
19	Muerte de un amigo íntimo			37
20	Cambio en el tipo de trabajo			36
21	Mala relación con el cónyuge			35
22	Juicio por crédito o hipoteca			30

23	Cambio de responsabilidad en el trabajo			29
24	Hijo o hija deja el hogar			29
25	Problemas legales			29
26	Logro personal notable			28
27	La esposa comienza o deja de trabajar			26
28	Comienzo o fin de la escolaridad			26
29	Cambio en las condiciones de vida			25
30	Revisión de hábitos personales			24
31	Problemas con el jefe			23
32	Cambio de turno o de condiciones laborales			20
33	Cambio de residencia			20
34	Cambio de colegio			20
35	Cambio de actividades de ocio			19
36	Cambio de actividad religiosa			19
37	Cambio de actividades sociales			18
38	Cambio de hábito de dormir			17
39	Cambio en el número de reuniones familiares			16
40	Cambio de hábitos alimentarios			15
41	Vacaciones			13
42	Navidades			12
43	Leves transgresiones de la ley			11
Puntaje total				

La escala de Holmes o de eventos críticos debe aplicarse en función de las situaciones que hayan ocurrido de seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

Recomendaciones:

1. Lo elabora el médico familiar.
2. Explicarle al paciente brevemente y de manera sencilla que la elaboración del cuestionario busca identificar hechos de la vida que influyen en su problema de salud.
3. Después de leer pausadamente cada uno de los eventos críticos de la escala se señalan únicamente los que el paciente identifique como positivos.

Calificación de eventos críticos escala de Holmes	
De 0 a 149 puntos	No hay problemas importantes
150 a 199	Crisis leve
200 a 299	Crisis moderada
Más de 300	Crisis severa

Lectura de la Escala de Reajuste social de Holmes y Rahe: Se acepta que si un individuo tiene más de 150 UCV en el último año puede existir un problema de salud o de la función familiar, si es sobre 200 UCV se asocia con frecuencia con problemas de tipo psicosocial.

ANEXO D. CUESTIONARIO ESCALA DE DUKE- UNC

En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal X en el espacio sobre el número que más se acerque a su situación.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5

4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurren algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo consejos útiles cuando estoy enferma/o en la cama	1	2	3	4	5
SUMA PARCIAL					
SUMA TOTAL					

VALORES ESCALA DE DUKE-UNC

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
Apoyo total	55	33	11
Apoyo afectivo	25	15	5
Apoyo confidencial	30	18	6
Escaso apoyo social: Menos de 33 Escasos recursos afectivos: Menos de 15 Escaso apoyo confidencial			

Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente.

Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 del cuestionario, con una puntuación total de 25.

Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo existen 6 ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo.

El punto de corte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante.

ANEXO E. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DATOS SOCIOLABORALES							
Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Variables	Indicadores	Tipo de variable	Ítems	Índices
1. Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población de estudio.	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que las componen.	Edad: años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la realización de la entrevista.	Número de años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa	¿Cuál es su edad?	20-49 años
			Sexo: condición biológica que distingue a las personas en mujeres u hombres.	Clasificación del sexo del entrevistado	Cualitativa Nominal Dicotómica	¿Cuál es su sexo?	Hombre Mujer
			Escolaridad: grado de estudio que la población haya aprobado dentro del sistema educativo nacional.	Grado de estudios realizados.	Cualitativa Nominal Politémica	¿Hasta qué grado estudio?	Analfabeta Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Postgrado
			Estado civil: condición de unión o matrimonio al momento de la entrevista y de acuerdo a las leyes y	Condición de pareja de paciente.	Cualitativa Nominal Dicotómica	¿Cuál es su estado civil?	Casado Soltero Unión libre Divorciado Viudo

			costumbres del país.				
		Características laborales: comportamiento humano en relación a sus necesidades	Ocupación: tarea o actividad que desempeña el individuo dentro de la población.	Ocupación que desempeña	Cualitativa Nominal	¿A qué se dedica?	Trabaja Estudio Hogar Pensionado/ Jubilado

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Objetivo general	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Indices	Escala	Tipo de variable	Items
Pretende medir la magnitud de los acontecimientos vitales estresantes que una persona ha sufrido el último año.	El reajuste social	Se define como cantidad y duración del cambio en el patrón usual del individuo, y se expresa en unidades de cambio vital (UCV).	A través de este indicador se quiere explicar el efecto de los acontecimientos vitales estresantes sobre el sistema familiar.	La escala de Holmes o de eventos críticos debe aplicarse en función de las situaciones que hayan ocurrido de seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.	La escala de Holmes	Cualitativa Nominal	Muerte del cónyuge
						Cualitativa Nominal	Divorcio
						Cualitativa Nominal	Separación matrimonial
						Cualitativa Nominal	Encarcelación
						Cualitativa Nominal	Muerte de un familiar cercano
						Cualitativa Nominal	Lesión o enfermedad personal
						Cualitativa Nominal	Matrimonio
						Cualitativa Nominal	Despido del trabajo
						Cualitativa Nominal	Paro sindical
						Cualitativa Nominal	Reconciliación matrimonial
						Cualitativa Nominal	Jubilación
						Cualitativa Nominal	Cambio de salud de un miembro de familia
Cualitativa Nominal	Drogadicción y/o alcoholismo						
Cualitativa	Embarazo						

						Nominal	
						Cualitativa Nominal	Dificultades o problemas sexuales
						Cualitativa Nominal	Incorporación de un nuevo miembro a la familia
						Cualitativa Nominal	Reajuste de negocio
						Cualitativa Nominal	Cambio de situación económica
						Cualitativa Nominal	Muerte de un amigo íntimo
						Cualitativa Nominal	Cambio en el tipo de trabajo
						Cualitativa Nominal	Mala relación con el cónyuge
						Cualitativa Nominal	Juicio por crédito o hipoteca
						Cualitativa Nominal	Cambio de responsabilidad en el trabajo
						Cualitativa Nominal	Hijo o hija deja el hogar
						Cualitativa Nominal	Problemas legales
						Cualitativa Nominal	Logro personal notable
						Cualitativa Nominal	La esposa comienza o deja de trabajar
						Cualitativa Nominal	Comienzo o fin de la escolaridad

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Objetivo general	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Índices	Escala	Tipo de variable	Ítems
Determinar la percepción del apoyo social en	Apoyo social percibido	Apoyo social de familia.	Se trata de un cuestionario validado que	Comprende las dimensiones:	ESCALA DE DUKE-UNC	Cualitativa Nominal	1. Recibo visitas de mis amigos y familiares

<p>pacientes con diagnóstico de obesidad de 20 a 49 años que forman parte del Programa NITRIMSS de la UMF1 Delegación Aguascalientes.</p>		<p>El paciente cuenta con apoyo por parte de su familia, lo ayudan, lo escuchan y lo apoyan.</p>	<p>recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente.</p>	<p>afectiva, y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 del cuestionario, con una puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo existen 6 ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo. El punto de corte establecido por los</p>	<p>1)Mucho menos de lo que deseo. 2) Menos de lo que deseo. 3)Ni mucho ni poco. 4)Casi como deseo. 5)Tanto como deseo.</p>		
				<p>1)Mucho menos de lo que deseo. 2) Menos de lo que deseo. 3)Ni mucho ni poco. 4)Casi como deseo. 5)Tanto como deseo.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>		<p>2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa</p>
				<p>a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo. El punto de corte establecido por los</p>	<p>1)Mucho menos de lo que deseo. 2) Menos de lo que deseo. 3)Ni mucho ni poco. 4)Casi como deseo. 5)Tanto como deseo.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>3. Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo</p>

				autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante.	<p>1)Mucho menos de lo que deseo.</p> <p>2) Menos de lo que deseo.</p> <p>3)Ni mucho ni poco.</p> <p>4)Casi como deseo.</p> <p>5)Tanto como deseo.</p>	Cualitativa Nominal	4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
					<p>1)Mucho menos de lo que deseo.</p> <p>2) Menos de lo que deseo.</p> <p>3)Ni mucho ni poco.</p> <p>4)Casi como deseo.</p> <p>5)Tanto como deseo.</p>	Cualitativa Nominal	5. Recibo amor y afecto
					<p>1)Mucho menos de lo que deseo.</p> <p>2) Menos de lo que deseo.</p> <p>3)Ni mucho ni poco.</p> <p>4)Casi como deseo.</p> <p>5)Tanto como deseo.</p>	Cualitativa Nominal	6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa

					<p>1)Mucho menos de lo que deseo.</p> <p>2) Menos de lo que deseo.</p> <p>3)Ni mucho ni poco.</p> <p>4)Casi como deseo.</p> <p>5)Tanto como deseo.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares</p>
					<p>1)Mucho menos de lo que deseo.</p> <p>2) Menos de lo que deseo.</p> <p>3)Ni mucho ni poco.</p> <p>4)Casi como deseo.</p> <p>5)Tanto como deseo.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos</p>
					<p>1)Mucho menos de lo que deseo.</p> <p>2) Menos de lo que deseo.</p> <p>3)Ni mucho ni poco.</p> <p>4)Casi como deseo.</p> <p>5)Tanto como deseo.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas</p>

					<p>1)Mucho menos de lo que deseo.</p> <p>2) Menos de lo que deseo.</p> <p>3)Ni mucho ni poco.</p> <p>4)Casi como deseo.</p> <p>5)Tanto como deseo.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>10. Recibo consejos útiles cuando me ocurren algún acontecimiento importante en mi vida</p>
					<p>1)Mucho menos de lo que deseo.</p> <p>2) Menos de lo que deseo.</p> <p>3)Ni mucho ni poco.</p> <p>4)Casi como deseo.</p> <p>5)Tanto como deseo.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>11. Recibo consejos útiles cuando estoy enferma/o en la cama</p>

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Variables	Indicadores	Tipo de variable	Ítems	Índice
Antropometría	Proceso o técnica de mensuración del cuerpo humano o de sus varias partes.	<p>Las dimensiones del cuerpo humano son de dos clases:</p> <p>Dimensiones estructurales: Son las que se toman a partir de la posición</p>	Peso: Es la masa total del sujeto, medida con báscula clínica en kilogramos y con una precisión de 100 gramos.	Cantidad de kilogramos incluyendo gramos medidos en el momento de la medición.	Cuantitativa Continua	¿Cuál es su peso?	Medición expresada en kilogramos

		<p>estática estandarizada.</p> <p>Dimensiones funcionales:</p> <p>Son las que se toman a partir de las posiciones del cuerpo en movimiento.</p>					
			<p>Talla: Distancia vertical máxima del vértex al suelo, estando el sujeto de pie con la cabeza orientada al plano de Frankfort.</p>	<p>Metros con centímetros de estatura obtenidos durante la medición.</p>	<p>Cuantitativa Continua</p>	<p>¿Cuál es su talla?</p>	<p>Medición expresada en centímetros</p>
			<p>IMC: Define el nivel de adiposidad de acuerdo con la relación de peso a estatura, eliminando así la dependencia en la constitución. El cálculo se hace con la siguiente fórmula: $\text{peso (Kg)} / \text{altura (m)}^2$</p>	<p>Resultado del cálculo obtenido entre el peso en kilogramos dividido entre la altura en metros elevados al cuadrado.</p>	<p>Cuantitativa Continua</p>	<p>¿Cuál es su Índice de Masa Corporal?</p>	<p>Obeso clase I: 30-34.9</p> <p>Obeso clase II: 35-39.9</p> <p>Obeso clase III: mayor o igual a 40.</p>

ANEXO F. MANUAL OPERACIONAL

1. Previa autorización del presente protocolo por parte del comité local de investigación, así como de directivos de la Unidad de Medicina Familiar NO. 1 se procederá a aplicación de instrumentos.
2. Se tomará de base un muestreo probabilístico aleatorio simple de 278 pacientes con diagnóstico de obesidad que pertenecen al programa de NUTRIMSS de ambos turnos, al identificar a los pacientes que participarán.
3. Se le dará una carta de consentimiento al paciente entrevistado; en caso de aceptar participar en el estudio se solicitará que firmen su autorización.
4. Se le explicará al paciente brevemente y de manera sencilla que la elaboración del cuestionario de Holmes y Rahe busca identificar hechos de la vida que influyen en su problema de salud y después de leer pausadamente cada uno de los eventos críticos de la escala se les solicita que señalen únicamente los que el paciente identifique como positivos en los últimos 8 meses. Así como en la escala de DUKE-UNC consta de una lista en la que se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Se solicita por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal X en el espacio sobre el número que más se acerque a su situación.
5. La entrevista consta de una primera sección con la finalidad de obtener los datos sociodemográficos de la población en estudio.
6. La segunda sección consiste en una escala auto aplicable Holmes y Rahe que consta de 43 ítems con respuestas dicotómicas Positivo marcando con una X; Negativo respuestas sin marcar con X. Cada ítem tiene un valor asignado

enlistado de mayor a menor puntaje de acuerdo a valores previamente establecidos y expresados como Unidad de Cambio de Vida (UCV), relacionados con eventos estresantes de la vida diaria ordenados de mayor a menor nivel de estrés. La suma de los puntajes UCV indica la magnitud de estrés vital experimentado por una persona. Se acepta que si un individuo tiene más de 150 UCV en el último año puede existir un problema de salud o de la función familiar, si es sobre 200 UCV se asocia con frecuencia con problemas de tipo psicosocial. Debe aplicarse en función de las situaciones que hayan ocurrido de seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

7. La tercera sección de la entrevista consiste en un cuestionario llamado Escala de DUKE-UNC que evalúa la percepción de apoyo social. Se trata de un cuestionario validado de 11 ítems en el cual se utiliza la escala de Likert. Se otorga un puntaje para situaciones marcadas con la señal X en el espacio sobre el número que más se acerque a su situación de acuerdo a su percepción con un valor que oscila entre rangos del 1 al 5 de la manera siguiente 1=Mucho menos de lo que deseo, 2= Menos de lo que deseo, 3= Ni mucho ni poco, 4= Casi como deseo y 5=Tanto como deseo. El instrumento recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente. Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 del cuestionario, con una puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo existen 6 ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo. El punto de corte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante.

8. La duración aproximada de cada entrevista será de 10 a 15 min. La información recibida por parte de los cuidadores se manejará de forma confidencial y no tendrá impacto con la atención futura a la que tiene derecho el paciente.
9. Se le comunicará al entrevistado que en el momento en que no quiera contestar una pregunta o no quiera continuar con la entrevista se puede retirar en el momento que lo desee ya que este es un estudio voluntario. Antes de dar por terminada la entrevista se verificará que la totalidad de los ítems hayan sido contestados, se agradecerá la disponibilidad para participar en el estudio.



SECCIÓN 1 FICHA DE IDENTIFICACION

I. Características demográficas.

La información se obtendrá directamente proporcionada por el paciente entrevistado en la que se incluye fecha de aplicación, folio asignado por el tesista con fines prácticos, nombre, número de afiliación, domicilio, teléfono, UMF de adscripción, número de consultorio y turno.

- **Fecha de aplicación:** se anotará la fecha en que se aplique la encuesta, empezando por el día, el mes y el año.

Ejemplo: 12 / 08 / 2019

- **Folio:** Número ordinal consecutivo asignado por el tesista de acuerdo a la fecha de aplicación de instrumentos.

Ejemplo: Folio 001

- a. **Nombre:** Puesto que el estudio es confidencial, para constatar la entrevista se solicitará las iniciales del nombre del participante

Ejemplo: Iniciales: LGS

- b. **Número de afiliación:** Se solicitará el número de seguridad social al participante.

Ejemplo: 0816888205-2 1F85 OR

- c. **Domicilio:** Se solicitará la dirección completa al participante incluyendo nombre de calle donde vive, número exterior, colonia, municipio y estado.

Ejemplo: Calle Ramón Corona # 15 Colonia Centro, Unión de San Antonio,

Jalisco.

- d. **Teléfono:** Se solicitará el número de teléfono ya sea celular o fijo para localización posterior en caso de requerirse por parte del investigador.

Ejemplo: Celular 3961193814 Casa 3957351289

e. **UMF de adscripción:** Serán pacientes exclusivamente de la UMF1 Delegación

Aguascalientes.

Ejemplo: UMF de adscripción: 1

f. **Número de consultorio:** Se solicitará el número de consultorio en el que el paciente recibe atención medica familiar.

Ejemplo: Consultorio: 5

g. **Turno:** e obtendrá del carnet de citas médicas de la UMF 1 del IMSS, el turno al que pertenece la consulta familiar del paciente derechohabiente.

Ejemplo: Turno: (M) *Matutino* (V) *Vespertino*

II. Características sociodemográficas:

- **Fecha de Nacimiento:** se les solicitará de manera verbal y se corrobora con cartilla de citas, con la finalidad de verificar la edad correcta del paciente al momento de realizar la entrevista, empezando por el día, el mes y el año.

Ejemplo: Fecha de nacimiento: 21/06/1988

h) **Edad:** Se refiere a la edad actual del paciente al momento de la entrevista expresada en años cumplidos.

Ejemplo: Edad: 31 años

i) **Género:** Se les pedirá a los participantes que marquen la opción correspondiente.

Ejemplo: Hombre () Mujer ()

j) **Estado civil:** en esta sección se preguntará a los derechohabientes sobre su estado civil actual y se codificara de acuerdo a su respuesta.

Ejemplo:

1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo

k) **Número de hijos:** en esta sección se preguntará a los derechohabientes sobre el número de hijos vivos actualmente.

Ejemplo: Número de hijos: 3 hijos

l) **Edades de los hijos:** en esta sección se preguntará a los derechohabientes

sobre la edad cumplida en el momento de la entrevista de cada uno de sus

hijos vivos actualmente registrados de mayor a menor edad.

Ejemplo: Edades de los hijos: 18, 15 y 13 años

m) **Nivel de estudios:** en esta sección se les preguntará a los derechohabientes el ultimo nivel de estudios concluido hasta la fecha y que marquen la opción correspondiente.

Ejemplo:

1. Analfabeta 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria
5. Técnico profesional 6. Preparatoria 7. Licenciatura

8. *Postgrado*

n) Ocupación: en esta sección se indica al paciente que marque la opción sobre su actividad laboral actual.

Ejemplo:

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

ñ) Peso: en esta sección se registra el peso actual del paciente expresado en kilogramos obtenido durante la asistencia al taller de NUTRIMSS.

Ejemplo: **Peso:** 80 kg

o) Talla: en esta sección se registra la estatura actual del paciente expresado en metros con 2 decimales correspondientes a centímetros medición obtenida durante la asistencia al taller de NUTRIMSS.

Ejemplo: **Talla:** 1.56 metros

p) IMC: en esta sección se registra el cálculo resultante de la división del peso entre la talla en metros elevada al cuadrado, tomando en cuenta 2 decimales, obtenido durante la asistencia al taller de NUTRIMSS.

Ejemplo: **IMC:** 32.92

SECCIÓN II

**CUESTIONARIO ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE
INSTRUMENTO PARA MEDIR LOS ACONTECIMIENTOS VITALES
ESTRESANTES QUE UNA PERSONA HA SUFRIDO EN LOS ÚLTIMOS 8
MESES**

INSTRUCCIONES: Señale con una **cruz X** aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido los últimos 8 meses.

Ejemplo:

Acontecimiento vital		Señala con X
1	Muerte del cónyuge	
2	Divorcio	X
3	Separación matrimonial	X

Explicación: con este instrumento se pretende determinar el nivel de estrés derivado de los acontecimientos vitales de los pacientes en estudio.

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará el inciso correspondiente dependiendo de la respuesta del entrevistado, la cual será identificada porque estará señalada con una X (delante de cada ítem).

Ejemplo:

	Acontecimiento vital	Señala con X	Puntaje
2	Divorcio	X	73
3	Separación matrimonial	X	65
6	Lesión o enfermedad personal	X	53
13	Drogadicción y/o alcoholismo	X	44

17	Reajuste de negocio	X	39
18	Cambio de situación económica	X	38
21	Mala relación con el cónyuge	X	35
29	Cambio en las condiciones de vida	X	25
38	Cambio de hábito de dormir	X	17
Puntaje total			389

Codificación: A cada ítem le corresponde 1 valor numérico previamente asignado que sólo el entrevistador conocerá.

Calificación de eventos críticos escala de Holmes	
De 0 a 149 puntos	No hay problemas importantes
150 a 199	Crisis leve
200 a 299	Crisis moderada

Codificación: Al final de la aplicación de la escala se suma el puntaje total para categorizar el nivel de estrés del paciente. Se acepta que si un individuo tiene más de 150 UCV en el último año puede existir un problema de salud o de la función familiar, si es sobre 200 UCV se asocia con frecuencia con problemas de tipo psicosocial.

Escala de reajuste social de Holmes y Rahe

	Acontecimiento vital	Señala con X	Puntaje	Puntaje
1	Muerte del cónyuge			100
2	Divorcio			73
3	Separación matrimonial			65
4	Encarcelación			63
5	Muerte de un familiar cercano			63
6	Lesión o enfermedad personal			53
7	Matrimonio			50
8	Despido del trabajo			47
9	Paro sindical			47
10	Reconciliación matrimonial			45
11	Jubilación			45
12	Cambio de salud de un miembro de familia			44
13	Drogadicción y/o alcoholismo			44
14	Embarazo			40
15	Dificultades o problemas sexuales			39
16	Incorporación de un nuevo miembro a la familia			39
17	Reajuste de negocio			39
18	Cambio de situación económica			38
19	Muerte de un amigo íntimo			37
20	Cambio en el tipo de trabajo			36
21	Mala relación con el cónyuge			35
22	Juicio por crédito o hipoteca			30
23	Cambio de responsabilidad en el trabajo			29
24	Hijo o hija deja el hogar			29
25	Problemas legales			29
26	Logro personal notable			28
27	La esposa comienza o deja de trabajar			26

28	Comienzo o fin de la escolaridad			26
29	Cambio en las condiciones de vida			25
30	Revisión de hábitos personales			24
31	Problemas con el jefe			23
32	Cambio de turno o de condiciones laborales			20
33	Cambio de residencia			20
34	Cambio de colegio			20
35	Cambio de actividades de ocio			19
36	Cambio de actividad religiosa			19
37	Cambio de actividades sociales			18
38	Cambio de hábito de dormir			17
39	Cambio en el número de reuniones familiares			16
40	Cambio de hábitos alimentarios			15
41	Vacaciones			13
42	Navidades			12
43	Leves transgresiones de la ley			11
Puntaje total				

SECCIÓN III

CUESTIONARIO ESCALA DE ESCALA DE DUKE- UNC

INSTRUCCIONES: En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal X en el espacio sobre el número que más se acerque a su situación.

Ejemplo:

Mucho menos de	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
-------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------	------------------------

	lo que deseo				
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2 X	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3 X	4	5
3. Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2 X	3	4	5

Explicación: con este instrumento se pretende determinar la percepción de apoyo social por parte del paciente. Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente.

Codificación: la codificación para el encuestador se marcará el inciso correspondiente dependiendo de la respuesta del entrevistado, la cual será identificada porque estará señalada con una X (sobre cada ítem). A cada ítem le corresponde 1 valor numérico de acuerdo a la escala de Likert que oscila entre 1 a 5. Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial.

Ejemplo:

Apoyo confidencial

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
2. Recibo ayuda en asuntos	1	2	3	4	5

relacionados con mi casa		X			
3. Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	X	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	X	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	X	3	4	5
11. Recibo consejos útiles cuando estoy enferma/o en la cama	1	2	X	4	5
SUMA PARCIAL		4	9		
SUMA TOTAL	13				

Codificación: El **apoyo confidencial** se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las **preguntas 2, 3, 5, 9, 11** del cuestionario, con una puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos **más de 15 puntos** en este apartado.

Ejemplo:

Apoyo afectivo

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2 	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2 	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	1	2 	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2 	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2 	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurren algún acontecimiento	1	2	3 	4	5

importante en mi vida					
SUMA PARCIAL		10	3		
SUMA TOTAL	13				

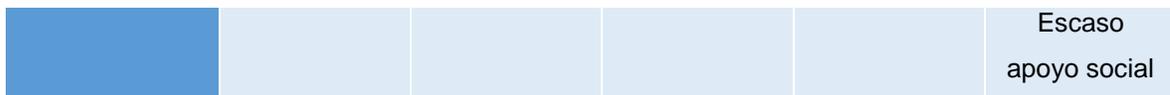
Codificación: El apoyo afectivo existen **6 ítems** que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; **más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo.**

VALORES ESCALA DE DUKE-UNC

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
Apoyo total	55	33	11
Apoyo afectivo	25	15	5
Apoyo confidencial	30	18	6
Escaso apoyo social: Menos de 33			
Escasos recursos afectivos: Menos de 15			
Escaso apoyo confidencial			

Ejemplo:

Apoyo confidencial		4	9		
Apoyo afectivo		10	3		
SUMA PARCIAL		14	12		
SUMA TOTAL					26



Codificación: El punto de corte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de **32 puntos en adelante**.

ESCALA DE DUKE- UNC

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5

10. Recibo consejos útiles cuando me ocurren algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo consejos útiles cuando estoy enferma/o en la cama	1	2	3	4	5
SUMA PARCIAL					
SUMA TOTAL					



TABLA DE MODIFICACIONES PRIMERA REVISION

Revisor 1	Respuesta al comentario	Ubicación
<p>Apoyo social - ESCALA DE DUKE-UNC acontecimientos vitales estresantes - Escala de Holmes Pero las mediciones antropomórficas no las operacionaliza.</p>	<p>Se realiza la operacionalización de variables antropométricas como se sugiere.</p>	<p>Página 74</p>
<p>La información proporcionada en los antecedentes no se relaciona en forma directa con el problema en estudio, desde el título no se refleja claramente que se plantea un estudio a nivel de frecuencia y distribución, y en los antecedentes plantean sólo estudios a nivel analítico. No refleja ningún estudio acorde al nivel que plantea el protocolo del tesista. Se recomienda realizar una búsqueda de cada factor por separado (estrés de los acontecimientos vitales de la vida diaria y percepción de apoyo social) en pacientes con obesidad, y así poder reflejar la frecuencia y distribución de ambas variables en diferentes contextos y verificar si existe discrepancia en los resultados que amerite la realización de dicho estudio, o si ya tiene que subir a un nivel más avanzado.</p>	<p>Se realiza una búsqueda exhaustiva y sistematizada en PubMed y BVS considerando y realizando cambios en los antecedentes de acuerdo a las observaciones realizadas.</p>	<p>Páginas 4-13</p>
<p>En el marco teórico se deben explicar las teorías de cada una de sus variables de interés, y la relación que hay entre ellas, pero deben ser teorías que parten de los libros o en su defecto, modelos teóricos.</p>	<p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones agregando modelos teóricos a partir de artículos citados en el</p>	<p>Páginas 22- 27</p>

<p>La justificación también presenta deficiencias debido a que carece de un orden lógico, intenta dejar en claro la magnitud del problema, pero lo aterriza a sobrepeso y obesidad, cuando en su título y todo el trabajo sólo ha hecho alusión a la obesidad, entonces se contiene información que no es necesaria, además de que no la aterriza a nivel local.</p> <p>De trascendencia menciona que hay comorbilidades de la obesidad, pero no hay referencias que lo sustenten. De vulnerabilidad, menciona que hay intervenciones fallidas, no hay referencias. No menciona nada acerca de la factibilidad y la viabilidad.</p> <p>Debido a la falta de claridad en sus antecedentes no se fundamenta de manera adecuada el planteamiento del problema, no hace alusión a los artículos manejados en sus antecedentes, no refleja en qué nivel del conocimiento se encuentra el problema ni las inconsistencias que lo han llevado a decidir la realización de la investigación, puedes revisar el libro de "Epidemiología básica" de la OPS o en el de "Epidemiología" de Leon Gordis para revisar el orden de los niveles del conocimiento (instrumental, frecuencia y distribución, analítico y experimental), y el libro de "Metodología de la investigación" de Hernández Sampieri para revisar cómo se realiza adecuadamente el planteamiento de problema.</p>	<p>texto de las páginas señaladas.</p> <p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre el objeto de estudio, obesidad.</p> <p>Se completó la información requerida sobre magnitud del problema.</p> <p>Se completó la información requerida sobre comorbilidades de obesidad.</p> <p>Se completó la información requerida sobre antecedentes referenciando artículos con Mendeley.</p>	<p>Páginas 33- 37</p> <p>Páginas 42- 47</p> <p>Páginas 34, 43, 44, 45.</p> <p>Páginas 5- 12</p>
--	--	---

<p>Generalmente los estudios descriptivos no necesitan hipótesis, sin embargo, Rojas Soriano en su “Guía para realizar investigaciones sociales” hace referencia a que se pueden realizar hipótesis de trabajo para este tipo de estudios, puedes buscar el libro de este autor y decidir si modificas las hipótesis de manera correcta o si las eliminas.</p> <p>No se fundamenta de manera adecuada los objetivos particulares, pues le faltan algunos objetivos que describan con precisión los pasos que lo llevarán a cumplir su objetivo general. Tener cuidado con el uso de verbos para los objetivos, ya que “distinguir” no es muy claro. Puedes buscar en la taxonomía de Bloom algún verbo que sea más adecuado para los objetivos de estudios descriptivos.</p> <p>No se fundamenta de manera adecuada los métodos, falta clarificar quien, cómo, cuándo y dónde realizara todos los procedimientos de recolección y análisis de datos.</p> <p>Las referencias bibliográficas no están bien señaladas, se refleja claramente que la tesista no utilizó un gestor de citas, están desordenadas y los números no corresponden a todas las citas. El planteamiento del problema comienza con la referencia no. 3 y así continúa citando a 5 – 6 autores más con esa misma referencia. Brinca del no. 3 al 20, en general no tiene un orden. Se recomienda el uso de un gestor</p>	<p>Se elimina hipótesis como se sugirió.</p> <p>Se completó la información requerida sobre objetivos particulares de acuerdo a la taxonomía de Bloom.</p> <p>Se completó la información requerida sobre métodos, análisis y recolección de datos.</p> <p>Se realizan correcciones señaladas citando con referencia cruzada por medio de Mendeley.</p>	<p>Página 49</p> <p>Páginas 48- 49</p> <p>Páginas 49 – 53</p> <p>Páginas 58- 60</p>
---	---	---

<p>de citas, tal como end note o mendeley.</p> <p>No está bien caracterizado el universo de trabajo, únicamente indica el universo de estudio pero no clarifica el punto de población blanco, población actual y población estudio, puedes consultar el libro de "Metodología de la investigación" de Hernández Sampieri para revisar cómo se realiza adecuadamente la caracterización de la población.</p> <p>De igual forma no está bien formulada la propuesta para obtener la muestra necesaria y adecuada para el estudio, no indica cómo la calculo ni de dónde se obtuvo el número que se propone. Para determinar el tamaño de muestra para un estudio transversal simple, puede revisar el libro de Argimón "Métodos de investigación" o el libro de Douglas Altman "Practical Statistics for medical research".</p> <p>En cuanto a la operacionalización de las variables, el cuadro no está bien desarrollado, contiene los elementos pero al parecer no está claro para la tesista cómo es el procedimiento, se recomienda leer (referencia), además de agregar algunas variables que faltan como el IMC. Puedes basarte en el libro de "Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología" de Kerlinger para realizar tu operacionalización.</p> <p>La reproducibilidad y validez de los métodos y/o instrumentos de</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre el universo de trabajo, universo de estudio, población blanco, población actual y población en estudio.</p> <p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre el cálculo de la muestra.</p> <p>Se completó la información requerida sobre operacionalización de variables.</p>	<p>Página 49</p> <p>Páginas 50-51</p> <p>Páginas 51, 68- 91</p>
--	--	---

<p>medición que se utilizarán en el estudio no está descrita, cuando se habla de los instrumentos, la referencia que se da no es del artículo de validación o adaptación del mismo, se recomienda poner la cita original del artículo de la validación de los mismos y hablar de su validez de contenido, aparente, constructo, de criterio (si la presentan) y de su confiabilidad,</p> <p>La descripción del estudio no es clara y no está suficientemente detallada, falta clarificar quien, cómo, cuándo y dónde se llevará a cabo cada proceso del estudio. La sistematización de la recolección de los datos no es adecuada, no deja claro cómo ni quién la llevará a cabo. No se describen los métodos para procesar los datos, ni como se trataran las variables. Se recomienda hacer este aparatado más detallado.</p> <p>Por último se recomienda cuida la sintaxis, redacción y en el apartado de la descripción del grupo de trabajo, explicitar en qué tesis ha participado su asesor y el campo de experiencia.</p>	<p>Se completó la información requerida sobre métodos, análisis y recolección de datos, además de validez.</p> <p>Se completó la información requerida de acuerdo a las observaciones realizadas por el revisor.</p> <p>Se corrige la información requerida sobre participación de asesor de tesis, es autor principal al colaborar con otros proyectos de tesis.</p>	<p>Páginas 49- 53</p> <p>Páginas 27- 33</p> <p>Páginas 51- 53</p> <p>Página 3</p>
---	---	---

Revisor 2	Respuesta al comentario	Ubicación
<p>RECOMENDACIONES Y COMENTARIOS DEL PROTOCOLO: "NIVEL DE ESTRÉS DERIVADO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES DE LA VIDA DIARIA Y PERCEPCION DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE OBESIDAD ADSCRITOS A LA UMF 1 DELEGACION AGUASCALIENTES QUE ACUDEN A NUTRIMSS DE AMBOS TURNOS".</p> <p>1.- Los antecedentes científicos se muestran de una manera muy generalista, no se describe de manera clara y pertinente el estado actual de conocimientos sobre el nivel de estrés y el apoyo social.</p> <p>En el marco teórico se recomienda homogeneizar las variables, por ejemplo, estrés puede entenderse como síndrome de adaptación general y alostasis. Se recomienda describir la metodología para la búsqueda bibliográfica.</p> <p>2.- En la justificación, así como en el marco teórico se confunde el objeto de estudio y se describen como símiles red social y apoyo social, e incluso de incorporan</p>	<p>Se realiza una búsqueda exhaustiva y sistematizada en PubMed y BVS considerando y realizando cambios en los antecedentes de acuerdo a las observaciones realizadas.</p> <p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones agregando modelos teóricos a partir de artículos citados en el texto de las páginas señaladas.</p> <p>Se completó la información requerida de acuerdo a las</p>	<p>Páginas 4-13</p> <p>Páginas 22- 27</p> <p>Páginas 4- 37</p>

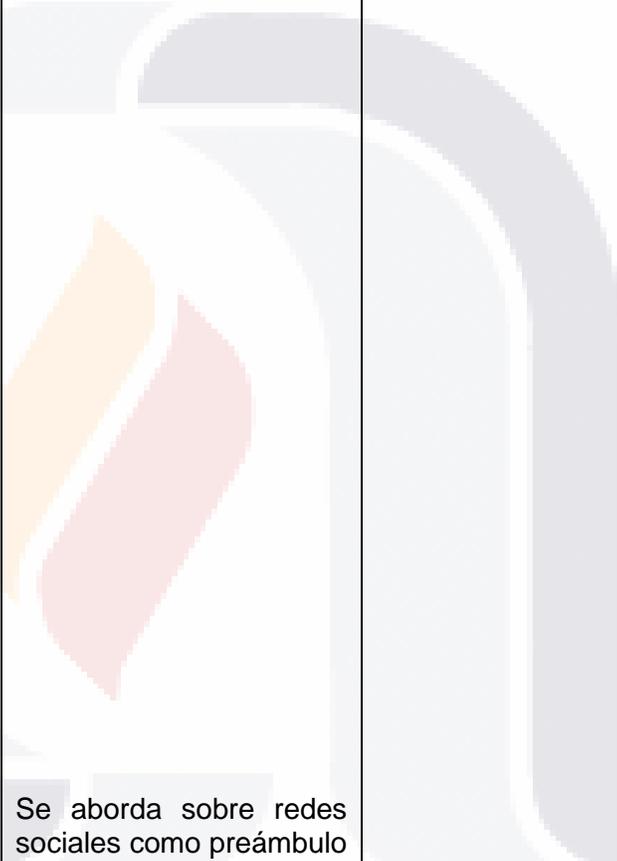
<p>variables como funcionamiento familiar que confunden.</p> <p>3.- En el planteamiento del problema no se identifica de manera clara el problema, ni se aísla de otros similares, no se tienen claras las variables, se realiza amplio detalle del programa NUTRIMSS y de la obesidad y sobrepeso en sí, pero se debe tener presente sus variables dependiente e independiente y la relación entre ellas.</p> <p>4.- En las hipótesis no hay un objetivo por cada hipótesis que se planteó, ni se identifica la dirección y el compromiso de cada hipótesis. Asimismo, no predicen la respuesta probable a la pregunta planteada. No se identifica la correlación entre las variables o su asociación.</p> <p>5.- En el programa de trabajo no está bien caracterizado el universo de trabajo y la propuesta para obtener la muestra adecuada para el estudio, se menciona además de los pacientes con sobrepeso y obesidad comorbilidades asociadas. Las unidades cuentan con censos de pacientes con sobrepeso y obesidad por lo que se puede identificar el universo y la descripción de la muestra.</p> <p>Se describen los criterios de selección, pero se encuentran incompletos y no adecuados de acuerdo al objetivo del estudio que se propone.</p>	<p>recomendaciones sobre justificación y marco teórico.</p> <p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones sobre planteamiento del problema.</p> <p>Se corrige la información requerida sobre la hipótesis, al ser estudio descriptivo no aplica y se elimina.</p> <p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre el cálculo de la muestra.</p> <p>Se realizan las modificaciones</p>	<p>Páginas 37- 48</p> <p>Página 49</p> <p>Páginas 50-51</p>
---	--	---

<p>La definición de las variables, tanto la conceptual como la operacional no se detallan de manera suficiente y clara.</p> <p>La reproducibilidad y validez de los métodos y los instrumentos de medición que se utilizarán en el estudio no está descrita. No se incluye control de calidad.</p> <p>Se describen los métodos para procesar los datos, sin embargo, la propuesta para el análisis estadístico es insuficiente, no es acorde a la forma en que se calculó el tamaño de la muestra.</p>	<p>sugeridas sobre los criterios de selección.</p> <p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre la definición de las variables.</p> <p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre la los métodos e instrumentos de medición.</p> <p>Se corrige la información requerida sobre el análisis estadístico y cálculo de tamaño de la muestra.</p>	<p>Páginas 50-51</p> <p>Página 50</p> <p>Páginas 27- 33; 51- 53</p> <p>Páginas 50-51</p>
--	---	--

Revisor 3	Respuesta al comentario	Ubicación
<p>En Antecedentes falta realizar una breve descripción de cómo se realizó la búsqueda. Especificar los descriptores que se utilizaron para realizar la búsqueda y en que buscadores (bvs web of science pubmed). Especificar cuántos artículos se obtuvieron, los que se excluyeron o estaban repetidos y al final cuántos artículos se revisaron.</p> <p>En los antecedentes y marco teórico al hacer la referencia de algún autor o investigación debe</p>	<p>Se realiza una búsqueda exhaustiva y sistematizada en PubMed y BVS considerando y realizando cambios en los antecedentes de acuerdo a las observaciones realizadas.</p>	<p>Páginas 4-13</p> <p>Páginas 4-12; 22- 27</p>

<p>irse a la referencia original no utilizar la referencia secundaria. Por ejemplo: La información plasmada de los antecedentes Gerace y George (1996) Hellerstedt y Jeffery (1997) Niedhammer et al. (1998) Strickland et al. (2007) es tomada del mismo artículo: Barry, D., y Petry, N. (2008) diferencias de género en las asociaciones entre eventos estresantes de la vida y el índice de masa corporal. Al igual que las referencias de Barry y Petry (2008) Laugero et al. (2010) y Harding et al. (2014) obtenido de la referencia Propio, KI, Picavet, HS, Bogers, RP, Verschuren, WM, y Bemelmans, WJ (2013) la asociación entre los eventos adversos de la vida y el cambio de peso corporal: resultados de un estudio de cohorte prospectivo. Hay que ir al artículo original y de ahí tomar la información para los antecedentes.</p>	<p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones agregando modelos teóricos a partir de artículos citados en el texto de las páginas señaladas.</p>	
<p>En los antecedentes incluir los resultados que se hayan obtenido de las investigaciones ya sea si fueron medidas frecuencia u OR s</p>	<p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones agregando estudios de frecuencia y OR a partir de artículos citados en el texto de las páginas señaladas.</p>	<p>Páginas 4-12</p>
<p>Se deben incluir antecedentes del apoyo social en pacientes con diagnóstico de obesidad.</p>	<p>Se agregó información de estudios acerca de apoyo social en otras patologías crónicas, debido a que en pacientes con</p>	<p>Páginas 4-12</p>

<p>En el marco teórico se debe hacer énfasis en las teorías que se aplican a la investigación.</p> <p>Falta profundizar sobre la teoría de estrés y la teoría que explica la influencia del estrés en la obesidad y los mecanismos asociados.</p> <p>Evitar cortar y pegar ejemplo: Selye postuló el síndrome de adaptación general, una respuesta fisiológica estereotipada que toma la forma de una serie de 3 etapas en la reacción a un factor estresante. La primera etapa es la reacción de alarma, en la que la médula suprarrenal libera epinefrina y la corteza suprarrenal produce glucocorticoides, los cuales ayudan a restaurar la homeostasis. (17) La restauración de la homeostasis conduce a la segunda etapa, la de la resistencia, en la que la defensa y la adaptación son sostenidas y óptimas. Si el factor estresante persiste, sigue la etapa de agotamiento y cesa la respuesta adaptativa; La consecuencia puede ser la enfermedad y la muerte. (17)</p> <p>Artículo McEwen B. S. (2005). Stressed or stressed out: what is the difference?. Journal of</p>	<p>diagnóstico con obesidad no se encontraron.</p> <p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones agregando modelos teóricos a partir de artículos citados en el texto de las páginas señaladas.</p> <p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones sobre teoría del estrés en la obesidad.</p> <p>Se toman en cuenta recomendaciones utilizando citas con Mendeley.</p>	<p>Páginas 22- 27</p> <p>Páginas 20- 22</p> <p>Todo el documento revisado.</p>
---	--	--

<p>psychiatry & neuroscience : JPN, 30(5), 315–318. Selye postulated the general adaptation syndrome, a stereotyped physiologic response that takes the form of a series of 3 stages in the reaction to a stressor. The first stage is the alarm reaction, in which the adrenal medulla releases epinephrine and the adrenal cortex produces glucocorticoids, both of which help to restore homeostasis. Restoration of homeostasis leads to the second stage, that of resistance, in which defence and adaptation are sustained and optimal. If the stressor persists, the stage of exhaustion follows, and adaptive response ceases; the consequence may be illness and death.</p> <p>En el marco teórico no es necesario abordar las redes sociales si no son parte del objeto de estudio.</p> <p>En la justificación hace referencia a la prevalencia de la obesidad en México con información del 2000 es importante actualizar la prevalencia ya que existen estudios más recientes.</p> <p>La justificación debe abordar la trascendencia a nivel de costos de la obesidad además falta la viabilidad y factibilidad del estudio.</p>	 <p>Se aborda sobre redes sociales como preámbulo para la percepción de apoyo social el cual si es objeto de estudio.</p> <p>Se actualiza información requerida de acuerdo a lo señalado.</p>	<p>Páginas 22- 24</p> <p>Páginas 33- 37</p>
--	--	---

<p>En el planteamiento del problema no demuestra en qué nivel de conocimiento se tiene sobre el nivel de estrés, el apoyo social y la obesidad. En el planteamiento se debe fundamentar la falta de claridad o si existen discrepancias sobre los hallazgos de las distintas investigaciones o si hay una falta de conocimiento. Falta la naturaleza del problema ya que solo refiere que no se cuentan con estudios similares y que existe controversia se debe fundamentar más.</p>	<p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones sobre la trascendencia.</p>	<p>Páginas 33- 37</p>
<p>En los objetivos falta el objetivo de caracterizar socio demográficamente la población.</p>	<p>Se corrige la información requerida sobre el nivel de conocimiento y naturaleza del problema.</p>	<p>Páginas 37-47</p>
<p>El cuarto objetivo de medir las redes de apoyo social no se puede realizar con la escala de Duke-INC ya que esta no mide las redes de apoyo social.</p>	<p>Se corrige la información requerida sobre la caracterización sociodemográfica de la población.</p>	<p>Página 48</p>
<p>Primer párrafo de la sección de hipótesis es parecido al objetivo.</p>	<p>Se corrige la información requerida sobre lo señalado, la escala de DUKE mide la percepción de apoyo social.</p>	<p>Página 48</p>
<p>Material y métodos En el universo de estudio falta especificar la unidad de análisis.</p>	<p>Se corrige información requerida, se eliminó hipótesis a ser un estudio descriptivo.</p>	<p>Página 49</p>
<p>Especificar como se calculará el tamaño de muestra.</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas</p>	<p>Página 49</p>

<p>Falta definir las variables que se van a estudiar.</p> <p>En material y métodos se debe describir los instrumentos que se van a aplicar e incluir información sobre la validez y confiabilidad de los mismos.</p> <p>Falta describir mejor el plan de procesamiento y análisis de datos.</p>	<p>sobre el universo de estudio.</p> <p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre el cálculo de la muestra.</p> <p>Se definen las variables dependientes e independientes.</p> <p>Se completó la información requerida sobre material y métodos acorde a las observaciones realizadas por revisor.</p> <p>Se completó la información requerida sobre análisis y recolección de datos.</p>	<p>Página 48</p> <p>Página 50-51</p> <p>Página 51</p> <p>Páginas 27- 33; 63-67</p> <p>Páginas 51- 53</p>
---	--	--

TABLA DE MODIFICACIONES SEGUNDA REVISION

REVISOR 1		
	Respuesta al comentario	Ubicación
<p>MEDICIONES</p> <p>Se realizaron los cambios propuestos</p>		

<p>ANTECEDENTES</p> <p>Se cambió la estrategia de búsqueda para presentar artículos a nivel descriptivo, sin embargo, en los antecedentes no se presentan los resultados de frecuencia y distribución de las investigaciones, se retoman datos que no son relevantes. Uno de sus estudios presenta resultados de asociación, que no es pertinente para el proyecto por la naturaleza del nivel del mismo, (descriptivo, no analítico).</p> <p>MARCO TEÓRICO</p> <p>Se da una explicación muy larga de obesidad, lo cual no es pertinente, ya que no es su objeto de estudio, es parte de una característica del sujeto de estudio. Mostrar únicamente TEORÍAS de Nivel de estrés derivado de los acontecimientos vitales y de percepción de apoyo social, e indicar con cuál teoría de</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre los antecedentes en base a las observaciones.</p> <p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre las teorías de cada objeto de estudio, en este caso estrés derivado de los acontecimientos vitales y de percepción de apoyo social.</p>	<p>Páginas 5-13</p> <p>Páginas 14-20</p>
--	---	--

<p>cada objeto de estudio se va a trabajar.</p> <p>En cuanto a los instrumentos que vas a usar para medir tus dos variables, es necesario que presentes evidencia de su validez (aparente, contenido, constructo, criterio) y de su confiabilidad, y la adaptación que se haya hecho para México en la población que quieres.</p> <p>JUSTIFICACIÓN La justificación está conformada por aspectos que no son destacados en la redacción del proyecto, se plantea información que no es relevante y es muy extensa, por favor revisar el apartado de Justificación en la “Guía para escribir un protocolo de investigación” de la OPS.</p> <p>PLANTEAMIENTO</p>	<p>Se corrigió la información requerida de acuerdo a las recomendaciones sobre validez y confiabilidad de ambos instrumentos.</p> <p>Se corrigió la información requerida de acuerdo a las recomendaciones sobre justificación a partir de artículos citados en el texto de las páginas señaladas y en base a la “Guía para escribir un protocolo de investigación” de la OPS.</p>	<p>Páginas 37-43</p> <p>Páginas 20-22</p>
---	--	---

<p>El planteamiento del problema es un análisis de los artículos presentados en la sección de antecedentes, en el cuál planteas si se han observado consistencias o inconsistencias en los resultados de las mismas, justificando el por qué se está realizando el estudio propuesto. En su caso, ya que está proponiendo un estudio a nivel descriptivo de dos variables, debió encontrar inconsistencias en la frecuencia y distribución de esas variables en sus estudios descritos en los antecedentes, y en este apartado hacer un análisis de a qué se deben dichas inconsistencias, ya sea por tener diferentes poblaciones, diferente instrumento de estudio, etc. Si se tiene duda revisar el apartado de Planteamiento del Problema en la “Guía para escribir un protocolo de investigación” de la OPS.</p> <p>HIPÓTESIS</p>	<p>Se corrigió la información requerida de acuerdo a las recomendaciones sobre planteamiento de problema de acuerdo a las observaciones realizadas por el revisor.</p>	<p>Páginas 22- 26</p>
---	--	-----------------------

<p>Se cumplió con los cambios sugeridos</p> <p>OBJETIVOS Los objetivos son correctos, sólo revisar si el verbo “medir” es el adecuado para este nivel del conocimiento (descriptivo) o si se puede utilizar un verbo más adecuado como “evaluar”.</p> <p>MÉTODO</p> <p>PROCEDIMIENTO Se realizaron los cambios sugeridos.</p> <p>REFERENCIAS Se realizaron los cambios sugeridos.</p> <p>UNIVERSO DE TRABAJO Se realizaron los cambios sugeridos.</p> <p>MUESTRA Se realizaron los cambios sugeridos.</p> <p>OPERACIONALIZACIÓN En el apartado de “Variables de estudio”, modificar variable</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre los verbos utilizados en los objetivos.</p>	<p>Páginas 31-32</p>
---	---	----------------------

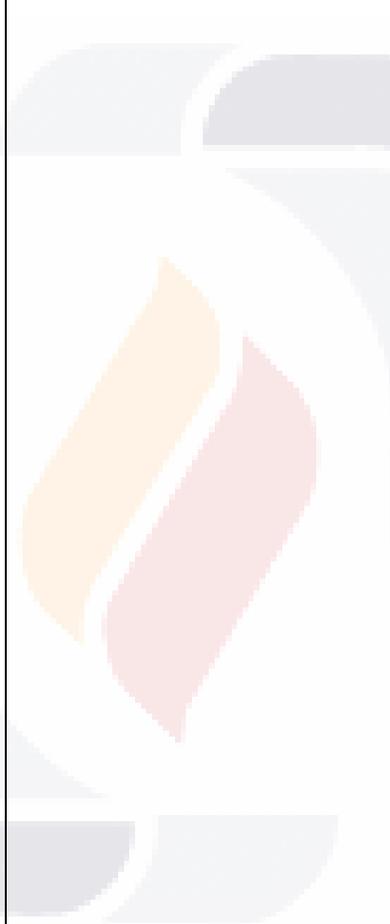
<p>dependiente e independiente, porque al ser un estudio descriptivo, no se cuenta con ellas, son dos variables que se medirán por separado (estrés derivado de eventos vitales y percepción de apoyo social), sin intentar evaluar una asociación entre ellas. Obesidad no es una variable, es una característica de su sujeto de estudio.</p> <p>INSTRUMENTO Se cumplió con los cambios solicitados.</p> <p>DESCRIPCIÓN DE ESTUDIO Falta indicar en qué lugar se realizará la aplicación de ambos instrumentos y mediciones a los pacientes. Lo demás, en general bien, se cumplió con los cambios solicitados.</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre las variables de estudio, se elimina la obesidad como variable.</p> <p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones</p>	<p>Página 34</p>
---	--	------------------

<p>Ampliar la redacción del apartado de cómo se van a analizar los datos porque solo se indica que se recabaran los datos en Excel y que programa utilizaran, pero falta indicar que resultados se plantea obtener en cuanto a la frecuencia y distribución.</p>	<p>agregando el lugar de la aplicación de los instrumentos y como se llevará a cabo la somatometría.</p>	<p>Páginas 35-37</p>
<p>SINTAXIS</p> <p>Se realizaron los cambios sugeridos.</p>	<p>Se completó la información requerida de acuerdo a las recomendaciones agregando método de análisis de los datos: Se realizará estadística descriptiva obteniendo distribución de valores relativos y absolutos (frecuencias y porcentajes). Para la descripción de características sociodemográficas, como variables cuantitativas se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana.</p>	<p>Páginas 36-37</p>

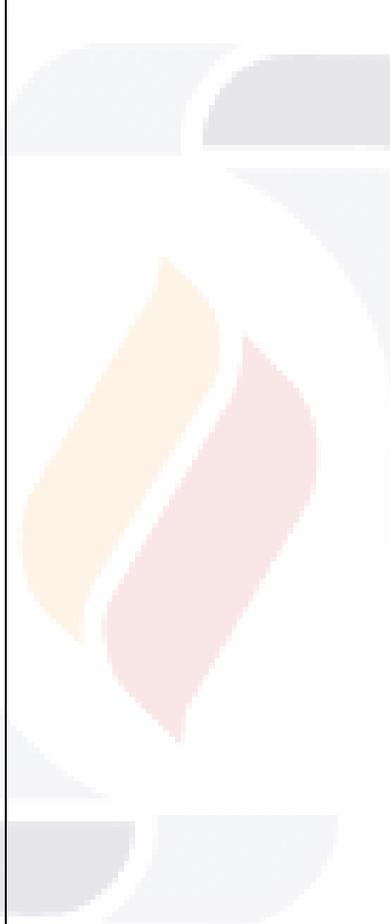
--	--	--

REVISOR 2

<p>En los antecedentes hay algunos que están cortados y pegados tal cual del artículo, por ejemplo: protocolo: JA Walcott-McQuigg (1995) realiza un estudio titulado “The relationship between stress and weight-control behavior in African-American women” en el cual diseñó un campo exploratorio para examinar factores psicosociales seleccionados que influyen en el comportamiento de control de peso de las mujeres afroamericanas de ingresos medios.</p> <p>Se utilizó una metodología de triangulación en la que se recopilaron datos cualitativos y cuantitativos. Primero, se realizaron</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre los antecedentes.</p>	<p>Páginas 5-13</p>
---	---	---------------------

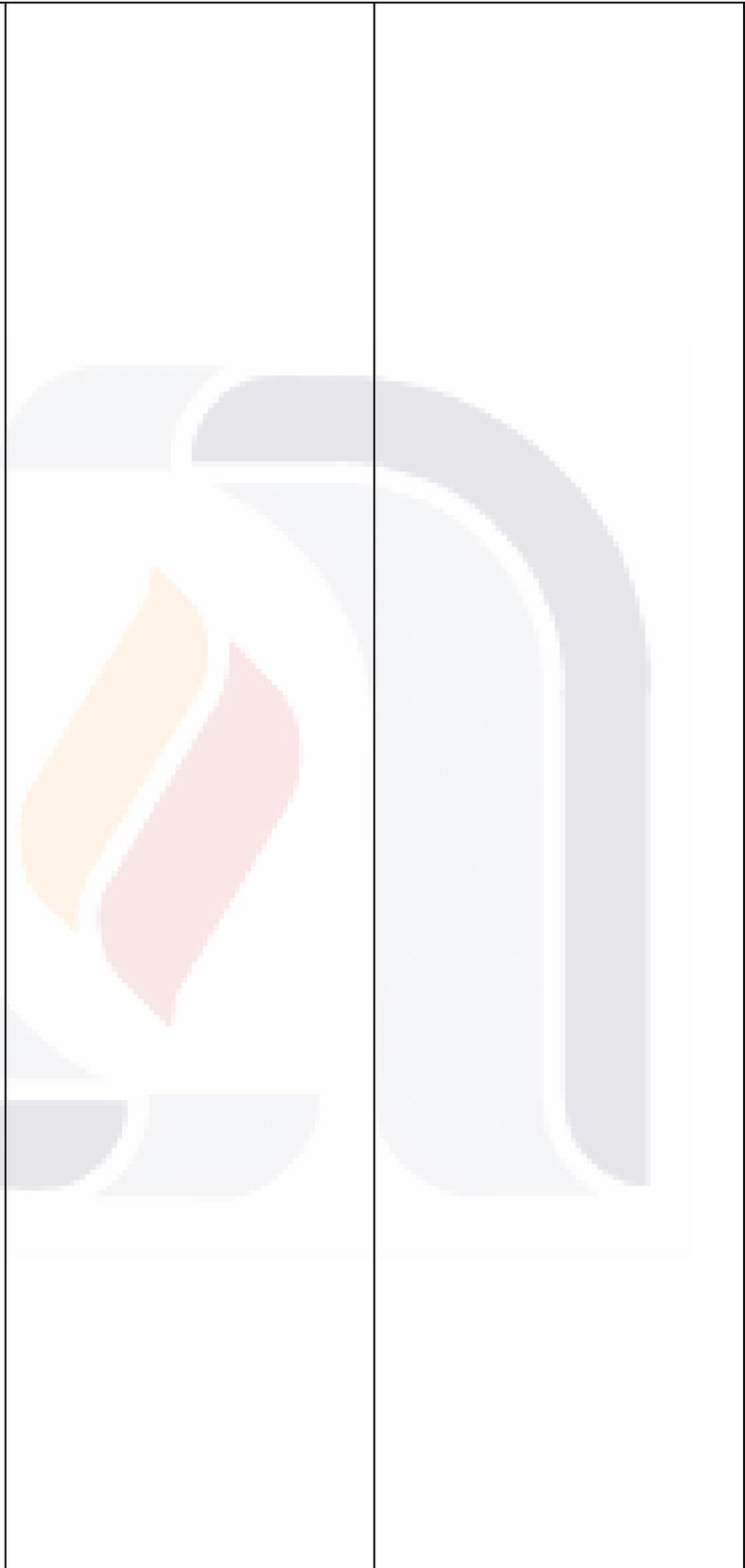
<p>entrevistas semiestructuradas con 36 mujeres afroamericanas entre las edades de 25 y 75 años. Segundo, se administró una Escala de Estrés Global para medir el estrés percibido. El análisis estadístico de los datos reveló una correlación positiva entre el peso corporal y el estrés en que las mujeres que tenían más sobrepeso experimentaban más estrés. Obtenido del Artículo: An exploratory field was designed to examine selected psychosocial factors that influence the weightcontrol behavior of middle-income AfricanAmerican women. A triangulation methodology was used in which both qualitative and quantitative data were collected. First, semistructured interviews were held with 36 African American women between the ages of 25 and 75. Second, a Global Stress Scale was administered to measure perceived stress.</p>		
--	---	--

<p>Statistical analysis of the data revealed a positive correlation between body weight and stress in that women who were more overweight were experiencing more stress.</p>		
<p>Sigue poniendo en los antecedentes de referencias tomadas de algún artículo sin irse a la referencia original que cita el artículo y redactarlo por ejemplo en el antecedente de Barry y Petry hace referencia de otro antecedente de Hellerstedt and Jeffery (1997) pero lo toma textual del artículo de Barry y Petry ej En el artículo: Hellerstedt and Jeffery (1997) found greater job demands were associated with higher fat intake, and greater job latitude with more exercise. Higher job stress may therefore contribute to behaviors that lead to</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre los antecedentes y cita en referencia original.</p>	<p>Páginas 5-13</p>

<p>weight gain, and lower stress to behaviors that maintain healthy body weight. Y esta escrito textualmente en el protocolo: Hellerstedt y Jeffery (1997) encontraron que las mayores demandas laborales se asociaron con una mayor ingesta de grasas y una mayor latitud laboral con más ejercicio. Por lo tanto, un mayor estrés laboral puede contribuir a comportamientos que conducen al aumento de peso y un menor estrés a comportamientos que mantienen un peso corporal saludable.</p> <p>En algunos los antecedentes sigue sin poner adecuadamente los resultados de los artículos por ejemplo el artículo }de barry y petry y el de Crave, keefer et al presentan resultados en OR's pero en</p>		
--	---	--

<p>el antecedente en el protocolo no hace referencia a los resultados.</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas sobre los antecedentes haciendo referencia a los resultados como se sugirió por el revisor.</p>	<p>Páginas 5-13</p>
<p>En la parte del marco teórico se comentó que no cortara y pegara textual en el síndrome de adaptación de Seyle sin embargo deo lo mismo solo puso otra referencia pero es tomado de la referencia de mc Ewen ejemplo: Protocolo: Selye postuló el síndrome de adaptación general, una respuesta fisiológica estereotipada que toma la forma de una serie de 3 etapas en la reacción a un factor estresante. La primera etapa es la reacción de alarma, en la que la médula suprarrenal libera epinefrina y la corteza suprarrenal produce glucocorticoides, los cuales ayudan a restaurar la homeostasis.²⁹ (Pilnik, 2010) La restauración de la homeostasis conduce a la</p>	<p>Se realizan las modificaciones sugeridas en el apartado de marco teórico, específicamente sobre las teorías de cada objeto de estudio, en este caso estrés derivado de los acontecimientos vitales y de percepción de apoyo social.</p>	<p>Páginas 14-20</p>

segunda etapa, la de la resistencia, en la que la defensa y la adaptación son sostenidas y óptimas. Si el factor estresante persiste, sigue la etapa de agotamiento y cesa la respuesta adaptativa; La consecuencia puede ser la enfermedad y la muerte.²⁹ (Pilnik, 2010). Lo cual fue obtenido del artículo: Stressed or stressed out: What is the difference? Bruce S. McEwen: Selye postulated the general adaptation syndrome, a stereotyped physiologic response that takes the form of a series of 3 stages in the reaction to a stressor. The first stage is the alarm reaction, in which the adrenal medulla releases epinephrine and the adrenal cortex produces glucocorticoids, both of which help to restore homeostasis. Restoration of homeostasis leads to the second stage, that of resistance, in which defence and adaptation are



<p>sustained and optimal. If the stressor persists, the stage of exhaustion follows, and adaptive response ceases; the consequence may be illness and death.</p> <p>En la naturaleza del problema aún no queda claro el nivel del conocimiento en el que se encuentra el problema, tampoco si hay falta de conocimiento o falta de claridad o discrepancias.</p> <p>En la parte de material y métodos no describe la validez de los instrumentos que se utilizarán.</p>	<p>Se corrigió la información requerida de acuerdo a las recomendaciones en el apartado de naturaleza del problema sobre falta de</p>	<p>Páginas 22-31</p>
---	---	----------------------

	<p>conocimiento y discrepancias.</p> <p>Se corrigió la información requerida de acuerdo a las recomendaciones sobre validez y confiabilidad de ambos instrumentos.</p>	<p>Páginas 37-43</p>
REVISOR 3		
SIN COMENTARIOS		