



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1

TESIS

DIMENSIONES DE LA TEORÍA DE ACCIÓN PLANEADA (ACTIVIDAD FÍSICA) ASOCIADAS A EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

PRESENTA

Lourdes Haydeé Gómez Navarro

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

TUTOR

Dra. Jannett Padilla López

Aguascalientes, Ags., a 20 de Febrero del 2014



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

LOURDES HAYDEÉ GÓMEZ NAVARRO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

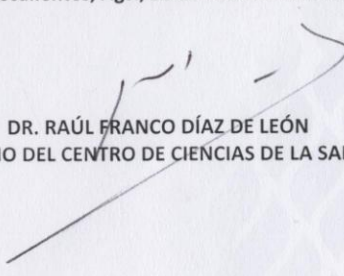
Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“DIMENSIONES DE LA TEORÍA DE ACCIÓN PLANEADA (ACTIVIDAD FÍSICA) ASOCIADAS A EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

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

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

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 20 de Febrero de 2014.


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

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



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2014.

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

PRESENTE.

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

LOURDES HAYDEÉ GÓMEZ NAVARRO

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

“DIMENSIONES DE LA TEORÍA DE ACCIÓN PLANEADA (ACTIVIDAD FÍSICA) ASOCIADAS A EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN AGUASCALIENTES “

No. De Registro: R-2013-101-20 del Comité local de investigación en Salud No. 101.

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

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

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

ATENTAMENTE
Carlos A. Prado A.
DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2014.

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

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. LOURDES HAYDEÉ GÓMEZ NAVARRO**, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

“DIMENSIONES DE LA TEORÍA DE ACCIÓN PLANEADA (ACTIVIDAD FÍSICA) ASOCIADAS A EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN AGUASCALIENTES “

Ha concluido satisfactoriamente.

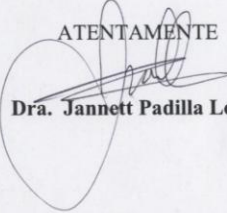
Número de registro: R-2013-101-20 del Comité Local de Investigación No. 101

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

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

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

ATENTAMENTE


Dra. Jannett Padilla López

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, por darme la vida, por darme la bendición de ayudar a mi prójimo a través de mi profesión. Por las grandes lecciones durante 3 años de especialidad con las cuales aprendí que todo lo puedo si confío en El.

A mis Padres, por darme la maravillosa oportunidad de existir en sus vidas, por apoyarme en todo momento, en cada caída, en cada desvelo. Por enseñarme que no importa cuántas veces me caiga, lo importante es ser más fuerte y aprender de lo vivido. Gracias por ser mi pilar en este logro. Este triunfo es suyo.

A mi hermano, por mostrarme que no hay distancia cuando te une el corazón. Por todo su apoyo, por cada lágrima y risa compartida. Por creer en mí a lo largo de este proyecto llamado vida y profesión. Gracias por todos tus consejos para lograr mi proyecto de tesis.

A los Arcángeles, Ángeles y seres de luz que me guiaron e iluminaron para lograr cada objetivo en mi vida, en la especialidad y proyecto de tesis.

A mi asesora Jannett Padilla López, por aceptar el reto de ser mi asesora, por todo su apoyo, por creer en mí aun cuando pensé en dejarlo todo. Gracias por tu fuerza, tu paciencia, tu tenacidad y dedicación. "Lo logramos".

A mi Abuelita Josefina Jaramillo Vargas, por haber creído siempre en mí, porque sé que desde el paraíso has apoyado cada paso en este proyecto, te llevaré siempre en mi corazón. No lograste festejar este logro en vida, pero sé que desde dónde estás, compartes la felicidad de lograr un sueño más.

A mi gran amiga Rosy Márquez, por ser mi ángel y familia en esta aventura de vida en esta ciudad y en la especialidad. Gracias por tus enseñanzas y todo tu apoyo.

Al Dr. Alfonso Magaña, por ser mi maestro de especialidad y de vida, gracias por sus enseñanzas.

A todos mis maestros, porque me enseñaron a sacar siempre lo mejor de mí.

Gracias a las autoridades y compañeros del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes, por todo su apoyo durante la especialidad.

A mis amigos, porque aún en la distancia compartieron cada momento, cada reto, cada alegría y cada lágrima, siempre enseñándome que todo sucede para algo, que no hay más limitación que la que una misma se pone. Amigos de México D.F., Aguascalientes, Nayarit, Sonora, Cuernavaca, León, San Diego, Barcelona, mil gracias.

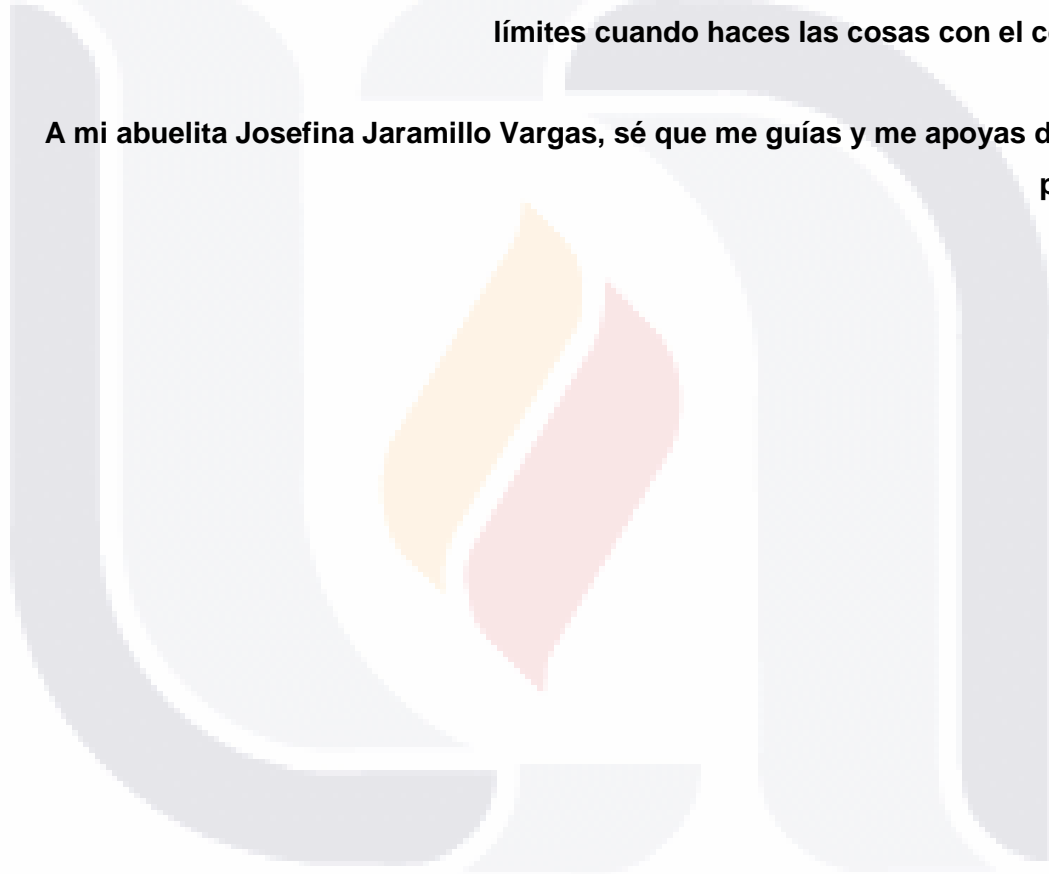
DEDICATORIAS

A Dios, por darme la grandiosa oportunidad de la vida y de esta misión tan maravillosa llamada medicina.

A mis padres, por darme la vida, su apoyo, su amor y su luz en esta misión.

A mi hermano, por ser mi Ángel en la tierra, por creer en mí y enseñarme no existen límites cuando haces las cosas con el corazón.

A mi abuelita Josefina Jaramillo Vargas, sé que me guías y me apoyas desde el paraíso.



ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE GENERAL | 1 |
| INDICE DE TABLAS | 6 |
| ÍNDICE DE GRÁFICAS | 7 |
| ÍNDICE DE FIGURAS | 8 |
| ACRÓNIMOS | 9 |
| RESUMEN | 10 |
| ABSTRACT | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| | |
| I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS | 13 |
| I.1 Antecedentes Científicos de las Dimensiones de la Teoría de la Acción Planeada..... | 13 |
| I.2 Antecedentes Científicos de los Dimensiones de la Teoría de la Acción Razonada..... | 17 |
| I.3 Antecedentes científicos de Obesidad y Sobrepeso..... | 22 |
| II. MARCO TEÓRICO | 29 |
| II.1 Sobrepeso y obesidad | 29 |
| II.1.1 Aspectos generales del sobrepeso y la obesidad | 29 |
| II.1.2 Etiología | 29 |
| II.1.3 Fisiopatología | 31 |
| II.1.4 Aspectos psicológicos de la obesidad | 32 |
| II.1.5 Diagnóstico | 32 |
| II.1.6 Tratamiento | 33 |
| II.2 Teorías y modelos que explican las dimensiones de la teoría de acción planeada . | 34 |
| II.2.1 Introducción..... | 34 |
| II.2.2 Teoría de acción razonada | 36 |
| II.2.2.1 Formación de creencias..... | 38 |
| II.2.2.2 Actitudes | 39 |
| II.2.2.3 Normas subjetivas | 40 |
| II.2.2.4 Intención conductual | 41 |
| II.2.2.5 Conducta | 41 |

| | |
|--|-----------|
| II.2.2.6 Definición y medición de la conducta | 41 |
| II.2.2.7 Predicción de la conducta | 42 |
| II.2.2.8 Intenciones conductuales..... | 42 |
| II.2.2.9 Componentes actitudinal y normativo | 43 |
| II.2.2.10 Limitaciones de la teoría de acción razonada | 43 |
| II.2.2.11 Teoría de la acción planeada..... | 44 |
| II.2.2.12 Control conductual percibido..... | 45 |
| II.2.2.13 La Teoría de la acción planeada y la conducta preventiva | 45 |
| II.2.3 Actividad física | 46 |
| II.2.3.1 Recomendaciones actividad física | 47 |
| II.2.3.2 Beneficios de la actividad física | 49 |
| III. JUSTIFICACIÓN..... | 50 |
| IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA..... | 52 |
| IV.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio..... | 52 |
| IV.2 Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, ó delegación de estudio..... | 54 |
| IV.3 Descripción del sistema de atención de la salud. | 56 |
| IV.3.1 Nivel legislativo | 56 |
| IV.3.2 Normas | 57 |
| IV.4 Nivel ejecutivo..... | 57 |
| IV.4.1 Acceso efectivo | 58 |
| IV.4.2 Calidad en el servicio | 58 |
| IV.4.3 Prevención | 58 |
| IV.4.4 Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes | 58 |
| IV.4.4.1 Salud Pública..... | 58 |
| IV.4.4.2 Atención Médica Oportuna | 59 |
| IV.4.4.3 Regulación sanitaria y política fiscal a favor de la salud..... | 59 |
| IV.4.5 Nivel operativo | 59 |
| IV.4.5.1 PREVENIMSS..... | 60 |
| IV.4.5.2 Programa pasos por la Salud | 61 |
| IV.4.5.3 Cinco Pasos por la Salud | 61 |

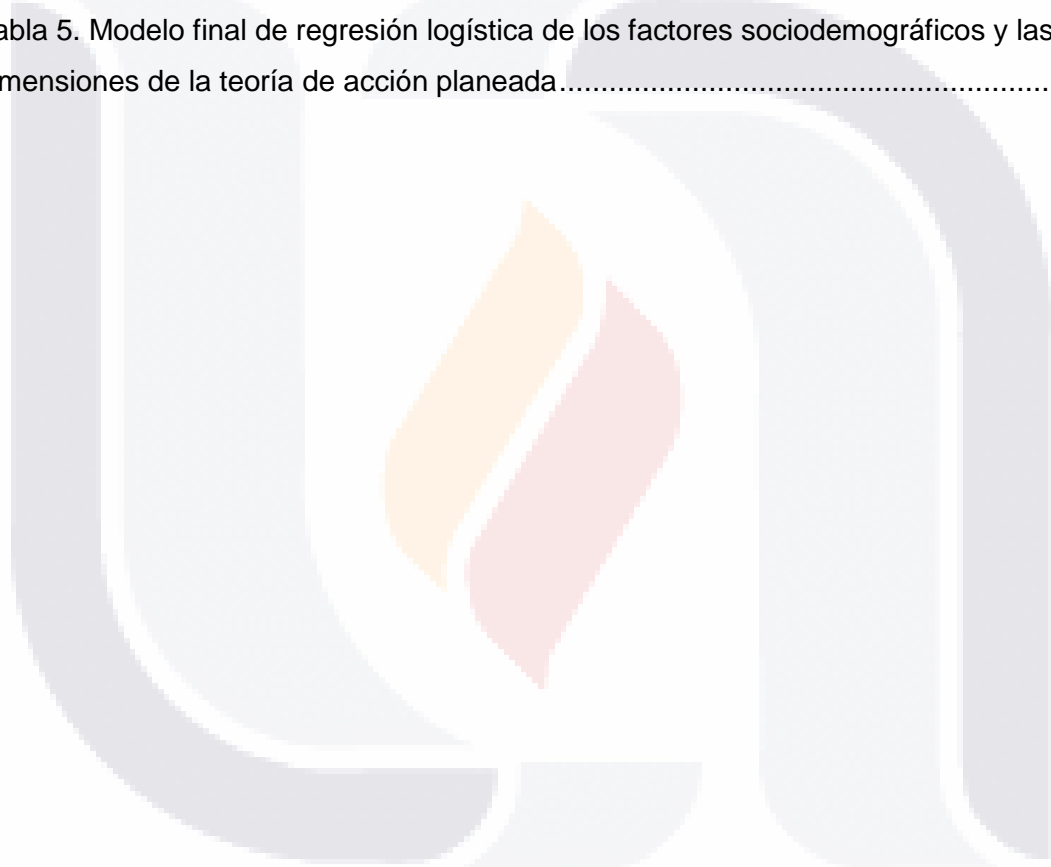
| | |
|--|-----------|
| IV.4.5.4 PREVENISSSTE | 61 |
| IV.4.5.5 PPRESYO | 61 |
| IV.4.5.6 Programa “Chécate, Mídete, Muévete” | 62 |
| IV.4.5.7 Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad exógena..... | 62 |
| IV.5 Descripción de la naturaleza del problema | 62 |
| IV.6 Descripción de la distribución del problema (¿Quiénes están afectados, dónde y cuándo?) | 63 |
| IV.7 Descripción de la gravedad del problema..... | 63 |
| IV.8 Análisis de los factores que pueden influir en el problema..... | 68 |
| IV.9 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo | 68 |
| IV.10 Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema | 70 |
| IV.11 Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizaran para solucionar el problema | 71 |
| IV.12 Lista de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema | 72 |
| IV.12.1 Variables Dependientes | 72 |
| IV.12.1.1 Índice de Masa Corporal (IMC)..... | 72 |
| IV.12.1.2 Peso normal | 72 |
| IV.12.1.3 Sobrepeso | 72 |
| IV.12.1.4 Obesidad..... | 72 |
| IV.12.1.5 Actividad física..... | 72 |
| IV.12.2 Variables Independientes..... | 73 |
| IV.12.2.1 Dimensiones de acción planeada | 73 |
| IV.12.2.2 Actitud | 73 |
| IV.12.2.3 Norma Subjetiva | 73 |
| IV.12.2.4 Control percibido | 73 |
| IV.12.2.5 Intención conductual..... | 73 |
| IV.13 Pregunta de Investigación | 74 |
| V. OBJETIVO..... | 75 |
| V.1 Objetivo general | 75 |

| | |
|--|-----------|
| V.2 Objetivos específicos..... | 75 |
| VI. HIPÓTESIS..... | 77 |
| VI.1 Hipótesis alterna..... | 77 |
| VI.2 Hipótesis nula..... | 78 |
| VII. MATERIAL Y MÉTODOS | 79 |
| VII.1 Diseño del estudio..... | 79 |
| VII.2 Población de estudio | 79 |
| VII.2.1 Universo de Trabajo..... | 79 |
| VII.2.2 Unidad de Análisis | 79 |
| VII.2.3 Criterios de inclusión..... | 79 |
| VII.2.4 Criterios de no inclusión..... | 80 |
| VII.2.5 Criterios de eliminación..... | 80 |
| VII.3 Tipo de muestreo..... | 80 |
| VII.4 Logística..... | 81 |
| VII.5 Recolección de datos | 81 |
| VII.6 Técnica de recolección de datos | 82 |
| VII.7 Validez de instrumento | 82 |
| VII.7.1 Validez aparente..... | 83 |
| VII.7.3 Validez de contenido..... | 83 |
| VII.7.4 Validez del constructo..... | 83 |
| VII.7.4.1 Actitud | 83 |
| VII.7.4.1.1 Confiabilidad..... | 83 |
| VII.7.4.1.2 Validez de constructo..... | 84 |
| VII.7.5 Normas Subjetivas..... | 84 |
| VII.7.5.1 Confiabilidad..... | 84 |
| VII.7.5.2 Validez del constructo..... | 84 |
| VII.7.6 Intención | 84 |
| VII.7.6.1 Confiabilidad..... | 84 |
| VII.7.6.2 Validez del constructo..... | 85 |
| VII.7.6.3 Control percibido | 85 |
| VII.7.6.3.1 Confiabilidad..... | 85 |
| VII.7.6.3.2 Validez del constructo..... | 85 |
| VII.8 Plan para procesamiento y análisis de datos..... | 87 |

| | |
|---|------------|
| VII.8.1 Procesamiento de datos | 87 |
| VII.8.2 Análisis de datos..... | 87 |
| VII.9 Transformación de datos | 87 |
| VII.10 Descripción de variables y operacionalización de las variables | 88 |
| VII.10.1 Variables Dependientes | 88 |
| VII.10.1.1 Índice de Masa Corporal (IMC)..... | 88 |
| VII.10.1.2 Peso normal | 88 |
| VII.10.1.3 Sobrepeso | 88 |
| VII.10.1.4 Obesidad..... | 88 |
| VII.10.1.5 Actividad Física..... | 89 |
| VII.10.2 Variables Independientes..... | 89 |
| VII.10.2.1 Dimensiones de acción planeada | 89 |
| VII.10.2.2 Actitud | 89 |
| VII.10.2.3 Norma Subjetiva | 89 |
| VII.10.2.4 Control percibido | 89 |
| VII.10.2.5 Intención conductual..... | 89 |
| VII.10.3 Variables confusoras..... | 90 |
| VII.11 Recursos, financiamientos y factibilidad | 90 |
| VII.11.1 Hoja de gastos | 90 |
| VIII. ASPECTOS ÉTICOS | 91 |
| IX. RESULTADOS | 92 |
| X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 102 |
| CONCLUSIONES | 104 |
| RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO | 106 |
| GLOSARIO | 107 |
| BIBLIOGRAFÍA | 108 |
| ANEXOS..... | 117 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Análisis de variables..... | 86 |
| Tabla 2. Gastos..... | 90 |
| Tabla 3. Factores Socio-demográficos y Dimensiones de la Teoría de Acción Planeada Asociada al sobrepeso y Obesidad en Adultos de 20 a 64 Años..... | 92 |
| Tabla 4. Factores Socio-demográficos y Dimensiones de la Teoría de Acción Planeada Asociada al sobrepeso y Obesidad en Adultos de 20 a 64 Años..... | 98 |
| Tabla 5. Modelo final de regresión logística de los factores sociodemográficos y las dimensiones de la teoría de acción planeada..... | 100 |



ÍNDICE DE GRÁFICAS

| | |
|--|----|
| Gráfica 1. TAR | 44 |
| Gráfica 2. Teoría de la acción planeada | 46 |
| Gráfica 3. Habitantes de Aguascalientes..... | 52 |
| Gráfica 4. Distribución de la población de 15 años más según su nivel de escolaridad.... | 53 |
| Gráfica 5. Disponibilidad de servicios en la vivienda. | 53 |
| Gráfica 6. Distribución de la población según institución de derechohabiencia. | 54 |
| Gráfica 7. prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de los adultos con derechohabiencia en alguna institución de seguridad social. | 55 |
| Gráfica 8. Prevalencias de sobrepeso por tipo de localidad | 55 |
| Gráfica 9. Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población adulta (20 años o mas), por sexo. | 65 |
| Gráfica 10. Tendencias en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en adultos en el periodo 2000 a 2012. | 66 |
| Gráfica 11. Turno | 94 |
| Gráfica 12. Género..... | 94 |
| Gráfica 13. Nivel de estudios..... | 95 |
| Gráfica 14. Estado civil..... | 95 |
| Gráfica 15. Ocupación..... | 96 |
| Gráfica 16. IMC | 96 |
| Gráfica 17. Consultorio..... | 97 |

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual del Programa Nacional de Salud 2007-2012.57



ACRÓNIMOS

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

TAP: Teoría de la Acción Planeada.

TAR: Teoría de la Acción Razonada.

CONACRO: Consejo Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

IMC: Índice de Masa Corporal.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

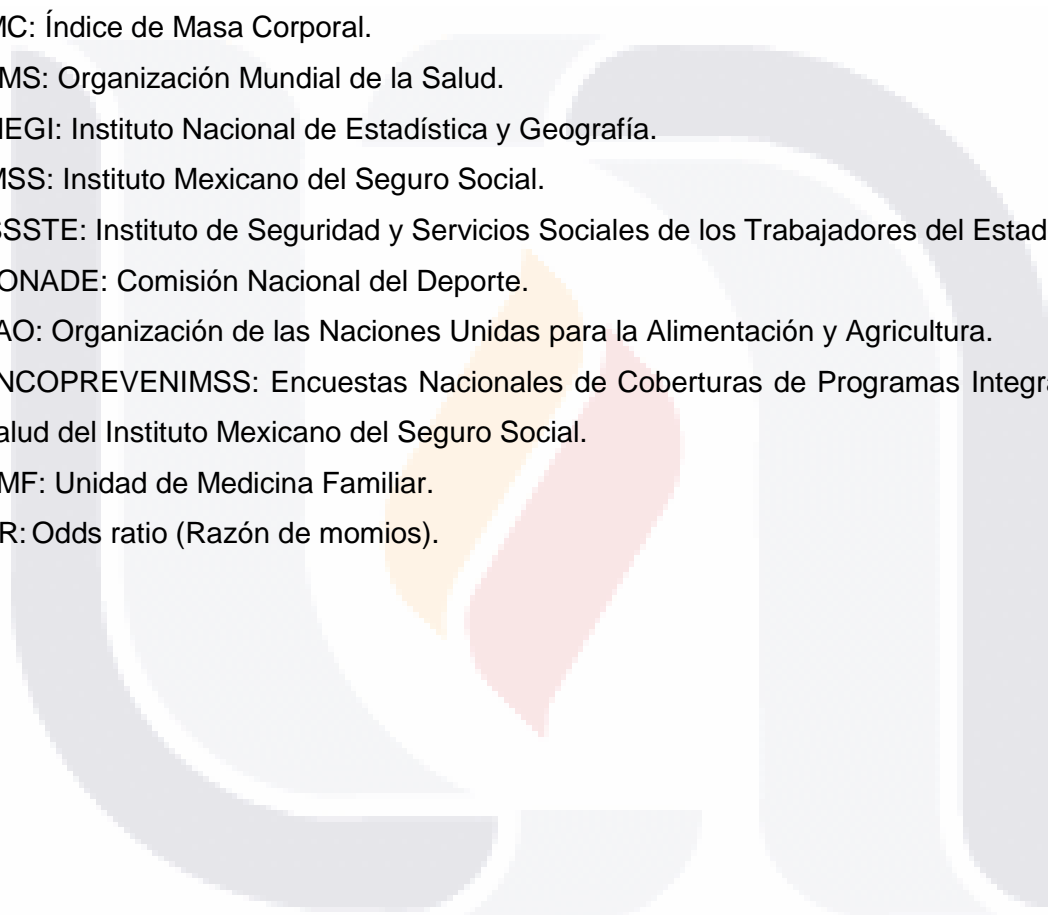
CONADE: Comisión Nacional del Deporte.

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura.

ENCOPREVENIMSS: Encuestas Nacionales de Coberturas de Programas Integrados de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

OR: Odds ratio (Razón de momios).



RESUMEN

ANTECEDENTES: En Canadá se realizó un estudio sobre la actividad física en adolescentes con sobrepeso y obesidad, basado en la teoría de acción planeada. La actitud fue el predictor más fuerte para la intención de realizar actividad física y el control percibido el predictor más fuerte para el comportamiento de actividad física.²⁹ En México se realizó un estudio transversal para conocer la capacidad predictiva de la Teoría de Acción Planeada en la intención y uso de drogas, se concluyó que el mejor predictor sobre el uso de drogas fue el control percibido.³¹ **OBJETIVO:** Evaluar la fuerza de asociación de las dimensiones de la Teoría de Acción Planeada (Actividad Física) con el sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad, de la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal comparativo en 392 usuarios, fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple. Se incluyeron los adultos de 20 a 64 años que acudieron a consulta médica por cualquier motivo, independientemente del género, que participaron de forma voluntaria. No se incluyó a los que se encontraron fuera del rango de edad, las mujeres embarazadas y que no hayan firmado la carta de consentimiento informado. **RESULTADOS:** La prevalencia de sobrepeso fue de 39% y de obesidad 34%. La edad mayor a 45 años se asoció positivamente al sobrepeso con un OR_a de 2.55 (1.53-4.25). La edad mayor a 45 años se asoció positivamente a la obesidad con un OR_a de 2.60 (1.50-4.51), el género hombre se asoció negativamente a la obesidad con un OR_a de 0.48 (0.24-0.93) y el control percibido se asoció positivamente a la obesidad con un OR_a de 2.05 (1.17-3.58). **CONCLUSIÓN:** La asociación entre edad y sobrepeso indica que las personas mayores de 45 años tienen mayor probabilidad de padecer sobrepeso. Las asociaciones encontradas entre: edad mayor a 45 años con la obesidad, indica que las personas mayores de 45 años tienen mayor probabilidad de padecer obesidad, y en género con la obesidad existe un factor protector lo que indica que las mujeres tienen 52% mayor probabilidad de padecer obesidad. La dimensión de la TAP asociada a la obesidad fue el control percibido (Actividad física), lo que indica que las personas sin control percibido (Actividad física) tienen mayor probabilidad de padecer obesidad.

Palabras clave: Dimensiones de la teoría de acción planeada sobre peso obesidad y adultos de 20 a 64 años.

ABSTRACT

BACKGROUND: In Canada a study of physical activity in overweight and obese adolescents, based on the theory of planned behavior was performed. The attitude was the strongest for physical activity intention and perceived control the stronger for physical activity behavior predictor.²⁹ **Mexico** a cross sectional study was performed to determine the predictive capacity of the Theory of Planned Behavior in intention and drug use, it was concluded that the best predictor of drug use was perceived control.³¹ **OBJECTIVE:** assess the strength of association of the dimensions of the Theory of Planned Behavior (Physical Activity) with overweight and obesity in adults 20 to 64 years old, the UMF 1 IMSS, Aguascalientes Delegation. **MATERIAL AND METHODS:** comparative cross sectional study in 392 users were selected by simple random sampling. Adults 20 to 64 years attending medical consultation for any reason were included. Not included pregnant women and who have not signed the written informed consent were excluded who did not answer 80% of the survey. **RESULTS:** The prevalence of overweight was 39% and 34% obese. Age greater than 45 years was positively associated with overweight OR_a 2.55 (1.53-4.25). Age greater than 45 years was positively associated with obesity OR_a 2.60 (1.50-4.51), man gender was negatively associated with obesity OR_a 0.48 (0.24-0.93) and perceived control was positively associated with obesity with OR_a 2.05 (1.17-3.58). **CONCLUSION:** association between age and overweight indicates that people over 45 are more likely to be overweight. The associations found between: more than 45 years of age obesity indicates that people over 45 are more likely to develop obesity, gender and obesity there is a protective factor indicating that women are 52% more likely of obesity. The size of the TAP associated with obesity was perceived control (physical activity), indicating that people without perceived control (physical activity) are more likely to be obese.

KEYWORDS: Dimensions of the Theory of Planned Behavior, Overweight, Obesity, Adults of 20 to 64 years old.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad son importantes enfermedades que afectan la salud de la población a nivel mundial. Actualmente en México 7 de cada 10 personas padecen sobrepeso y de estos, la mitad padece obesidad, por lo que nuestro país ocupa el primer lugar en obesidad en población infantil y adulta a nivel mundial.

A medida que las ocupaciones han pasado de aquellas donde se realizaba trabajo manual, a las del sector de servicios, se ha reducido la actividad física, situación generada por el aumento en la urbanización, aumento de transporte automotor, creación de viviendas para las que es imprescindible el uso de automóviles, la falta de atención a los peatones y ciclistas, la falta de lugares seguros para la realización de actividad física, así como pasar largo tiempo ante una computadora o el televisor ha contribuido el aumento del sobrepeso y la obesidad por falta de actividad física, entre otros factores.

El sobrepeso y la obesidad generan importantes complicaciones tanto físicas como psicológicas en las personas que lo padecen, por lo que es necesario abordar estas patologías con un enfoque integral, desde un aspecto médico, psicológico y psicosocial. En este estudio se abordó el tema desde un aspecto psicosocial por medio de las dimensiones de la teoría de la acción planeada, las cuales implican un modelo de estudio del comportamiento desde la actitud, la norma subjetiva, el control percibido y la intención para llevar a cabo actividad física, con la finalidad de poder implementar conductas preventivas dentro de la población más vulnerable.

Tomando en cuenta que para prevenir e iniciar un tratamiento exitoso del sobrepeso y la obesidad, en la medida que se motive al paciente a cambiar sus hábitos alimenticios y de actividad física, es necesario implementar medidas educativas en la población general.

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

1.1 Antecedentes Científicos de las Dimensiones de la Teoría de la Acción Planeada

Plotnikoff R y colaboradores (2012). Realizaron un estudio aplicando un test sobre la Teoría de Acción Planeada o planificada para predecir la actividad física en una muestra de adolescentes con sobrepeso y obesidad en Canadá. Con el propósito de examinar la utilidad de la teoría de acción planeada la intención y comportamiento sobre la actividad física, mediante una encuesta por internet. Los objetivos secundarios fueron examinar los efectos mediadores de los constructos de la teoría de acción planeada y los efectos moderadores de la condición de peso. La muestra fue de 427 participantes con obesidad y sobrepeso, 133 completaron el cuestionario. Dentro de los resultados se encontró que en general, el 62% de la varianza de la intención se explica por la actitud, norma subjetiva y el control percibido; mientras que el 44% de la varianza en el comportamiento de actividad física se explica por el control percibido y la intención, En general, la actitud fue el predictor más fuerte en la intención de la actividad física, mientras que el control percibido fue el predictor más fuerte para el comportamiento de actividad física, la intención no fue predictiva en el comportamiento. En conclusión se observaron fuertes asociaciones con respecto a la actitud y al control percibido, lo que puede tener implicaciones importantes para desarrollar programas de actividad física en la población de adolescentes.²⁹

Carter-Parker K y colaboradores (2012). Realizaron un estudio para correlacionar la actividad física y la teoría de la acción planeada en mujeres afroamericanas físicamente activas y sin actividad física, a través de los constructos de la Teoría de la Acción Planeada. Se realizó un análisis de regresión múltiple el cual reveló que la actitud hacia la actividad física y el control de comportamiento percibido fueron predictores estadísticamente y clínicamente significativos en la actividad física en mujeres afroamericanas del estudio.⁶⁵

Ickes M, Sharma M (2012). Realizaron un estudio para analizar la intención del comportamiento para predecir la actividad física y el comportamiento sedentario en

adolescentes con obesidad. Concluyeron que la intención del comportamiento a la actividad física y sedentarismo se vincula con la prevención de la obesidad en adolescentes. Los estudiantes con sobrepeso u obesos tenían intenciones bajas de participación en actividad física, por lo que es importante plantear mensajes de cambio de comportamiento en esta población.⁶⁶

Aylaz R y colaboradores (2011). Realizaron un estudio para analizar la relación de la teoría de la acción planeada en la predicción de la intención sobre la prevención de ganancia de peso en mujeres. La muestra fue de 270 mujeres saludables de 21 a 45 años casadas. Se aplicó una encuesta basada en la TAP. La trayectoria del análisis confirmó la relación directa e indirecta de la teoría de la acción planeada en la predicción de la prevención de aumento de peso en las mujeres. En general la TAP explicó el 77.48% de la varianza. Los investigadores concluyeron que la actitud hacia la prevención de la ganancia de peso y la motivación fueron factores que influyeron en la intención de evitar el aumento de peso, lo cual puede ayudar a desarrollar intervenciones adecuadas en este ámbito para la prevención en salud.⁶⁷

Rhoades DR y colaboradores (2011). Realizaron un estudio cualitativo para examinar las experiencias de los adolescentes en torno a las creencias con respecto al sobrepeso. El objetivo del estudio fue entender el comportamiento, creencias normativas y de control sobre el sobrepeso en adolescentes, sobre perder peso, hacer ejercicio y una alimentación saludable. El muestreo se realizó en 10 adolescentes de 13 a 19 años, se utilizó la teoría de la acción planeada como marco teórico. El análisis mostró que los adolescentes con sobrepeso presentaron actitudes positivas en relación con su estado de peso y el valor del apoyo de su familia para ayudar al control de peso. Aunque los amigos eran importantes para hacer ejercicio de forma regular; las familias, particularmente las madres, fueron cruciales al tomar en cuenta los hábitos alimentarios sanos.⁶⁸

Farzad J y colaborador (2011): Realizaron un estudio transversal, basado en la Teoría de la acción planeada para conocer los factores relacionados con la realización del Papanicolaou en forma regular, en 400 mujeres de entre 20 y 70 años de edad. Se realizó una regresión logística, obteniendo los siguientes resultados: un 63.8% de las mujeres se había realizado el Papanicolaou por lo menos una vez y el 28.3% lo hacían de forma

regular. El predictor para la realización del Papanicolaou en forma regular fue la norma subjetiva con un OR de 1.14 (1.04-1.23). Concluyeron que la norma subjetiva puede ser el factor más efectivo para realizarse el Papanicolaou en forma regular.⁷⁴

Andrews KR y colaboradores (2010). Realizaron un estudio en base a la Teoría de la Acción Planeada para conocer la importancia de los padres en la prevención de la obesidad. El instrumento se basó en la asociación del consumo de alimentos sanos, la limitación de alimentos poco saludables y el tiempo frente al televisor. Se concluyó que las actitudes, las normas sociales y el control percibido fueron importantes predictores de intención conductual en el comportamiento de los padres hacia la alimentación saludable.⁶⁹

Godin G y colaboradores (2009). Realizaron un estudio para identificar que cogniciones que predecían la actividad física en el tiempo libre de los individuos obesos. En una muestra de 91 adultos. Los análisis de regresión múltiple mostraron que las variables significativas que predicen el comportamiento fueron el comportamiento pasado (p : 0.0001), la intención (p : 0.03) y la interacción entre el control percibido y la construcción de un entorno adecuado (β : 0:55, $p < 0.0001$). El modelo explicó el 41% de la varianza en el comportamiento. La participación de la actividad física en el tiempo libre se explica en las intenciones de una persona para llevar a cabo este comportamiento. Las personas son más capaces de plasmar su control percibido cuando existe un entorno favorable para realizar actividad física. Se concluyó que tanto las cogniciones y los aspectos del entorno deben tenerse en cuenta en la promoción de la actividad física en el tiempo libre en individuos obesos.⁷⁰

Rodríguez S y colaboradores (2007). Realizaron un estudio con la finalidad de conocer la capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada (Acción Planeada) en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. Tomando en cuenta que la TAP, incorpora factores cognitivos y actitudinales relacionados directamente con el uso de drogas, el objetivo del estudio conocer la relación de este modelo con la intención conductual de usar drogas ilícitas y el consumo de sustancias en estudiantes mexicanos de educación básica. El estudio fue transversal, aplicando una encuesta a 75 alumnos que si consumían drogas y 75 que no consumían drogas. Los resultados indicaron que,

los alumnos que han consumido drogas tenían una actitud más favorable hacia su consumo, percibían mayor tolerancia hacia el mismo y estaban más dispuestos a ceder a la presión social para usar sustancias, así mismo se percibían con una menor capacidad de autocontrol de consumo. Mediante un análisis de regresión lineal se identificó una capacidad explicativa del modelo de 34% respecto a la intención del uso de drogas, que se incrementó a 38% al integrarse la norma subjetiva. El componente que mejor predijo la intención de usar drogas fue el control conductual, tomado como el mejor predictor de uso de drogas. Concluyeron que es necesario incluir componentes dirigidos a promover el desarrollo de habilidades de control conductual ante situaciones de riesgo como habilidades de resistencia ante la presión grupal y de comunicación asertiva.³⁰

Boudreau F y colaborador (2007). Realizaron un estudio transversal para analizar la intención de ser físicamente activo en un grupo de personas obesas a través de la teoría de la acción planeada. La TAP explicó el 66% e la varianza en las intenciones de actividad física. Fueron percibidos importantes predictores independientes, el control conductual (beta= .40) y la actitud (beta: 0.36). Los hallazgos apoyaron que en el diseño de intervenciones se debe centrar en superar las barreras hacia la actividad física y el desarrollo de actitudes positivas hacia la actividad física.⁷¹

Smith Ch (2006). Realizó un estudio para investigar la eficacia de la teoría de la acción planeada para predecir el comportamiento sobre la alimentación saludable en un grupo de jóvenes nativos americanos. Se realizó una encuesta usando los constructos de la TAP en 139 niños y niñas de entre 9 y 18 años, también se midió el índice de masa corporal en jóvenes. Se realizaron correlaciones bivariadas y un análisis de regresión del modelo con el programa SPSS. Sus resultados reportaron que no se encontró asociación entre la intención y el comportamiento hacia la alimentación saludable. Las normas subjetivas y el control percibido explicaron el 30% de la varianza de la conducta alimentaria saludable en niños. La autoeficacia explicó el 45% de la varianza en niñas. Concluyeron que es necesario incorporar programas de promoción de alimentación saludable tomando en cuenta las barreras, actitudes, las normas subjetivas y la autoeficacia ya que son factores que afectan en los comportamientos hacia una alimentación saludable.⁷²

Carpi A y colaboradores (2005). Realizaron un estudio que analizó la importancia de la intención como variable motivadora en la disminución del estrés percibido de algún tipo de

trastorno cardiovascular. Para conocer las variables que inciden positivamente en la conducta empleando la teoría de la acción planeada (TAP). La muestra fue conformada por 360 personas de la población general que no presentaron enfermedad cardiovascular en el momento del estudio. Al analizar los resultados observaron que las que mejor predicen y explican el desarrollo de la intención de la conducta son la actitud y la norma subjetiva, siendo la percepción de control la variable que la predice con menor fuerza. Por lo que también consideraron válida la teoría de acción razonada y postularon que podría ser suficiente en la predicción de la probabilidad que contribuyan a disminuir el estrés para prevenir la enfermedad cardiovascular. La percepción de control influye en la formación de la intención y en ciertas situaciones podría actuar directamente en el desarrollo de la conducta, siendo la única de las variables que puede tener fuerza directa en la ejecución de una acción. El valor alcanzado por la percepción del control en la predicción directa de la conducta, orienta a que, en algunas ocasiones, la persona puede realizar la reducción del estrés percibido más o menos súbito. Se concluyó que las variables que integran la TAP contribuyeron a explicar la fuerza motivacional de la conducta de reducir el estrés para prevenir la enfermedad coronaria.³¹

1.2 Antecedentes Científicos de los Dimensiones de la Teoría de la Acción Razonada

Didarloo y colaboradores (2012). Realizaron un estudio sobre el comportamiento de auto-cuidado de la diabetes, como una estrategia efectiva para el control, prevención y reducción de complicaciones relacionadas a la enfermedad. El instrumento se basó en la teoría de acción razonada extendida a autoeficacia. La muestra fue de 352 mujeres con diabetes tipo 2 en Irán, Los investigadores concluyeron que la alta capacidad de la teoría de acción razonada extendida a la auto-eficacia en la predicción y explicación del auto-cuidado en la diabetes mellitus puede ser una base para la intervención educativa.³²

Arbinaga F y colaboradores (2011). Realizaron un estudio para conocer las actitudes hacia el ejercicio en estudiantes universitarios en relación con los hábitos alimenticios y la insatisfacción corporal. Tomando en cuenta que las actitudes y los hábitos de alimentación presentes en la psicología del deporte, son factores importantes para la conducta y la salud de los practicantes de actividad física, se aplicaron varios

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuestionarios a 160 estudiantes universitarios (34.4% hombres y 65.5% mujeres), (39.4% estudiantes de magisterio en la especialidad de educación física y el 60.6% estudiantes de psicología), con una edad media de 20.76 años y un índice de masa corporal medio de 22.52%. Se valoraron las actitudes hacia el ejercicio, los hábitos alimenticios y una escala de insatisfacción corporal a partir de los constructos de la Teoría de Acción Razonada. Se encontró que la mayoría de los hombres practicaban actividad física, mientras que las mujeres la desarrollaron en menor medida. Los datos indicaron que los hombres mostraron una mejor y más positiva actitud hacia el ejercicio físico o el deporte, ya que la identidad atlética se asocia positivamente con la masculinidad. En cuanto a los hábitos alimenticios se observó peor puntuación en las mujeres en todas las dimensiones, quizás por la mayor insatisfacción corporal. Al considerar las actitudes valoradas, se infiere que a menor insatisfacción corporal mayor sería la importancia dada a la práctica de ejercicio. La mayor o menor probabilidad de hacer ejercicio estaría relacionada con el miedo a engordar.³³

Novo-Corti y colaboradores (2011). Realizaron un estudio analítico factorial basado en la Teoría de Acción Razonada agregando el control percibido (Teoría de la Acción Planeada), con el fin de predecir las actitudes de los jóvenes universitarios hacia la discapacidad. Se realizó una encuesta a 180 jóvenes, con una media de edad de 22 años, de diferentes niveles educativos de Economía y Empresa. Los resultados mostraron que los valores sociales prevalentes se presentan como la variable más importante y con mayor influencia sobre la intención de ayudar a las personas con discapacidad; mientras que las actitudes personales, así como el control percibido, no mostraron influencia significativa.³⁴

Didarloo y colaboradores (2011). Realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de determinar los factores que influyen en la conducta de la actividad física entre las mujeres Iraníes con Diabetes tipo 2 aplicando la teoría de la acción razonada (TAR). La muestra fue de 353 mujeres con diabetes tipo 2, se utilizaron instrumentos basados en el conocimiento de la diabetes, creencias personales, la norma subjetiva, la autoeficacia percibida, la intención de la conducta y el comportamiento de la actividad física. Los resultados que indicaron que entre los constructos del modelo, la autoeficacia fue el predictor más fuerte, las intenciones y la actividad física afectaron tanto directa como

indirectamente. Concluyeron que la alta capacidad de la TAR extendida por la autoeficacia en la predicción y explicación de la actividad física puede ser una base para la intervención educativa, ya que esta es necesaria para mejorar el comportamiento de la actividad física en diabéticos.³⁵

Fishbein (2008). Realizó una descripción del modelo de integración de la predicción del comportamiento, como la última formulación de un enfoque de la acción razonada dirigida a la promoción de la salud. Mencionó que la predicción del comportamiento trata de identificar el conjunto limitado de variables que pueden explicar una parte importante de la varianza en cualquier comportamiento dado, asumió que las intenciones son los antecedentes inmediatos de comportamiento, pero además, reconoció que los factores, las habilidades y las capacidades ambientales pueden moderar la intención del comportamiento. Al igual que la Teoría de Acción Planeada, la predicción del comportamiento, también asume que las intenciones son una función de las actitudes, la presión normativa y la percepción de autoeficacia, pero considera que la presión normativa, así como las medidas cautelares (norma subjetiva), se pueden aplicar para entender y cambiar los comportamientos relacionados con la salud.³⁶

Wang C y colaboradores (2008). Realizaron un estudio con el propósito de investigar las relaciones entre las creencias ideológicas, las percepciones de la importancia de los hábitos de salud, actitudes de salud, consumo de alimentos y el índice de masa corporal. Basados en la Teoría de Acción Razonada, se realizó una encuesta entre compradores de entre 40 y 70 años de edad, los cuales fueron divididos en mayor y menor edad. En ambos grupos el igualitarismo tuvo una influencia positiva en la percepción de la importancia de los comportamientos de salud. El materialismo y la masculinidad tuvieron un impacto negativo sobre las actitudes de la salud, lo que influyó positivamente en los comportamientos de la salud. La percepción del comportamiento de salud tuvo una influencia positiva en el consumo de alimentos saludables como frutas y verduras, pero negativa en el consumo de alimentos poco saludables, incluyendo grasas y dulces. El índice de masa corporal fue significativamente influenciado por el consumo de alimentos poco saludables (azúcar y grasas) sólo para el grupo de edad más joven. Por lo tanto, las asociaciones entre las creencias, actitudes, comportamientos de consumo y los

resultados del índice de masa corporal fueron diferentes entre las 2 poblaciones. Concluyeron que las ideologías sociales parecen influir en las actitudes de la salud.³⁷

Rodríguez y colaboradores (2007). Realizaron un estudio descriptivo sobre las creencias y las influencias en las dietas para perder peso en pacientes obesos de bajos ingresos. Se utilizó la Teoría de Acción razonada comparando 2 entrevistas diferentes en el año 2001 y 2005, sobre las creencias, ventajas y desventajas de las dietas. Los estudios revelaron los temores que se tienen de las enfermedades relacionadas con la obesidad y el deseo de sentirse más sano y más ligero. Se subrayó que la fuerza de voluntad no es suficiente, sino también la reflexión y el desarrollo de habilidades de control, apropiación y motivación de las condiciones de vida. Las preocupaciones relacionadas con la apariencia estética no fueron de alta prioridad.³⁸

Stefani (2005). Utilizó la Teoría de la Acción Razonada para la construcción de un cuestionario a fin de evaluar la actitud, la norma subjetiva y la intención de internar a una persona anciana en una residencia geriátrica. El cuestionario fue administrado a 170 sujetos de entre 18 y 40 años, de ellos el 63% pertenecía al sexo femenino y el 37% al sexo masculino. Se concluyó, que si bien es probable que todos los sujetos entrevistados eviten la internación geriátrica dado que denotan actitudes desfavorables y perciben una norma subjetiva que desapruueba la conducta, también es probable que los sujetos con mayor edad, al manifestar actitudes menos desfavorables que los más jóvenes, bajo el predominio del factor personal, eviten menos el internamiento geriátrico.³⁹

Van Voorbees y colaboradores (2005). Realizaron un estudio transversal para determinar la asociación entre la gravedad de los síntomas depresivos, y las creencias sobre las actitudes hacia el tratamiento, las normas subjetivas y el comportamiento pasado de la intención de no aceptar un diagnóstico médico de depresión. La muestra fue de 10 962 personas entre 16 y 29 años que participaron en el Centro de Estudios epidemiológicos de Depresión. Los participantes informaron que si aceptarían el diagnóstico médico de depresión, y basado en la TAR, desarrollaron un modelo multivariante de los factores que predicen la intención de no aceptar un diagnóstico de depresión. Se encontró que las creencias negativas y actitudes, normas sociales subjetivas, y la falta de experiencias anteriores de tratamiento útiles están asociadas con

la intención de no aceptar el diagnóstico de depresión y pueden contribuir a las bajas tasas de tratamiento entre los adultos jóvenes.⁴⁰

Carruyo y colaboradores (2004). Realizaron un estudio en 43 pacientes con hemofilia, fundamentado en la Teoría de Acción Razonada, con la finalidad de conocer lo que pensaban sobre su enfermedad. Tomando en cuenta que al conocer la salud mental, así como el entorno familiar, y enfocándose al conocimiento de las creencias y actitudes que perciben sobre su enfermedad puede permitir influir en forma positiva en su calidad de vida. Dentro de los resultados se encontró que en el aspecto de salud mental, el paciente con hemofilia desconoce la ayuda psicosocial que se le puede otorgar a él y a su familia. La actitud positiva, se afianzó en las creencias sobre el mejor conocimiento general de su enfermedad, la atención médica de emergencia, el cuidado de la misma y la posibilidad de una mejora económica, con el fin de tener una mejor calidad de vida. Las creencias sobre enfermedades transmisibles por transfusiones, afectación articular, la herencia y la deficiencia del factor causante de la enfermedad, se asociaron a una actitud negativa. Se observó que la autopercepción les genera un estigma auto-impuesto, depresión, ansiedad e inseguridad. Por lo que los investigadores consideraron necesario un tratamiento multidisciplinario, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con hemofilia.⁴¹

Barrera F y colaboradores (2004). Realizaron un estudio basado en la Teoría de Acción Razonada, aplicando un cuestionario a 326 estudiantes de secundaria (144 mujeres y 178 hombres) entre 13 y 18 años, de niveles socioeconómicos variables. El objetivo del estudio fue examinar la relación entre la actitud personal y la norma social percibida en los indicadores de actividad sexual en los jóvenes. El análisis mostró que solo el 31% de los jóvenes había tenido relaciones sexuales penetrativas. Los análisis de correlación y regresión apoyaron la TAR sobre la importancia de la actitud personal y de la percepción de los jóvenes sobre la norma social. Se observó que la decisión de tener relaciones sexuales en la adolescencia se relaciona con la percepción que tienen los adolescentes de lo que sus padres y sus amigos opinan al respecto. Se encontró que la actitud de los padres solo es importante en la disposición de inicio de relaciones sexuales en el grupo de mujeres, y en la explicación de la actividad sexual penetrativa en el grupo de hombres. Los autores consideraron que con los resultados y el modelo de la TAR se permite plantear la necesidad de que los programas de Promoción de Salud Sexual y

reproductiva, se centren en primer lugar en ayudar a los jóvenes a orientar sus creencias sobre los resultados de la actividad sexual a su edad y las implicaciones que pueden tener las consecuencias de las relaciones sexuales en su vida.⁴²

Diaz-Loving y colaboradores (1995). Realizaron un estudio basado en la Teoría de Acción Razonada para indagar la influencia que tienen las creencias, actitudes y normas subjetivas hacia la conducta de usar el condón, sobre la intención conductual y la conducta de usar condones. La muestra fue constituida por 1,200 hombres y mujeres entre 18 y 40 años de edad de clase baja-alta. Desarrollaron una serie de escalas y reactivos basados en la TAR, lo que les permitió evaluar los antecedentes sociales y psicológicos del uso del condón y predecir alrededor del 25% de la conducta deseada. Los estudios mostraron la utilidad de la teoría para la especificación de las causas de la conducta preventiva.⁴³

Fishbein y colaboradores (1988). Realizaron un estudio sobre predicción del uso de cinturones de seguridad en 75 estudiantes Venezolanos en la Universidad Central de Venezuela con una aplicación de la Teoría de Acción Razonada, con base en un cuestionario realizado a partir de los constructos de dicha teoría (intención del comportamiento, actitud, norma subjetiva, creencias, creencias normativas y motivación para obrar). Los resultados mostraron que se deben plantear programas de intervención para incrementar el uso de cinturón de seguridad, sobre todo dirigido al cambio de actitudes, más que al cambio de normas subjetivas. Este estudio mostró como la Teoría de Acción Razonada es útil para entender la decisión de realizar o no, un comportamiento dado en una población dada, así mismo la TAR puede ser aplicada para el entendimiento de comportamiento en una población en culturas diferentes.⁴⁴

1.3 Antecedentes científicos de Obesidad y Sobrepeso

Jiménez-Cruz y colaboradores (2012). Realizaron un estudio analítico con objeto de conocer las creencias sobre las causas y consecuencias de la obesidad entre las mujeres de dos ciudades mexicanas. El estudio se realizó con 1,100 mujeres mayores de 18 años en Tijuana, Baja California y Reynosa, Tamaulipas; se aplicaron encuestas abiertas para valorar los determinantes que fueron objeto de estudio. Se concluyó que las mujeres de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

bajos ingresos tuvieron un buen conocimiento acerca de las causas y consecuencias, así como el tratamiento de la obesidad, pero un grupo importante (con menor educación, peso normal, más jóvenes y solas) no tomo en cuenta la dieta poco saludable y el estilo de vida sedentaria como causas de la obesidad. Se requieren más estudios para identificar cómo el conocimiento sobre las causas y consecuencias de la obesidad, se relaciona con los cambios de comportamiento y la actitud que faciliten las modificaciones a nivel individual y colectivo, para así poder facilitar cambios a un ambiente menos obesogénico. ⁴⁵

Annesi y colaboradores (2012). Realizaron un estudio en una mujer de 48 años, con el fin de pasar de obesidad mórbida a un peso saludable usando métodos basados en métodos conductivo-conductuales, a lo largo de tres años y un año de mantenimiento. Durante los 4 años reportados, el peso disminuyó de 117.6 kg a 59 kg, el índice de masa corporal se redujo de 43.1 a 21.6 kg/m². El uso de habilidades de autorregulación, la autoeficacia y el estado de ánimo en general, basados en el modelo cognitivo-conductual predijo el aumento de ejercicio y la disminución de la ingesta de energía. La obesidad mórbida se redujo a un peso saludable en 3 años y se mantuvo saludable por 1 año. Por lo que se concluye que este caso apoya las propuestas basadas en la teoría de que los cambios inducidos por el ejercicio, la autorregulación, la autoeficacia y transferencia de humor son útiles para reforzar la mejora de los factores psicosociales relacionados con la alimentación controlada. ⁴⁶

Malterud y colaboradores (2011). Realizaron un estudio con el objetivo de sintetizar resultados de la investigación sobre las experiencias y las actitudes acerca de la obesidad y el estigma en el cuidado de la salud. Recopilaron trece estudios cualitativos para identificar, traducir y resumir, experiencias y actitudes acerca de la obesidad y el estigma en el cuidado de la salud. Este estudio reveló los siguientes resultados: las actitudes estigmatizantes son difundidas por los proveedores de salud y percibidas por los pacientes con obesidad. En segundo orden: El asesoramiento apropiado puede ser percibido como condescendiente por los pacientes con obesidad. Los proveedores del cuidado de salud indican que los cuerpos anormales no pueden ser incorporados en los sistemas médicos, por lo que en consecuencia los pacientes con obesidad piensan que son excluidos. Los estándares acostumbrados para la relación interpersonal son

superados y los pacientes con obesidad contemplan la experiencia del desprecio como si la merecieran. El análisis del tercer orden revela opiniones divergentes entre los proveedores y pacientes con respecto a la responsabilidad de la obesidad, mientras que el estigma internalizado hace a los pacientes vulnerables a aceptar la atribución negativa. Los proveedores de salud parecen equiparar la falta de logro en de las metas para bajar de peso con la falta de motivación y conocimiento. Parecen subestimar la historia y el esfuerzo de los pacientes, y tal vez consideran que es difícil sentir empatía con un paciente con obesidad. Estudios cuantitativos grandes demuestran que existen actitudes negativas hacia los pacientes con obesidad entre los profesionales de la salud. En conclusión las actitudes estigmatizantes hacia la obesidad son difundidas por los proveedores del cuidado de la salud y percibidas por los pacientes. El estigma es mediado por procesos sociales sutiles donde la vergüenza y la culpa son distribuidas por los proveedores de salud que descartan el nivel de responsabilidad en pacientes con obesidad. Los puntos de vista contradictorios sobre los esfuerzos, el conocimiento y la motivación de los pacientes se unen a la internalización del estigma, la obstrucción del afrontamiento y la colaboración. Los proveedores de salud deben romper el círculo vicioso de expectativas negativas reconociendo los esfuerzos de los pacientes en el control de peso.⁴⁷

Korbman de Shein (2010). En un trabajo de revisión describe aspectos médicos, sociales y psicológicos de la obesidad en adultos. Menciona que dentro de la etiología de la obesidad además de la ingesta energética excesiva, el aumento de consumo de alimentos fabricados con excesivas calorías que producen un importante desequilibrio en la alimentación. Se añade el fenómeno de la urbanización, el cual se relaciona con una disminución de la actividad física en la población, aumento de horas de ver televisión, y una vida sedentaria, lo cual explica el aumento de sobrepeso y obesidad a nivel mundial. Dentro de los factores genéticos se tiene conocimiento que el gen leptina participa activamente en el desarrollo de la obesidad abdominal, sin embargo se considera que es de origen poligénico. El exceso de grasa corporal representa 25% de la causalidad, 30% de la transmisión cultural y 45% factores ambientales no transmisibles, por lo que se debe considerar en forma integral. Dentro de los aspectos socioeconómicos el sobrepeso y la obesidad se asocian con la pobreza patrimonial. En el aspecto psicológico se asocia a las personas obesas con: dependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de

introspección y baja autoestima. La baja autoestima se asocia a la discriminación y a la sensación del sujeto de sentirse inferior en lo que respecta a su apariencia física. La depresión es un síntoma común asociado a la culpa y ansiedad por no cumplir con los objetivos que se proponen en cuanto a pérdida de peso. Con respecto a la imagen corporal, sobre todo en la mujer, la sociedad ha relacionado el ser delgado con la belleza, mientras que al sobrepeso y la obesidad se les asocia con un pobre control de sí mismos. En la práctica médica existen algunos profesionales de la salud que, al percibir la obesidad en su paciente como algo negativo, recriminan su conducta alimentaria. El mensaje enviado por el médico es: si estás obeso, es porque no sabes comer o no quieres comer bien, tú eres responsable de tu obesidad. La estigmatización de los pacientes con sobrepeso y obesidad, hace que los demás los critiquen en su falta de control o descuido, falta de limpieza y falta de voluntad para hacer dieta y ejercicio. Dentro del tratamiento se sabe que existen dietas, actividad física, medicamentos, tratamiento quirúrgico: dentro del cual existen criterios de elección, como complicaciones debidas a la obesidad extrema, un índice de masa corporal >40 o bien, pacientes con un índice de masa corporal de 35 con factores de riesgo asociados. Sin embargo es necesario tomar en cuenta un enfoque integral implementando terapia cognitivo-conductual, la cual proporciona el aprendizaje de nuevas conductas, y con ello un cambio de conducta.⁴⁸

Córdova Villalobos y colaboradores (2010). Publicaron un artículo de revisión sobre la situación actual y perspectivas del sobrepeso y la obesidad. Menciona que la rapidez del cambio de prevalencia de la obesidad ocurrido en 25 años descarta una base genética como única causa, ya que el grupo de genes responsables de la susceptibilidad de la obesidad no puede variar en periodos de tiempo tan cortos. Refiere que la Organización Mundial de la Salud calcula que en el 2015 habrá aproximadamente 2,300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Con respecto a la prevalencia de 1993 a 2005, menciona que las tasas de prevalencia más altas se encuentran en la Región norte y Sureste de México, además de Baja California Sur, Durango, Chihuahua, Nuevo León, Nayarit, Sonora y Tamaulipas; y al sureste de México destacan Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán. Por su parte en la Encuesta Nacional de Nutrición del 2006, se reafirmó un incremento generalizado; las regiones con más incremento fueron Distrito Federal, Zona Norte y Centro del territorio nacional, incluyendo Yucatán, Quintana Roo, Tabasco y Campeche; por lo que de acuerdo a la

información el mayor número de prevalencia se encuentra en las zonas urbanas. Con respecto a los factores negativos asociados en las distintas etapas de la vida, se describe un estado deficiente de la nutrición materno, crecimiento fetal retardado, situación socioeconómica desfavorable, falta de amamantamiento, régimen alimentario inadecuado, falta de actividad física, entre otros factores. La modernización y el ritmo de vida acelerado han llevado a que gran parte de la población omita una de las tres comidas principales, y aumente el consumo de alimentos con gran cantidad de azúcares y grasas saturadas. El sedentarismo, las largas horas frente al televisor, así como los trabajos que requieren largas horas sentados, el uso del automóvil y transporte público no favorecen la actividad física. La inseguridad pública vivida en el país, tiene consecuencias de victimización e inseguridad subjetiva, lo que se relaciona con el miedo, la depresión y ansiedad, lo cual condiciona un deterioro psicológico de la población y al no haber zonas seguras para la práctica deportiva, también se favorece el sedentarismo. Con respecto a las estrategias para lograr una atención integral de estos padecimientos, se menciona la creación del Consejo Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (CONACRO) el 11 de febrero del 2010. La puesta en marcha de la “Estrategia 5 pasos por tu salud para vivir mejor”, así como estrategias de conforme al Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.⁴⁹

Guzmán y colaboradores (2009). Realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre la obesidad, la insatisfacción de la imagen corporal, la percepción de burlas y las actitudes hacia la apariencia física, y a su vez determinar la influencia de estas variables con la satisfacción de su vida. Se realizó un análisis de trayectorias en 328 pacientes obesos en tratamiento en Venezuela. Los resultados indicaron que el grado de obesidad no predice la satisfacción con la vida. Las variables que sí lo hacen son la percepción de las burlas y la insatisfacción de la imagen corporal. La actitud hacia la apariencia física tiene un efecto directo significativo sobre percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal y un efecto indirecto sobre la satisfacción con la vida. Por lo que concluyeron que lo que hace infeliz a las personas obesas es haber interiorizado un ideal estético inalcanzable para ellas.⁵⁰

Luckie D y colaboradores (2009). En un artículo de revisión titulado “Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social”. Refieren que la obesidad es uno de los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

principales problemas de salud en todo el mundo, considerada actualmente la pandemia del siglo XXI, sin embargo no es un problema detectado en las últimas décadas por lo que se realiza una breve reseña histórica: Edad de Piedra, 40,000 años a.C., en Europa se encontraron figurillas que muestran exceso de grasa, por lo que indican que la obesidad considerada un signo de belleza. La figurilla de la Venus de Willendorf, una mujer con obesidad abdominal, quizás simbolizó la fertilidad. En el siglo V a.C. Hipócrates reconoció por primera vez la obesidad como problema de salud, señaló que la muerte súbita es más común en personas obesas. En los siglos II y III d.C, Galeno estableció el tratamiento inicial para el paciente con obesidad, dando mayor importancia a la actividad física, recomendó masajes y algunos ungüentos diaforéticos. A finales del siglo X y principios del XI. Avicena señaló que la alimentación podía ser un amigo o enemigo del cuerpo y del alma. En los siglos XI y XIV, el poeta Chaucer retomó las ideas de Hipócrates y escribió que “Contra la glotonería, el único remedio es la abstinencia”. En el siglo XV al siglo XVI, la era científica de la medicina, 1765 Joanns Baptista Morgagni reconoció que la obesidad se relacionaba no solo con la enfermedad, sino con gran cantidad de grasa acumulada en los espacios intraabdominales y el mediastino, con incremento en el diafragma. Los aztecas pensaban que la obesidad era algo sobrenatural, una aflicción de los Dioses. En 1908, el diseñador francés Paul Poiret envió el mensaje subliminal “el cuerpo con grasa no es la moda”. En 1944 investigadores de la Universidad de Minnesota reportaron los daños a la salud relacionados con el efecto “yo-yo” de las dietas. En 1948, Framingham inició el estudio de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. En 1996 se estableció el índice de masa corporal, el cual constituye el estándar para definir la obesidad. Refiere que en el estudio del paciente obeso, los aspectos psicosociales (estigma social, trastornos de la conducta alimentaria, percepción de la imagen corporal y psicopatología) deben investigarse para establecer el tratamiento integral.⁵¹

Cabello ML y colaboradores (2007). Realizaron un estudio sobre “aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un aspecto fenomenológico”. Con el propósito de desarrollar patrones que generaran una mayor comprensión del problema de la obesidad a partir de las experiencias de vida de las personas. El estudio se diseñó para comprender los significados, interpretaciones y experiencias vividas por 26 participantes obesos desde una base llamada “la ciencia del fenómeno puro”. Dentro de los resultados en la investigación se descubrió que los hábitos alimenticios personales y familiares,

estilos de vida, tradiciones y patrones de alimentación familiares, así como el uso de la comida, fueron factores importantes en la génesis de la obesidad. En cuanto a la imagen corporal los resultados mostraron que, en general, los pacientes declararon que vivían felices en cuerpos grandes. La génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes y con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristeza, necesidades y temores. El análisis de los resultados mostró que los patrones de dieta y las preferencias por ciertas actividades se forman dentro del contexto de la familia.⁵²

Villaseñor SJ y colaboradores (2006) Realizaron un artículo de revisión sobre salud mental y obesidad. Mencionaron que la obesidad tiene causas multifactoriales, por lo que plantean la necesidad de abordar psicológicamente esta enfermedad. La obesidad es uno de los principales “estigmas sociales”, así mismo es un síndrome con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, sin ser considerado un trastorno psiquiátrico. Sugiere que los criterios de éxito terapéutico deben contemplar la reducción de peso, los resultados positivos a la calidad de vida, el estilo de vida menos sedentario; integrando el ejercicio, la aceptación de la imagen corporal y el cambio de hábitos de alimentación, así como, cambios en la conciencia de la enfermedad que conduzcan a la evitación de recaídas.⁵³

II. MARCO TEÓRICO

II.1 Sobrepeso y obesidad

II.1.1 Aspectos generales del sobrepeso y la obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, no curable, que se caracteriza por aumento de peso provocado por la excesiva acumulación de tejido graso, ocasionado por un balance positivo de energía (desequilibrio entre la energía ingerida y el gasto de energía).^{54, 61} Es el resultado de la interacción entre el genotipo y el ambiente, implica factores sociales y conductuales, culturales, psicológicos, metabólicos, hormonales y genéticos.⁶¹

La obesidad está asociada en forma causal con la pérdida de la salud, implica un factor de riesgo para el desarrollo de Diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica e infartos cerebrales), enfermedades osteoarticulares, ciertos tipos de cáncer como el de mama, próstata y colon, apnea de sueño entre otras; así mismo la obesidad es causa de estigma social. Por lo que es necesario implementar acciones para su prevención y control.⁵⁴

II.1.2 Etiología

La obesidad es una enfermedad multifactorial que aparece por la interacción de factores sociales, ambientales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. Entre los factores implicados en el desarrollo de la obesidad existen algunos sobre los cuales el individuo no tiene control, como en el caso de la herencia.⁶¹

Existen causas subyacentes, entre las que destacan la alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas, así como el bajo consumo de agua, frutas, verduras, cereales de grano entero y leguminosas.⁵⁴ La incorporación de la mujer a las actividades laborales del país, obliga a reducir el tiempo en casa, lo que resulta en un aumento de comida rápida. La sustitución de la dieta básica del mexicano ha incorporado alimentos con elevada cantidad de grasa y alto aporte energético.⁶¹

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los aspectos relacionados con la mercadotecnia asociados a la promoción de alimentos procesados con alta densidad energética como las bebidas con azúcar adicionada, la falta de orientación alimentaria, la pérdida de la cultura alimentaria y el medio ambiente sedentario son factores que propician el desarrollo de esta enfermedad.⁵⁴

Otro factor importante es el aumento del sedentarismo, influido por la urbanización de ciudades muy extensas que obliga a depender del transporte motorizado y disminuye las áreas destinadas para la actividad física.⁶¹ El aumento de horas frente al televisor también ha influido al sedentarismo.⁴⁸ El cambio de hábitos de comportamiento por parte de la población en las ciudades con alta violencia criminal, tales como mantenerse dentro de la casa y la disminución de actividades físicas y deportivas, contribuye al sedentarismo en la población general.⁴⁹

Se tiene el conocimiento de que en el mapa genético de la obesidad existen mapas de 200 genes o marcadores locus con potencial de influir en la génesis de la obesidad, 40 a 47% de la variabilidad en obesidad se relaciona con la herencia.⁶¹ En un estudio se detectó que el gen Ob, el cual se encuentra en el cromosoma 7q, la hormona para la que codifica, la leptina y su receptor, son factores importantes en la regulación del apetito y el gasto de energía,⁶¹ La leptina, es una hormona secretada por el adipocito inhibe la acción neurofisiológica del neuropéptido, un neurotransmisor cuya acción aumenta el apetito, disminuye la termogénesis, eleva la insulina plasmática y la concentración de cortisol. La leptina funciona como una señal que el tejido adiposo envía al hipotálamo para reducir el apetito.⁶¹

El gen de la leptina se expresa en el tejido adiposo, el epitelio gástrico y la placenta. Sus concentraciones séricas se correlacionan con el contenido de grasa corporal. Estudios demostraron que la deficiencia total de la leptina y la resistencia a su acción, quienes tienen una elevada concentración de leptina producen obesidad.⁶¹

Otros genes identificados en el control del peso corporal, son: Fat (cromosoma 11p) que interviene en la formación de pro-insulina, su mutación causa obesidad e hiperinsulinemia; Tub (cromosoma 11p, 6p y 19q) su mutación produce obesidad. Mutaciones en los genes

POMC y MC4R, provocan obesidad grave. Los genes de la lipoprotein-lipasa se relacionan con la distribución de la grasa corporal y resistencia a la insulina.⁶¹

II.1.3 Fisiopatología

Los mecanismos fisiológicos que regulan la homeostasis energética implican procesos de la regulación del hambre y los reguladores de la saciedad. El organismo detecta la ingestión mediante receptores mecánicos y químicos localizados a nivel gastrointestinal. Las señales se transforman en impulsos nerviosos que se integran mediante fibras aferentes del nervio vago, para después dirigirse al núcleo del conducto solitario. En esta zona, la respuesta se centra en aumentar o disminuir la ingestión de alimentos y ajustar el metabolismo basal, según el gasto energético para mantener el peso corporal.⁶¹ Existen dos vías de homeostasia energética: 1) a corto plazo, relacionada con la ingestión de alimentos. Implica señales de saciedad y su función es inhibir el apetito. Por lo tanto permite el inicio y la terminación de la ingestión en un periodo correspondiente a una comida, y 2) a largo plazo, que permite regular la cantidad de grasa corporal.⁶¹

Entre las señales de saciedad se encuentran: neuromecánicas (distensión gástrica, la cual condiciona plenitud gástrica), neuroendocrinas (colecistocinina, bombesina y glucagón, que disminuyen el apetito), neurobioquímicas (oxidación de ácidos grasos y contenido de glucógeno hepático, indicativos del estado metabólico tisular) y bioquímicas nutricionales (concentración de aminoácidos y glucosa sanguínea: señales aferentes procedentes de los productos de la digestión).⁶¹

Se han sugerido dos modelos que regulan la ingestión:

1. El modelo glucostático de Meyer: sugiere que la molécula reguladora de la saciedad es la glucosa. Plantea que la ingestión de alimentos se inicia con la necesidad inmediata de energía y consecuentemente la saciedad se refleja en satisfacer esa necesidad.⁶¹
2. El modelo lipostático de Kennedy, plantea un factor de adiposidad, el cual sería el responsable de detectar variaciones en el peso corporal con la finalidad de que el organismo redujera o incrementara la ingestión en función de la reserva energética de grasa. Las moléculas que se consideran factores de adiposidad son la leptina y la insulina.⁶¹

El organismo se encuentra en un estado energético equilibrado cuando la ingestión es equivalente al gasto calórico y se mantiene estable el peso corporal. Cuando existe un estado positivo, la concentración de leptina se eleva y la respuesta compensatoria revierte este estado, al disminuir el apetito y aumentar el gasto energético; pero si es negativo, la concentración de leptina disminuye, estimula el apetito y disminuye el gasto energético.⁶¹

II.1.4 Aspectos psicológicos de la obesidad

En el aspecto psicológico no existe una definición precisa de la personalidad de las personas con obesidad, ni tampoco una alteración psiquiátrica determinada, pero se asocian algunas características psicológicas con las personas obesas como dependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de introspección y baja autoestima.⁴⁸

Entre las consecuencias psicológicas que se presentan en las personas con sobrepeso u obesidad se encuentran: baja autoestima debida a la discriminación y a la sensación de sentirse inferior en lo que referente a su apariencia física. La estigmatización en las personas con sobrepeso y obesidad implica que los demás tienden a criticarlo en su falta de autocontrol y descuido; se asocia también a la persona obesa como ociosa, falta de limpieza y voluntad para hacer dieta y ejercicio. Sin embargo, no es válido asumir que la obesidad depende únicamente del sujeto, sino que se deben tomar en cuenta los factores ambientales y sociales que lo llevaron a desencadenar este padecimiento.⁴⁸

II.1.5 Diagnóstico

El elemento diagnóstico más utilizado para definir la obesidad es el índice de Quetelet o índice de masa corporal (IMC), el cual se establece por el peso en kg, entre el cuadrado de la talla en metros. Describe el peso relativo para la talla y se correlaciona en forma significativa con el contenido de la grasa corporal total. Según la OMS la obesidad se clasifica de la siguiente manera: Bajo peso $<18.5\text{kg/m}^2$, peso normal 18.5 a 24.9kg/m^2 , sobrepeso $>25\text{ kg/m}^2$, Pre-obeso $25-29.9\text{ kg/m}^2$, obesidad clase I 30 a 34.9 kg/m^2 , obesidad clase II 35 a 39.9 kg/m^2 , obesidad clase III $>40\text{ kg/m}^2$.⁶¹

Otros índices de adiposidad son:

- a) Relación cintura-cadera. Permite clasificar al paciente obeso y marca un factor pronóstico relacionado a la morbilidad. Es un indicador de la distribución de la grasa corporal y distingue dos patrones entre la distribución de tipo androide como predominio de la grasa en la parte superior del tronco, y la de tipo ginecoide con predominio de grasa en las caderas; considera que el tipo androide es el que tiene más riesgo cardiovascular.⁶¹
- b) Plicometría o medición de los pliegues cutáneos. Proporciona una estimación más exacta de la grasa subcutánea a través de la determinación de cuatro pliegues subcutáneos (bicipital, tricipital, subcapsular y suprailíaco).
- c) Evaluación del porcentaje de grasa corporal. Existen diferentes métodos para la medición de la grasa corporal como la tomografía axial computada y análisis de impedancia corporal o bioimpedancia eléctrica, que mide la oposición de los tejidos corporales al paso de la corriente eléctrica.

En muchas sociedades occidentales existe el estigma de reconocer que la gente y principalmente, las mujeres deben ser delgadas; el aspecto contrario es un signo de descuido personal, así se genera una actitud negativa la cual se traduce en discriminación para el obeso. En el estudio del paciente obeso, los aspectos psicosociales (estima social, trastornos de la conducta, percepción de la imagen corporal y psicopatología).⁶¹

II.1.6 Tratamiento

El tratamiento del paciente con obesidad se debe realizar de manera integral tomando en cuenta aspectos como los cambios de estilo de vida, tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico de la obesidad (sobre todo cuando se tienen enfermedades concomitantes), así como tratamiento quirúrgico.⁶¹

Un requisito para el logro en la adopción de conductas saludables y así lograr cambios en el estilo de vida, es el desarrollo de la intención del cambio en los individuos, para ello, es fundamental generar la voluntad de adoptar comportamientos que conduzcan a la prevención de la obesidad.⁵⁴

La Teoría de la Acción Planeada (TAP) ha sido utilizada para analizar las conductas saludables, o la intención conductual.

Dentro de su aplicación en el estudio del sobrepeso u obesidad, así como actividad física se ha utilizado para analizar las conductas preventivas. Hagger y colaboradores (2001) utilizaron la TAP para analizar las intenciones y la conducta de ejercicio físico de los niños, encontraron que las actitudes, el control conductual percibido y la intención eran influencias significativas sobre la conducta de realización de ejercicio físico. El control conductual percibido y la actitud predecían la intención y la norma subjetiva no.²⁸

Estudios relacionados con la aplicación de la teoría de la acción planeada en pacientes con obesidad y la actividad física sugirieron que es importante la intención de llevar a cabo este comportamiento.⁶⁹ Así mismo otro estudio propuso que el control conductual y la actitud fueron importantes predictores en la intención de ser físicamente activos en un grupo de personas obesas, por lo que concluyeron que es importante el desarrollo de una actitud positiva hacia este comportamiento.⁷¹

Por lo tanto se considera importante conocer las dimensiones de la teoría de la acción planeada asociadas al sobrepeso y la obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS para, así lograr un mejor control de esta patología.

II.2 Teorías y modelos que explican las dimensiones de la teoría de acción planeada

II.2.1 Introducción

Dentro de la psicología de la salud se ha determinado que la conducta está relacionada con la salud. Esta relación ha quedado demostrada durante décadas de investigación que han analizado el estilo de vida y la conducta individual tratando de identificar relaciones entre éstas y el desarrollo de enfermedades.²⁸

La investigación sobre la conducta de salud ahora generalmente adopta la perspectiva de que la conducta de salud es aquello que está relacionado con la situación de salud de un individuo, independientemente de su salud actual o de sus motivaciones.²⁸

Se deben comprender los factores psicológicos y sociales que contribuyen a que se realice una conducta de riesgo o a que se evite una conducta preventiva, para así poder contribuir a desarrollar programas efectivos para disminuir el sobrepeso y la obesidad.²⁸

El reciente crecimiento de la obesidad en los países occidentales desarrollados y en vías de desarrollo, se puede atribuir más a factores del entorno como el estilo de vida y los patrones de conducta que a un incremento de la predisposición genética hacia la obesidad.²⁸

Se ha descubierto que la conducta tiene claras asociaciones con la prevalencia de enfermedades. La falta de estas conductas, o un nivel reducido de ellas, resulta perjudicial para la salud, como queda reflejado por el crecimiento de las cifras de obesidad, atribuible en parte, a los reducidos niveles de ejercicio, así como a la ausencia de una dieta saludable (alta consumo de sal y grasas, pica, atracones).²⁸

La personalidad, las creencias y las actitudes desempeñan un papel importante en la motivación de la conducta, al igual que nuestras metas e intenciones, circunstancias sociales y normas sociales.²⁸

La teoría de la conducta planeada, han demostrado la importancia de los factores cognitivos y sociales para predecir tanto la intención de actuar como la acción, por lo que es un buen modelo para comprender la asociación de estos factores con el sobrepeso y la obesidad.²⁸

La Teoría de La Acción Planeada (TAP) es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada (TAR). Ambas teorías se centran en los factores motivacionales individuales, a los que consideran determinantes de la probabilidad mayor o menor de que se realice una determinada conducta. Refieren que las demás variables (demográficas, ambientales), operan a través de las variables definidas en el modelo y que no contribuyen de forma independiente a explicar la probabilidad de una conducta.⁵⁸

Estas teorías plantean que las personas se comportan de manera racional y que hacen uso de la información que tienen para llevar a cabo una conducta y que el determinante más importante, el que mejor explica o predice una conducta, es la intención conductual. La intención de realizar una conducta determinada está influenciada por normas sociales, por la percepción que otras personas que valoran que la persona haga determinada acción. El control percibido está determinado por las creencias de control, relacionadas con la presencia o ausencia de facilitadores o barreras para la conducta (la promoción de la salud).⁵⁸

II.2.2 Teoría de acción razonada

La Teoría de Acción Razonada propuesta por Fishbein y Ajzen (1975-1980). Ofrece un modelo completo de investigación, constituye una alternativa que involucra aspectos que se mezclan adquiriendo importancia dependiendo el momento en que se encuentra una investigación, ya que involucra factores como creencias, dividiéndolas en conductuales, cuando son particulares a cada sujeto y normativas, cuando son manifiestas de los grupos de pertenencia: así como las actitudes, las normas subjetivas, la motivación de cumplir esas creencias y normas, y la intención hacia la realización de una conducta.²⁶

La teoría asume que la intención como determinante de la conducta, tiene a su vez dos determinantes conceptuales independientes, las cuales tienen una relación aditiva (cada una con su importancia relativa), la cual va a determinar la acción conductual. Por una parte se encuentra el factor personal llamado “actitud” hacia la conducta, el cual refleja el grado de evaluación favorable o desfavorable que una persona tiene hacia la conducta en cuestión. Por otra parte se encuentra la “norma subjetiva”, factor que refleja la influencia social, refiriéndola como la percepción que tiene el sujeto sobre la presión social para realizar o no dicha conducta.⁵⁷

Este modelo propuesto por Fishbein y Ajzen, es muy completo y permite obtener mayor seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta. Se toman en cuenta tanto factores individuales como grupales.²⁶

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El Modelo de La Teoría de Acción razonada consiste en elaborar un índice de probabilidad de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo; por lo tanto, es un predictor; un juicio probabilístico en el que puede estimarse la intención hacia la conducta directamente mediante una escala de probabilidad. La Teoría de Acción Razonada puede ser utilizada para explicar diferentes comportamientos en contextos diferentes, como puede ser la salud, la cultura, el ámbito laboral o el social.²⁶

La Teoría de Acción Razonada ha sido aplicada en estudios que intentan predecir y comprender el comportamiento en planificación familiar, alcoholismo, pérdida de peso, VIH-SIDA; así como en estudios sociales. Se considera una teoría general del comportamiento humano, ya que busca el origen de la conducta en las creencias que el individuo mantiene ante la intención de realizar una conducta.²⁶

En su formulación básica, este modelo parte de los tres componentes fundamentales del concepto tradicional de actitud (cognitivo, evaluativo y conductual) y los vincula a una cadena causal.²⁶

Lo que Fishbein y Ajzen intentaron con su modelo es definir y predecir la conducta de un sujeto. El concepto central de esta teoría es la intención conductual (ejecutar o no la conducta). Para la Teoría de Acción Razonada el determinante directo de la conducta es la intención conductual, la cual, está determinada por la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva. Estos dos componentes se explican atendiendo a las creencias (información que tiene el sujeto acerca de los objetos; lo que se define, por tanto es que la conducta está relacionada en última instancia con la información que una persona tiene). A partir de ellas se puede determinar cuál es la intención de la conducta de un sujeto.²⁶

Por lo tanto, la actitud hacia la conducta hace referencia a las creencias que tiene un sujeto sobre las consecuencias de su conducta y la evaluación que hace de esas consecuencias, por ejemplo, para conocer la actitud hacia los inmigrantes que llegan a una ciudad, se tendría en cuenta las ideas acerca de las consecuencias de acoger a dichos inmigrantes (es deseable ser socialmente tolerante, todo el mundo tiene derecho a un asilo, es imposible acoger a todos los inmigrantes que llegan a una ciudad, puede que la llegada masiva de un grupo perjudique el bienestar) y la evaluación de las

consecuencias (una buena imagen de tolerancia ante los demás, si yo estuviese en esa misma situación me gustaría que respetaran mis derechos, aumenta el número de robos, inseguridad ciudadana).⁵⁶

La actitud resultante dependerá de sus creencias y de la evaluación que haga sobre las consecuencias de la inmigración. Por lo tanto, la norma subjetiva hace referencia a las creencias normativas y a la motivación para acomodarse a los otros. Tomando en cuenta el ejemplo de la inmigración, se tomará en cuenta la opinión de la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, y cómo es de importante para el sujeto lo que piensen ellos. Estos dos componentes, la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, inciden directamente sobre la intención conductual y esta a su vez sobre la conducta.⁵⁶

El Modelo de Acción Razonada puede considerarse como el más influyente en el modelo de relación actitud-conducta, ya que incorpora el componente de normas sociales como un factor importante.⁵⁶

II.2.2.1 Formación de creencias

Las creencias sobre un objeto (actitudinal-psicosocial) proporcionan la base para la formación de la actitud. Ajzen y Fishbein (1975) describen la formación de tres tipos de creencias: Creencias descriptivas, Creencias Inferenciales y Creencias informativas. Ajzen y Fishbein (1975) definen la creencia como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo. La formación de una creencia implica la unión entre dos aspectos determinados del individuo y tiene como propósito conseguir el entendimiento de sí mismo y de su medio ambiente.²⁶

Las Creencias Descriptivas: Son aquellas que se obtienen a través de la observación directa de un objeto dado por el individuo.²⁶

Las Creencias Inferenciales: tienen su origen en las creencias descriptivas realizadas con antelación y se basan en relaciones probabilísticas entre las creencias, las cuales siguen lineamientos del razonamiento silogístico.²⁶

Las Creencias Informativas: se originan en la adquisición de la información obtenida de otros acerca de un objeto.²⁶

II 2.2.2 Actitudes

Para Fishbein y Ajzen, la actitud es un juicio evaluativo bipolar acerca de un objeto. Las actitudes se conforman a partir de:

1. Repertorio de creencias salientes relativas al objeto de actitud, que suelen ser entre cinco y nueve, si bien las dos o tres primeras son las que proporcionan la información útil y no redundante. En la Teoría de Acción razonada, las creencias se conciben básicamente como las consecuencias que tiene el realizar determinada conducta. Los juicios acerca de la probabilidad subjetiva sobre una creencia se estima sobre escalas bipolares (escala de 7 puntos, desde +3, muy probable, hasta -3, muy improbable).⁵⁶
2. Las actitudes no sólo dependen de las creencias, sino también de la evaluación que la persona tiene de cada una de dichas creencias conductuales. Las evaluaciones de cada una de las consecuencias suelen estimarse sobre escalas bipolares (por ejemplo, desde +3, muy deseable, hasta -3, muy indeseable). Así, la actitud de la persona hacia la conducta se estimaría de la siguiente forma:

$$A_c = \sum c_i e_i \text{ siendo}$$

A_c = actitud de la persona hacia la conducta.

c_i = creencia acerca de las consecuencias de la conducta.

e_i = evaluación.

i = subíndice que indica cada creencia y su evaluación, numeradas desde 1 hasta N .⁵⁶

Una actitud se adquiere automáticamente hacia un objeto en cuanto se aprenden las asociaciones de éste con otros objetos, objetos de los cuales ya se tienen actitudes previas. Estas actitudes son evaluaciones del atributo y son una función de las creencias que unen un nuevo atributo a otras características y a las evaluaciones de dichas características (Fishbein y Ajzen, 1975). Por lo tanto al adquirir una creencia hacia un objeto, automática y simultáneamente se adquiere una actitud hacia dicho objeto.²⁶

II.2.2.3 Normas subjetivas

Son las creencias de lo que otras personas en su grupo social piensan acerca de un comportamiento, combinado con la motivación personal para satisfacer esas normas percibidas, en relación al sobrepeso y la obesidad²⁶

Es el segundo predictor de la intención conductual. Los componentes de la norma subjetiva son dos:

Las creencias normativas hacen referencia a las creencias acerca de cómo otros grupos de personas o instituciones (a los que se les denomina referentes) piensan que el sujeto debería comportarse.⁵⁶

La motivación del sujeto para acomodarse a las directrices de los referentes). Los componentes de la norma subjetiva se integran en la siguiente fórmula:

$NS = CN_i MA_i$, siendo

NS = norma subjetiva

CN_i = creencias normativas relativas a otros significativos o referentes. Hace referencia, por tanto, a lo que cree el sujeto que los otros significativos esperan de él (las expectativas).

MA_i = motivación para acomodarse a los otros significativos o referentes.

Hace referencia a la importancia que el sujeto da a la opinión que tienen los otros significativos.⁵⁶

i = subíndice que indica cada creencia normativa y motivación para acomodarse a los otros significativos o referentes, numeradas desde 1 hasta N.⁵⁶

Si se toman en cuenta los juicios sobre lo que se cree que piensan los referentes en una escala de 7 puntos (+3= conveniente y -3= inconveniente) y si motivación para acomodarse en una escala semejante (+3= generalmente me gusta hacer lo que el referente (i) cree que debo hacer, y -3= generalmente no me gusta hacer lo que el referente (i) cree que debo hacer).⁵⁶

La norma subjetiva refleja los efectos de los factores sociales, mientras que la actitud es el exponente principal de los efectos psicológicos individuales. Por lo tanto la consideración de estos dos factores es uno de los mayores logros del modelo de Fishbein

y Ajzen, pues relaciona 2 conceptos psicosociales tradicionalmente estudiados de forma independiente.⁵⁶

II.2.2.4 Intención conductual

Puede explicarse haciendo referencia a la actitud y a la norma subjetiva. La fórmula que relaciona las tres variables es dada por la siguiente ecuación, donde los únicos datos desconocidos son los pesos p , ponderaciones (p) que indican la importancia relativa de cada componente.⁵⁶

$$I = (p_1) (Ac) + (p_2) (NS)$$

$$I = (+5) + (-5) = 0$$

Así, la Teoría de Acción Razonada defiende la predicción de la intención conductual desde dos componentes, las actitudes y la norma subjetiva.⁵⁶

II.2.2.5 Conducta

Para Fishbein y Ajzen (1980) el propósito final de la teoría de acción razonada fue predecir y comprender una conducta individual; consideraban que la primera tarea consiste en identificar y medir la conducta de interés. La conducta es la respuesta que se produce o no por efecto de la influencia positiva o negativa de los factores personales (creencias conductuales) y sociales (creencias normativas).²⁶

II.2.2.6 Definición y medición de la conducta

El propósito final de la teoría de Acción Razonada es predecir y comprender una conducta individual, por lo que los autores consideran que el primer paso consiste en identificar y medir la conducta de interés. (Fishbein y Ajzen, 1980; Fishbein, 1990) definieron que para obtener una medida adecuada de una categoría conductual, era necesario observar un conjunto de acciones simples y obtener una medida general. Así mismo, se debe considerar: 1) Acción, el tipo de conducta. 2) Objeto, respecto a donde está dirigida. 3) Contexto o lugar en el cual se realiza. 4) Tiempo en el que ocurre.²⁶

II.2.2.7 Predicción de la conducta

La teoría trata de predecir conductas a través de una cadena causal de elementos: intención de realizar la conducta, actitud hacia la conducta, evaluación de los resultados, norma subjetiva, creencias normativas, creencias conductuales y motivación general para cumplir. En relación con la correspondencia entre intención y conducta; para predecir un criterio conductual a partir de una intención, debe asegurarse que la medida de la intención corresponda a la medida de la conducta. Al igual que las conductas, las intenciones pueden estar constituidas, por los elementos de acción, objetivo, contexto y tiempo. La intención y la conducta corresponden a la magnitud con que sus elementos sean idénticos.²⁶

En la estabilidad de las intenciones, dada la relación entre intención y conducta, el conocimiento de las determinantes de las intenciones es necesario para comprender e influir en la acción humana. Sin embargo, las intenciones pueden cambiar con el tiempo, por lo que es importante medir la intención tan cerca como sea posible de la observación de la conducta para obtener una predicción más exacta.²⁶

II.2.2.8 Intenciones conductuales

Para predecir y comprender las intenciones conductuales se deben realizar dos acciones: La primera es obtener una medida de la actitud de la persona hacia su desempeño de la conducta en cuestión, orientado al componente actitudinal de la intención. Se entiende la actitud como una evaluación referida específicamente al desempeño de su propia conducta y no hacia una conducta en general.²⁶

La segunda acción consiste en medir la influencia social sobre el individuo, es decir la norma subjetiva que pesa sobre él (lo que la sociedad piensa sobre la conducta). La teoría señala que en la intención conductual existe un peso relativo entre la actitud y la norma subjetiva, por lo que es importante evaluar el peso normativo relativo a cada concepto para otorgar un mayor poder explicativo de las determinantes de la conducta.²⁶

II.2.2.9 Componentes actitudinal y normativo

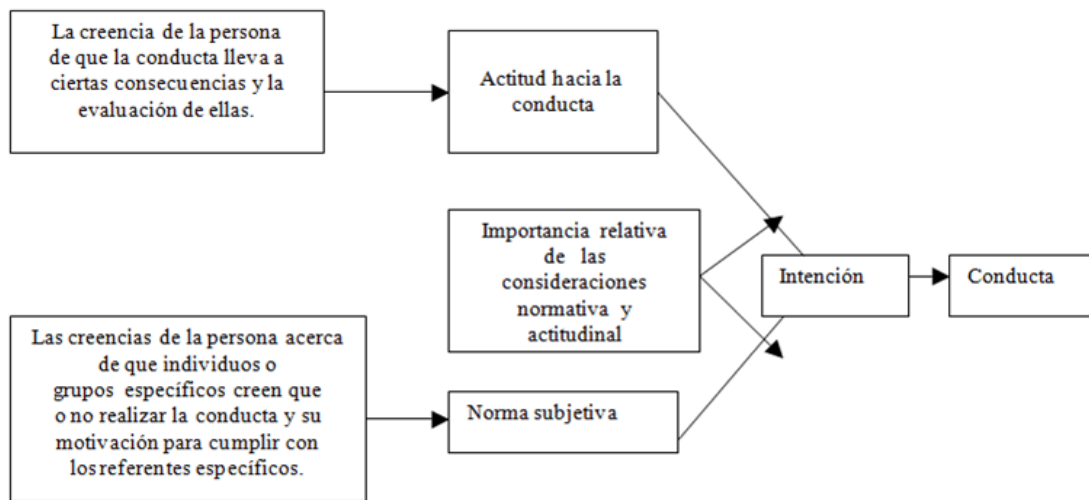
La primera acción para comprender la actitud es obtener información acerca de las creencias sobresalientes y cómo éstas se pueden combinar para determinar la actitud hacia la conducta. La siguiente acción consiste en evaluar la fuerza de las creencias en relación con la conducta de interés, esto se logra pidiéndole a la persona que indique la probabilidad (su probabilidad subjetiva) de que desarrollar una conducta le llevará a una determinada consecuencia. Después se suman los productos del conjunto total de creencias.²⁶

La norma subjetiva se basa en el conjunto total de creencias normativas sobresalientes, cada una influenciada por la motivación para cumplir. Esto implica que no necesariamente existe relación entre una simple creencia normativa y la norma subjetiva. Si una creencia normativa cambiara, no significa que representaría un cambio en la norma subjetiva.²

II.2.2.10 Limitaciones de la teoría de acción razonada

La Teoría de Acción Razonada (TAR), se desarrolló inicialmente para aplicarla a la conducta volitiva (la cual se encuentra bajo el control de la persona) y, como tal, no analiza la creencia que tiene una persona sobre su capacidad de realizar la conducta en cuestión. Sin embargo, gran parte de la conducta no es volitiva (conductas adictivas como fumar, el uso de preservativo en las relaciones sexuales).²⁸

La TAR no tiene en cuenta la transacción potencias entre las variables predictoras (actitudes y norma subjetiva) y los resultados de la intención conductual. La propia conducta puede moldear las actitudes.²⁸



Gráfica 1. TAR

II.2.2.11 Teoría de la acción planeada

La teoría de la Acción Planeada o Conducta Planificada, es una extensión de la Teoría de Acción Razonada, desarrollada por el Dr. Ajzen (1985,1991), la cual fue ampliada para mejorar la capacidad del modelo de abordar la conducta no volitiva, por lo que se incluyó el concepto del control conductual percibido.²⁸

La teoría de la acción planeada ha tenido más éxito para predecir el cambio de conducta que la teoría de acción razonada. Ajzen (1991) encontró una correlación media entre control conductual percibido y la intención de 0.71, por lo que es evidente que este planteamiento ha constituido un apoyo importante, aunque la intención sigue siendo un mejor factor de predicción de la conducta posterior al control conductual percibido. Se ha sugerido que el control conductual percibido puede ser más potente cuando se considera la interacción con los demás elementos del modelo, como las actitudes y las motivaciones, e incluso medidas más de disposición del lugar del control.²⁸

En un meta-análisis a gran escala de estudios que utilizan la teoría de la acción planeada, sus variables explicaban entre el 40 y 50% de varianza de la intención y entre el 19 y 38% de la varianza de la conducta (Sutton, 1998). La teoría de la acción planeada ha sido aplicada ampliamente respecto a la conducta de salud o a la intención conductual.²⁸

II.2.2.12 Control conductual percibido

El control conductual percibido se define como la creencia de una persona de que tiene en control sobre su propia conducta en determinadas situaciones, incluso cuando afronta determinados obstáculos (por ejemplo, creo que me resultará fácil no fumar incluso si voy al bar por la tarde). El modelo también propone que el control conductual percibido influirá directamente sobre la intención y, así, en forma directa sobre la conducta.²⁸

Se considera que es posible que exista una relación directa entre el control conductual percibido y la conducta si las percepciones del control son precisas, lo que significa que, si una persona cree que tiene el control sobre su dieta, puede muy bien tener la intención de cambiarla y, posteriormente hacerlo, pero si la preparación de los alimentos está en manos de otra persona, el cambio de conducta es menos probable incluso si se tiene una intención positiva.²⁸

Las propias creencias sobre el control conductual percibido están influidas por muchos factores, incluyendo la conducta previa y los éxitos y fracasos anteriores respecto a la conducta en cuestión. Por ejemplo, una persona que nunca ha intentado dejar de fumar antes puede tener menores creencias sobre el control conductual percibido que otra que ha tenido éxito dejando de fumar anteriormente y que, por tanto, puede creer que le resultará relativamente fácil volver a hacerlo otra vez.²⁸

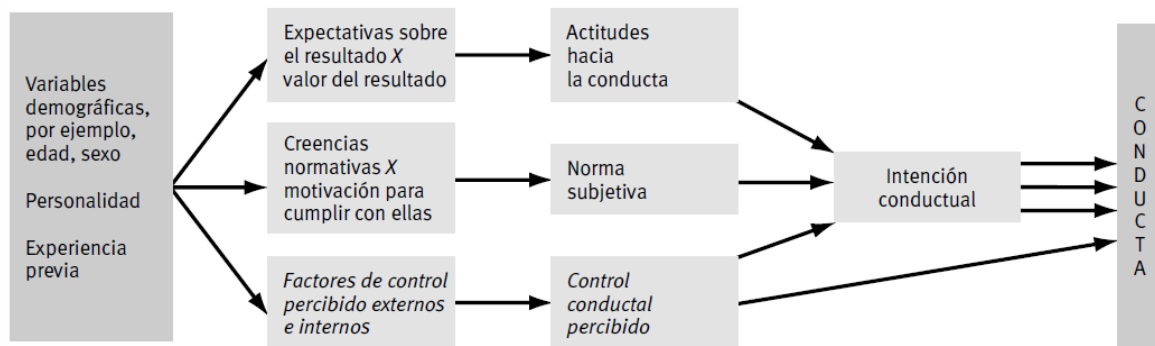
II.2.2.13 La Teoría de la acción planeada y la conducta preventiva

Hagger y colaboradores (2001). Utilizaron la teoría de la acción planeada para analizar las intenciones y la conducta de ejercicio físico de los niños, encontraron que las actitudes, el control conductual percibido y la intención constituían influencias significativas sobre la conducta de realización de ejercicio físico en el seguimiento llevado durante una semana. El control conductual percibido y la actitud predecían la intención, mientras que la norma subjetiva no.²⁸

Armitage y Connor (2003). Descubrieron que la intención de comer o no comer una dieta con bajo contenido de grasa podría diferenciarse a partir de actitudes más positivas hacia la dieta con bajo contenido en grasa.²⁸

Rutter (2000). Describió que la intención de asistir a pruebas para detectar cáncer de mama y de útero, se podían predecir mediante la actitud, el control conductual percibido y la norma subjetiva, aunque sólo la actitud y la norma subjetiva predecían el sometimiento de la prueba. Los estudios de las pruebas personales, en cuanto a autoexploración mamaria o testicular, muestran diferencias parecidas entre los factores de predicción de la intención comparados con los factores de predicción de la conducta real, pero mencionan que se requiere confirmar una relación causal.²⁸

El estudio de las dimensiones de la teoría de la acción planeada (actividad física) asociadas al sobrepeso y la obesidad en pacientes de 20 a 64 años adscritos a la unidad de medicina número 1 del IMSS, se basará en la teoría de la acción planeada, sin embargo se consideró importante explicar tanto la teoría de la acción razonada y de la teoría de la acción planeada para dar un enfoque general dentro del marco teórico.



Gráfica 2. Teoría de la acción planeada

II.2.3 Actividad física

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes

registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas.
- Mejora la salud ósea y funcional
- Es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea.

II.2.3.1 Recomendaciones actividad física

Para los adultos de entre 18 y 64 años, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.⁵⁹

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de Enfermedades No Transmisibles y depresión, se recomienda que:

1. Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.⁵⁹
2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.⁵⁹
3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.⁵⁹
4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.⁵⁹

Estas recomendaciones se aplican a todos los adultos sanos de 18 a 64 años, salvo que coincidan dolencias médicas específicas que aconsejen lo contrario. Son válidas para todos los adultos independientemente de su sexo, raza, origen étnico, o nivel de ingresos. También se aplican a las personas que estando en el margen de edad sufren enfermedades crónicas no transmisibles no relacionadas con la movilidad, tales como hipertensión o diabetes.⁵⁹

Estas recomendaciones pueden ser válidas para los adultos discapacitados. Sin embargo, a veces habrá que adaptarlas en función de la capacidad de ejercicio de la persona y de los riesgos específicos para su salud o sus limitaciones.⁵⁹

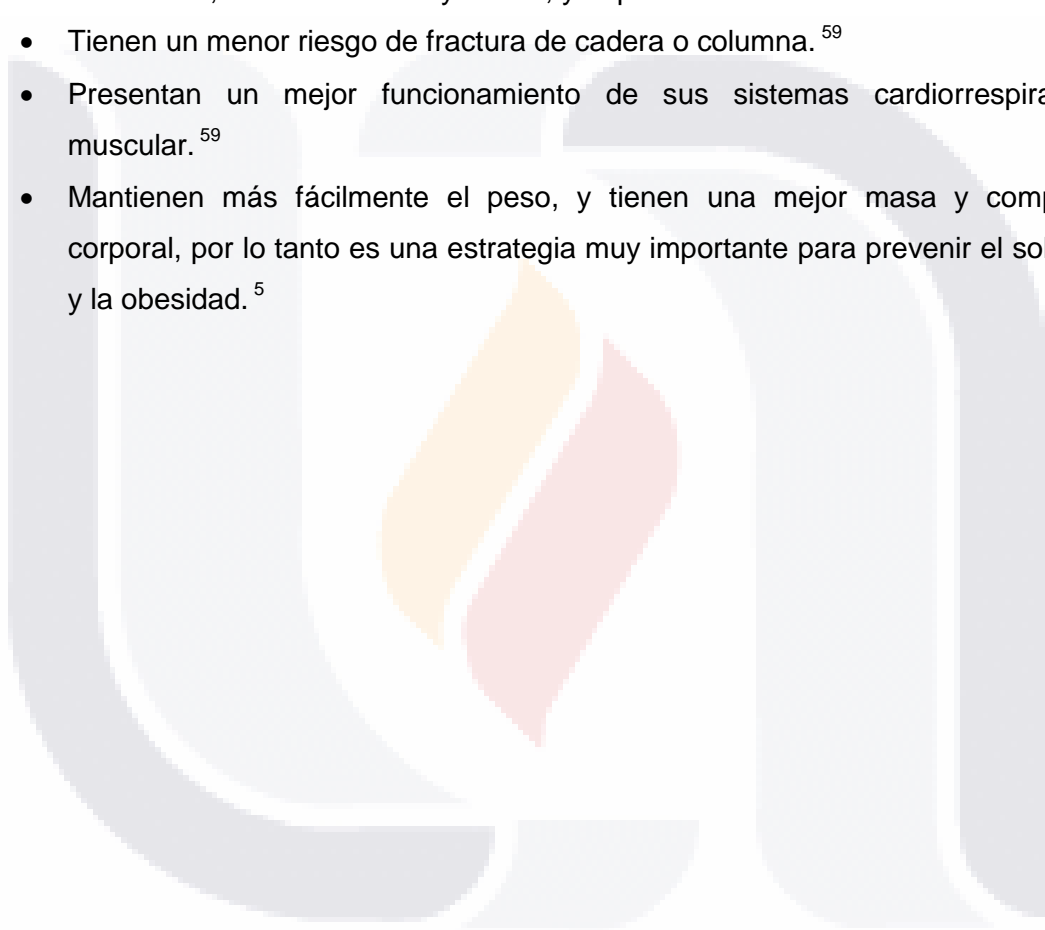
Hay muchas maneras de acumular el total de 150 minutos semanales. El concepto de acumulación se refiere a la meta de dedicar en total cada semana 150 minutos a realizar alguna actividad, incluida la posibilidad de dedicar a esas actividades intervalos más breves, al menos de 10 minutos cada uno, espaciados a lo largo de la semana, y sumar luego esos intervalos: por ejemplo 30 minutos de actividad de intensidad moderada cinco veces a la semana. Las personas con problemas cardíacos deben tomar más precauciones.⁵⁹

Los adultos inactivos o con enfermedades limitantes verán mejorada también su salud en alguna medida si pasan de la categoría "sin actividad" a la de "cierto nivel" de actividad.⁵⁹

II.2.3.2 Beneficios de la actividad física

En general, una sólida evidencia demuestra que, en comparación con los hombres y mujeres adultos menos activos, las personas más activas:

- Presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, cáncer de colon y mama, y depresión.⁵⁹
- Tienen un menor riesgo de fractura de cadera o columna.⁵⁹
- Presentan un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular.⁵⁹
- Mantienen más fácilmente el peso, y tienen una mejor masa y composición corporal, por lo tanto es una estrategia muy importante para prevenir el sobrepeso y la obesidad.⁵



III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente México ocupa el primer lugar en obesidad en población adulta, seguido de Estados Unidos de América.²²

El sobrepeso y la obesidad en la actualidad están considerados como una pandemia, la cual que constituye un importante problema de salud pública, además de que tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta a medida que aumenta el índice de masa corporal ya que este índice se encuentra elevado, constituye un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades del aparato locomotor y algún tipo de cáncer como de endometrio, mama y colon.²⁰

La pandemia de este tipo de enfermedades amenaza el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas. Aunque se consideraba un problema exclusivo de países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando en forma importante en los países de ingresos bajos y medio, sobre todo en el medio urbano.⁴⁹

Existen programas dentro de las instituciones que trabajan en la prevención y tratamiento de este problema, pero pese a esto, la evidencia nacional e internacional sigue siendo limitada y es necesario abrir más líneas de investigación para analizar los factores subyacentes al aumento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad; las intervenciones y los cambios de política que propician una mayor oferta de alimentos nutritivos; los espacios seguros para hacer ejercicio; las estrategias de divulgación de conocimiento y adopción de conductas saludables, y por último, los efectos y los costos en un horizonte de tiempo amplio.⁶²

Las dimensiones de la teoría de acción planeada analizan los componentes del comportamiento del ser humano. Consisten en actitudes, normas subjetivas (sociales) intenciones para realizar una determinada conducta, así como el control percibido, todo ello con base en las creencias adquiridas con la interacción de dichas variables.²⁸

Es necesario abordar el sobrepeso y la obesidad a partir de los aspectos psicosociales enfocándonos en el estudio del comportamiento a partir de la Teoría de la Acción

planeada, para poder prevenir el sobrepeso y la obesidad, y así tomar medidas poblacionales para su control.²⁸

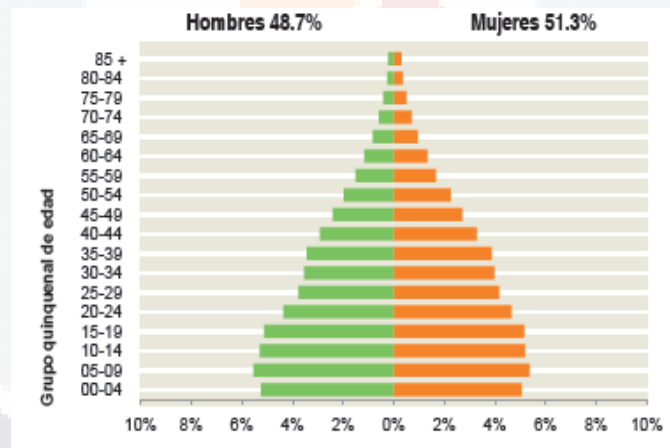
Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea.⁵⁹



IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

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

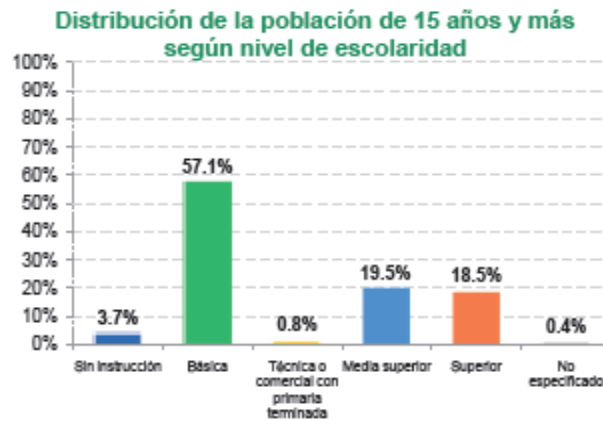
Según la última encuesta de población y vivienda realizada por el INEGI, Aguascalientes ocupa el lugar número 27 a nivel nacional, según el número de población.^{1,2} Cuenta con una población total de 1'184,996 habitantes, 576,638 (48.7%) son hombres y 608,358 (51.3%) son mujeres, por lo que se considera que hay 95 hombres por cada 100 mujeres. De esta población, el 32% tiene menos de 15 años, el 63% de 15 a 64 años y sólo el 5% de habitantes con más de 65 años. La edad mediana de la población es de 24 años. La esperanza de vida es de 75.6 años.^{1,2} El 93% de la población es de religión católica.² De la población total 797,010 habitan en el municipio de Aguascalientes.²



Gráfica 3. Habitantes de Aguascalientes.

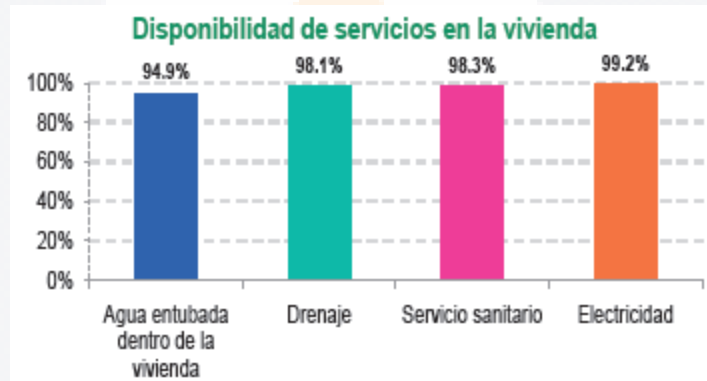
En cuanto a los indicadores de educación, el grado promedio de escolaridad para la población del Estado es de 9.2 (preparatoria incompleta) ya que aproximadamente el 95% de la población de 6 a 14 años acude a la escuela, contando con un 5% de analfabetismo en mayores de 15 años.³

Por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) hay 58 en edad de dependencia (menores de 15 años o mayores de 64 años). De cada 100 personas de 15 años y más, 19 tienen algún grado aprobado de educación superior.²



Gráfica 4. Distribución de la población de 15 años más según su nivel de escolaridad.

El 98% de la población cuenta con drenaje, el 94.9% cuenta con agua potable intradomiliar y el 99.2% cuenta con electricidad.²



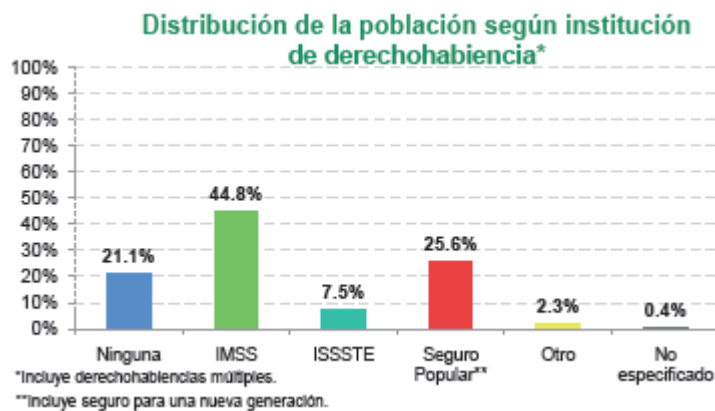
Gráfica 5. Disponibilidad de servicios en la vivienda.

La población económicamente activa es del 36% aproximadamente, trabajando en la industria manufacturera y la comercial, que son las dos principales actividades económicas.

La industria manufacturera es la que más aporta al estado con la producción de maquinaria y equipo.³

El 78.5% de la población tiene derechohabencia a alguna institución de salud.²

Gráfica 6.



Gráfica 6. Distribución de la población según institución de derechohabencia.

La Delegación de Aguascalientes, cuenta con una población total de 621,689 derechohabientes, de los cuales el 47.6% es población masculina y 52.38 % es población femenina, entre la población que cuenta con una edad entre 20 y 64 años, corresponde a 316,182 con un porcentaje del 58.48% de mujeres y una población masculina del 41.51 %. La UMF1 del IMSS delegación Aguascalientes cuenta con una población total de 100 mil 986 derechohabientes, de entre los cuales 46.86 % son hombres y 53.16% son mujeres. La población de entre 20 y 64 años corresponde a 56, 839 del cual el 45.15% corresponde a hombres y 54.84 a mujeres.⁴

De enero a septiembre del 2013, se cuenta con un diagnóstico de obesidad no especificada en 1033 pacientes de la UMF 1, según el departamento de estadística de la unidad.⁵

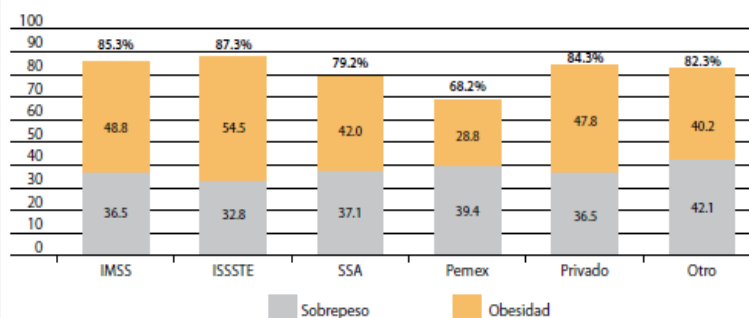
IV.2 Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio, ó delegación de estudio

México ocupa el primer lugar en obesidad a nivel mundial, tanto en población infantil, como en adultos.²²

La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en hombres como en mujeres, tienen sus valores más bajos en los grupos de edad de (20-29 años) y el grupo de mayor edad (80 o

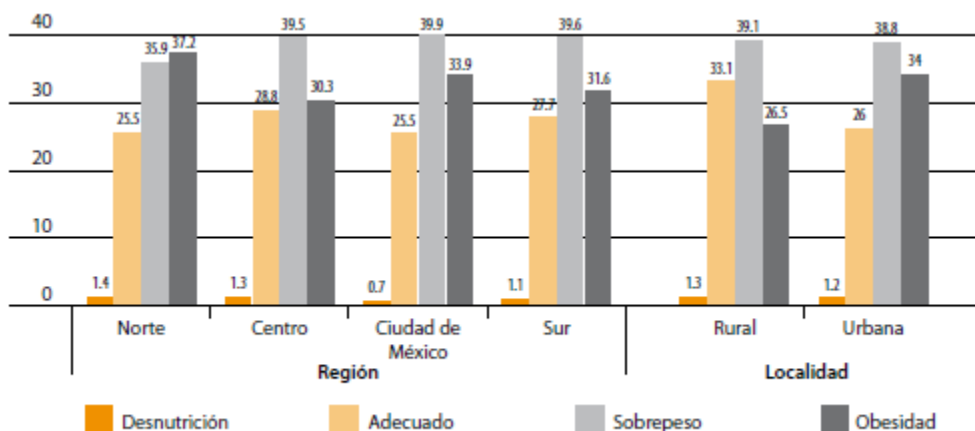
más).El sobrepeso aumenta en hombres a un valor máximo en la década de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años. En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres.²³

Se presenta una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de los adultos con derechohabiencia en alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, Pemex, Secretaría de la Defensa/Marina).²³



Gráfica 7. Prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de los adultos con derechohabiencia en alguna institución de seguridad social.

En el análisis de la ENSANUT 2012, no hubo diferencias en las prevalencias de sobrepeso por tipo de localidad (urbana 38.8% vs. rural 39.1%). Sin embargo, la prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas. En la categorización por regiones, el Norte tuvo una prevalencia de sobrepeso ≈10% menor que las otras regiones, pero una prevalencia de obesidad mayor que el Centro (17.1%), Ciudad de México (15.9%) y Sur (14.9%).²³



Gráfica 8. Prevalencias de sobrepeso por tipo de localidad

Según un reporte del día 8 de Octubre del 2013. El Dr. Armando De La Cerda González, Jefe de la jurisdicción número 1 de Aguascalientes, declaró que Aguascalientes tiene el primer lugar nacional en obesidad infantil y el tercer lugar de obesidad en adultos, por lo que propuso nuevas medidas para tratar de limitar el problema.⁶¹

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

IV.3.1 Nivel legislativo

La Constitución Política De los Estados Unidos Mexicanos, en su capítulo I, artículo 4º: Establece que toda persona tiene derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.⁶

El congreso de los estados unidos mexicanos, decreta la **Ley General de Salud**, en donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.⁷ **Programa Nacional de Salud 2007-2012.** Mediante la generación de competencias en el personal de salud y población general para el control de los determinantes en salud incluyendo alimentación saludable, actividad física y conductas higiénicas básicas y realización de una política integral para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad.⁸ Los cinco objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012 son los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.⁸

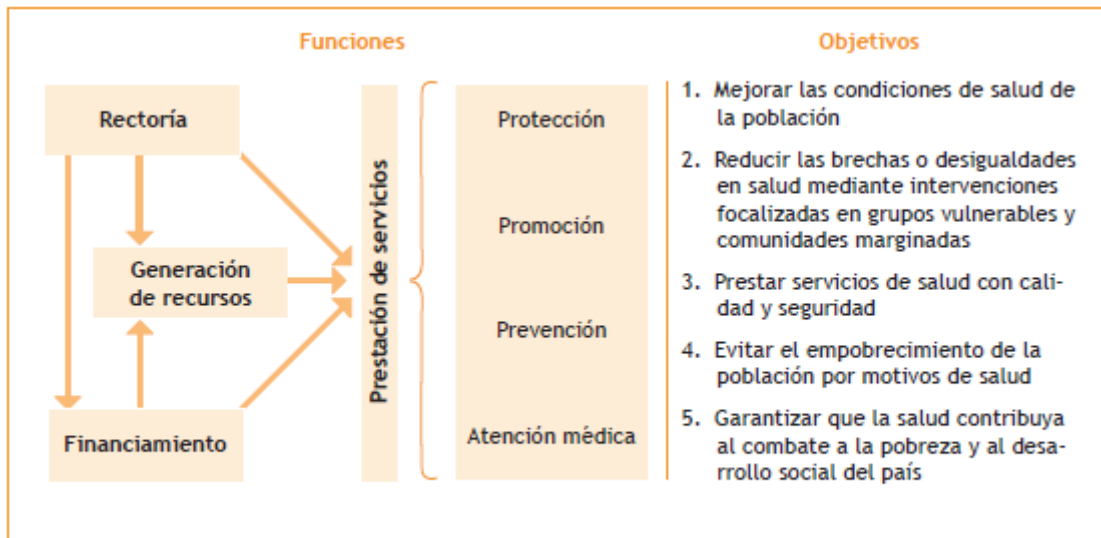


Figura A. Marco conceptual del Programa Nacional de Salud 2007-2012

Figura 1. Marco conceptual del Programa Nacional de Salud 2007-2012.

IV.3.2 Normas

La Norma Oficial Mexicana NOM 008-SSA3-2010; en donde se establece que los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan sobrepeso y obesidad.¹⁰

IV.4 Nivel ejecutivo

El Sr. Presidente de la República Enrique Peña Nieto, el 2 de abril del 2013 detalló las tres prioridades de la Nueva Política de Salud para los próximos 6 años, la cual está enfocada a prevenir las enfermedades, promover la salud y procurar el bienestar a las familias mexicanas, lo cual garantiza protección a la salud y atención médica de calidad. Las tres prioridades son: acceso efectivo, calidad en el servicio y prevención.⁹

IV.4.1 Acceso efectivo

El Estado debe asegurar los servicios de salud a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico o su condición laboral. Se fortalecerá el Seguro Popular y se apoyará al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).⁹

“La visión de largo plazo es igualar la calidad en los servicios y hacer posible que los mexicanos puedan ser atendidos en cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud Pública, si así lo requieren”.⁹

IV.4.2 Calidad en el servicio

Para que todos los mexicanos por igual cuenten con médicos profesionales, calificados, e instalaciones para recibir un servicio de salud de calidad.⁹

IV.4.3 Prevención

Una de las acciones más importantes de prevención estará dirigida a reducir la obesidad y el sobrepeso, así como la diabetes.⁹

IV.4.4 Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes

Esta estrategia se apoya en 3 pilares fundamentales.⁶⁰

IV.4.4.1 Salud Pública

- Promoción de estilos de vida saludables; amplias campañas de educación; monitoreo permanente de las enfermedades no transmisibles; así como implementación de acciones preventivas.⁶⁰

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- La Reforma Educativa aprobada, faculta a la Secretaría de Educación Pública, a fin de que en las escuelas haya alimentos sanos y nutritivos para nuestros niños.
 - La Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, la CONADE, junto con agrupaciones de la sociedad civil, está impulsando acciones para que la población tenga una mayor actividad física.⁶⁰
 - La Secretaría de Salud establecerá un “Observatorio” que genere información, para una adecuada toma de decisiones en contra de la obesidad y la diabetes.⁶⁰

IV.4.4.2 Atención Médica Oportuna

- Identificación de personas con factores de riesgo, o con diagnóstico previo, para que tengan acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, privilegiando siempre la prevención.⁶⁰
- El Centro de Atención del Paciente Diabético detectará las primeras señales de sobrepeso para actuar proactivamente, con intervenciones médicas oportunas; Modelo de Atención que se replicará en otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.⁶⁰

IV.4.4.3 Regulación sanitaria y política fiscal a favor de la salud

- A propuesta del Ejecutivo, se gravarán las bebidas azucaradas, y, por iniciativa de los diputados, respaldada ayer por los senadores, se gravarán también los alimentos no básicos con alta densidad calórica.⁶⁰
- Se creará un sello de “calidad nutricional”, para los productores que así lo soliciten y cumplan con los altos estándares nutricionales. Éste será un incentivo adicional, para que la industria reformule sus productos o genere más opciones saludables.

⁶⁰

IV.4.5 Nivel operativo

En cuanto al sistema de salud en los Estados Unidos Mexicanos se compone básicamente por los sectores público y privado. El sector público está compuesto por las instituciones de seguridad social como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaria de Marina, y Secretaria de la Defensa Nacional. Por otro lado están los servicios que son prestados a la población, pero sin seguridad social y entre ellos se encuentra: el Seguro Popular de Salud, el programa IMSS- Oportunidades, la Secretaria de Salud y los Servicios Estatales de Salud. El sector privado generalmente presta servicios solo a la población con capacidad de pago.¹¹

Al integrar la dinámica causal del sobrepeso y la obesidad se identifica que la acción requiere de políticas que van más allá del sector salud. Para ello se ha acordado con las dependencias federales, luego de consulta con expertos nacionales e internacionales, así como con la industria y otros organismos, metas comunes al 2012: En niños de 2 a 5 años, revertir el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a menos de lo existente en 2006.¹² En la población de 5 a 19 años, detener el avance en la prevalencia del sobrepeso y obesidad.¹² En la población adulta, desacelerar el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad.¹²

Una primera recomendación para poder contener el problema del sobrepeso y la obesidad surgida del proceso de evaluación y consulta, y coincidente con la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, es constituir un “Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad” conformado por el Ejecutivo Federal, otras instancias de los gobiernos estatal y municipal, la industria, la academia, las organizaciones de la sociedad civil, los sindicatos así como representantes de otros sectores involucrados.¹²

IV.4.5.1 PREVENIMSS

El instituto Mexicano del Seguro Social consiente de la importancia de las enfermedades crónico degenerativas cuenta con el programa PREVENIMSS, el cual está encaminado en realizar las acciones preventivas entre sus derechohabientes, lleva a cabo diversas acciones para tratar de incidir en la frecuencia de muchos padecimientos. Es por lo anterior que en cada Unidad de Medicina Familiar, en el consultorio al que cada derechohabiente corresponde, se le practican toma de presión arterial, peso, detección de diabetes mellitus, cálculo de índice de masa corporal (para saber la relación de peso y

estatura, y si existe o no sobrepeso u obesidad). Se le recomienda la práctica de ejercicios, se le anota en su tarjeta de citas las acciones preventivas, las vacunas que según su edad le corresponden y la periodicidad de las mismas.¹³

IV.4.5.2 Programa pasos por la Salud

Tiene como objetivo el promover un estilo de vida activo y saludable, que pueda combatir el problema de sobrepeso y obesidad en la población en general. Es un programa trimestral que consiste en practicar caminata, alimentarse correctamente, consumir agua simple en cantidades suficientes y recibir del Instituto sesiones de sensibilización y educación para la salud.¹⁴

IV.4.5.3 Cinco Pasos por la Salud

Es un programa que promueve el cambio de conductas, la adopción de hábitos saludables, la cual permite al individuo apropiarse del cuidado de su salud con 5 acciones: 1. Actívate, 2. Toma agua, 3. Come verduras y frutas, 4. Mídete y 5. Comparte.¹⁵

IV.4.5.4 PREVENISSSTE

El ISSSTE en su interés por la prevención de las enfermedades crónico degenerativas, centra su labor en llevar un control del peso y la talla de los derechohabientes, diagnosticar enfermedades como diabetes e hipertensión y mantenerlas bajo control.¹⁶

IV.4.5.5 PPRESYO

El Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad (PPRESyO) se basa en la estrategia “5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor” y en el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA), teniendo como intervenciones principales el tratamiento nutricional (alimentación correcta) y el fomento de actividad física (planes personalizados de ejercicio), el cual está formado por un grupo multidisciplinario que brinda un diagnóstico y tratamiento a los derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que presentan esta enfermedad.¹⁷

IV.4.5.6 Programa “Chécate, Mídete, Muévete”

Este programa consiste en una iniciativa implementada en el mes de noviembre del 2013, con la finalidad de ayudar a prevenir el sobrepeso y la obesidad, así como sus comorbilidades, consiste en 3 actividades principales:

- Chécate: Checar el peso y medidas.
- Mídete: Disminuir la ingesta de grasas, azúcar y sal.
- Muévete: Realizar actividad física, con la finalidad de disminuir el peso corporal, disminuir el estrés, mejorar la memoria, la autoestima, el aparato respiratorio y muscular, para así tener una sensación de bienestar.¹⁸

IV.4.5.7 Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad exógena

El IMSS en su preocupación en base a impacto, alta frecuencia y costos de este padecimiento constituye un instrumento sencillo para la identificación de recomendaciones construidas con la mejor evidencia científica disponible sobre las intervenciones que contribuyen a realizar una evaluación, diagnóstico temprano y tratamiento farmacológico y no farmacológico efectivos.¹⁹

IV.5 Descripción de la naturaleza del problema

Existen estudios relacionados con la teoría de la conducta planeada sobre la conducta preventiva de ciertos comportamientos como la conducta del ejercicio, la prevención del cáncer de mama y útero, el consumo de drogas, así como prevención de VIH, entre otras aplicaciones.²⁸

Hagger y colaboradores (2001). Utilizaron la teoría de la acción planeada para analizar las intenciones y la conducta de ejercicio físico de los niños, y encontraron que las actitudes, el control conductual percibido y la intención, constituían influencias significativas sobre la conducta de realización de ejercicio físico en el seguimiento llevado durante una semana. El control conductual percibido y la actitud predecían la intención, mientras que la norma subjetiva no.²⁸ Plotnikoff (2012) en un estudio realizado en

adolescentes con sobrepeso y obesidad, para predecir la actividad física, observó que la actitud fue el predictor más fuerte en la intención de la actividad física, mientras que el control percibido fue el predictor más fuerte para el comportamiento de actividad física. Observó fuertes asociaciones con respecto a la actitud y al control percibido.²⁹ Rodríguez (2007). Realizó un estudio descriptivo sobre la capacidad predictiva de la teoría de la acción planeada con la intención y uso de drogas en jóvenes, encontró que el componente que mejor predijo la intención de usar drogas fue el control conductual percibido.³⁰

IV.6 Descripción de la distribución del problema (¿Quiénes están afectados, dónde y cuándo?)

En el mundo hay mil millones de personas con sobrepeso, y más de 300 millones presentan obesidad.²¹ México ocupa el primer lugar en obesidad en el mundo. Existen 49 millones de personas con sobrepeso y obesidad, por lo que 7 de cada 10 habitantes padecen sobrepeso y la mitad de ellos padecen obesidad.⁵⁴

En Aguascalientes la prevalencia de obesidad y sobrepeso es de 68.5% de adultos mayores de 20 años (69.1% mujeres y 67.7% hombres).²³

En la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS, Delegación Aguascalientes se reportaron 1033 casos de pacientes con obesidad de enero a septiembre del 2013.⁵

IV.7 Descripción de la gravedad del problema (Magnitud y trascendencia, así como las consecuencias que pueden presentarse tanto en la población como en los servicios)

Desde 1998, la OMS considera a la obesidad como una epidemia global que constituye un importante problema de salud pública. Los estudios epidemiológicos sugieren que las causas principales están relacionadas con los cambios ambientales y los estilos de vida, ocurridos en las últimas décadas. En México el fenómeno epidemiológico de la obesidad

la ha llevado a colocarse en primer lugar a nivel mundial tanto en población infantil, como en la población adulta.²⁰

Mil millones de adultos tienen sobrepeso, y más de 300 millones son obesos. Cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas a causa de la obesidad y sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema limitado a los países de altos ingresos, en la actualidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos.²¹

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en su último informe "The State of Food and Agriculture 2013" basado en estadísticas del 2008, ubicó a México como el país con más obesidad en el mundo, con un porcentaje de 32.8% de adultos con este problema, arriba de Estados Unidos con un 31.8%.²² El informe revela que por lo menos un 70% de los mexicanos adultos tienen sobrepeso, y el 32.8% padece obesidad.²²

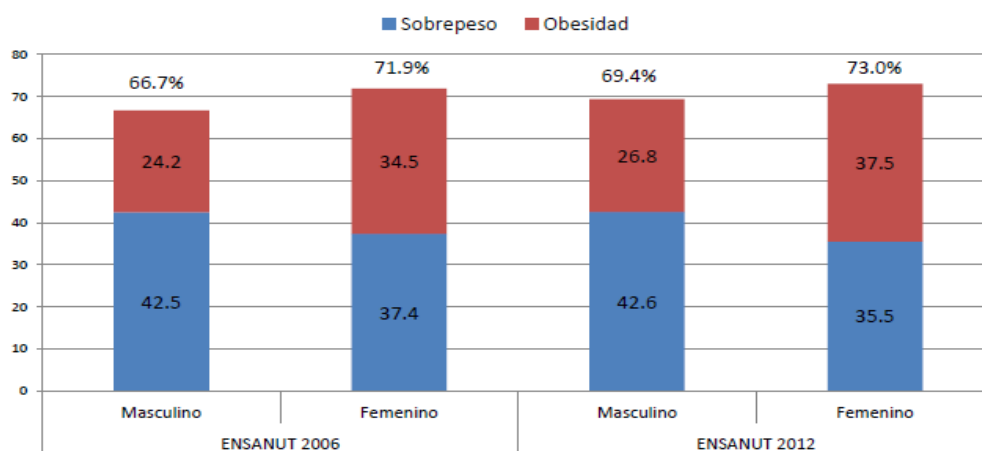
El sobrepeso y la obesidad son considerados como una epidemia global que constituye un problema importante de salud pública, la rapidez del cambio de prevalencia de obesidad ocurrida en solo 25 años, descarta una base genética como causa única, ya que el Pool de genes responsables de la susceptibilidad de la obesidad no puede variar en periodos de tiempo tan cortos.²⁰ El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud como: Las enfermedades cardiovasculares. La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia. Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis. Algunos tipos de cáncer como endometrio, mama y colon.²⁰

Actualmente 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso y de estos, la mitad presenta obesidad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años o más es de 39.05% en sobrepeso y 32.15% en obesidad, de acuerdo a la institución de afiliación IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa/Marina es de 39.9% de sobrepeso y 34.7% de obesidad. Finalmente en cuento al IMSS se reporta un 36.5% de sobrepeso y 48.8% en obesidad.²³

La ENSANUT 2012 reveló una prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad en **adultos** de 73% para las mujeres y 69.4% para los hombres. De 1988 a 2006 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en **mujeres de 20 a 49 años** se incrementaron en forma importante. Si bien la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre el año 2006 y 2012, la de obesidad aumentó únicamente 2.9%.²³

En el caso de los **hombres mayores de 20 años**, en el periodo de 2000 a 2012 la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad incrementó 38.1%. Sin embargo, la velocidad de incremento en el periodo 2006 a 2012 fue menor (sobrepeso=0.2% y obesidad=10.7%) que el observado en el periodo 2000-2006 (sobrepeso=2.9% y obesidad= 24.7%).²³

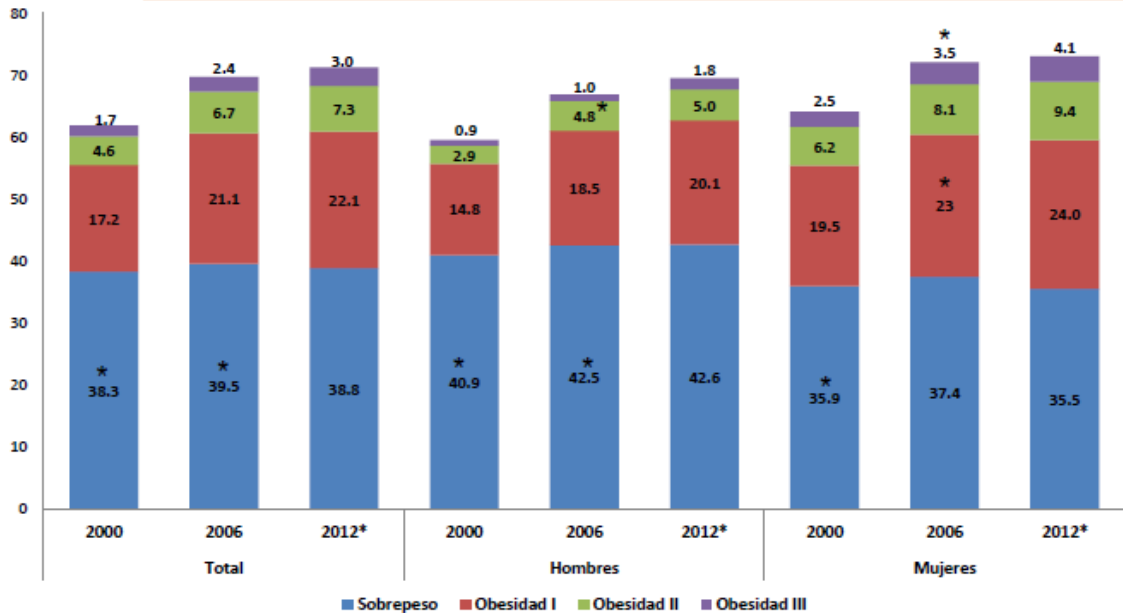
Prevalencia* nacional de sobrepeso y obesidad en población adulta (20 años y más), por sexo. México. ENSANUT 2012



Gráfica 9. Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población adulta (20 años o más), por sexo.

Se sabe que una de las principales consecuencias originadas por el sobrepeso, es la diabetes. En México se estima que la población con esta enfermedad, fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (el 10.7% de los habitantes entre 20 y 69 años), según datos de la Federación Mexicana de Diabetes (FMD). La Secretaría de Salud por su parte, en enero de 2012, publicó un aumento en este fenómeno del 30% en las últimas dos décadas.²³

Tendencias en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en adultos en el periodo 2000 a 2012.



Gráfica 10. Tendencias en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en adultos en el periodo 2000 a 2012.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) la prevalencia de peso excesivo en Aguascalientes fue de 68.5% en adultos mayores de 20 años, de los cuales el 69.1% son mujeres y 67.7% son hombres. La prevalencia de obesidad abdominal fue 74% en el estado con una diferencia de 64% en hombres y 81% en mujeres. Siete de cada diez adultos de más de 20 años en Aguascalientes presentan exceso de peso (IMC ≥ 25) Y 74% de este grupo tiene obesidad abdominal.²⁴

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por entidad federativa (2012), en lo que respecta a Aguascalientes, la prevalencia de sobrepeso en hombres fue de 41.4% y en mujeres del 37.9%. En cuanto a obesidad se reportó una prevalencia en hombres de 28.4% y en mujeres de 33.4%.⁷⁵

En el 2004 se realizó un estudio llamado ENCOPREVENIMSS, con el fin de determinar la prevalencia de la actividad física en derechohabientes de 20 a 59 años de edad. Se incluyeron 30 270 mujeres y 25237 hombres de todo el país, la prevalencia global de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

actividad física recomendada fue de 17.7%, la de actividad física insuficiente 65.5% y la de inactividad física de 16.8%. La prevalencia de inactividad física en hombres y mujeres fue de 13.8 y 19.4% respectivamente. Las actividades más reportadas en hombres y mujeres que tuvieron niveles recomendados o insuficientes fueron caminar (44.3%), correr (34.2% y fútbol (10%). Mujeres y hombres que veían televisión tuvieron una prevalencia de inactividad física de 30.9% y 20.5%.⁷³

Los resultados reportados sobre la prevalencia de la actividad física en población derechohabiente por delegación y sexo, reportaron que en una muestra de 545 hombres de la delegación Aguascalientes 18.3% tuvieron una actividad física recomendada, 70.3% insuficiente y el 11.4% inactividad física; mientras que de 955 mujeres, el 8.8% presentó una actividad física recomendada, 80.4% actividad física insuficiente y 10.8% inactividad física.⁷³

Se estima que el 35% de muertes por enfermedades coronarias se deben a la inactividad física.⁷³

Factores como el sedentarismo por cambios en estilo de vida, falta de espacios adecuados y escasa cultura de la población hacia el deporte han favorecido al crecimiento del sobrepeso u obesidad.⁷³

Pensar que la población puede modificar su conducta y volverse físicamente activo de manera inmediata es imposible, ya que en la actualidad existen barreras como la falta de tiempo, motivación, soporte social, carencia de instalaciones adecuadas y desconocimiento sobre el tema, por lo que existe la necesidad de realizar intervenciones efectivas que promuevan estilos de vida saludable.⁷³

Se han identificado factores determinantes de tipo personal, psicológico, social, cultural y del medio ambiente los cuales se deben tomar en consideración para promover la realización de actividad física en adultos.⁷³

Según lo reportado en la ENSANUT (2012) con respecto a actividad física en adultos de la población de Aguascalientes, el 68.3% fueron activos, el 15.3% fueron moderadamente activos y el 16.4% fueron inactivos.⁷⁵

IV.8 Análisis de los factores que pueden influir en el problema

Se ha descubierto que la conducta tiene claras asociaciones con la prevalencia de enfermedades. La falta de estas conductas de prevención, o un nivel reducido de ellas, resulta perjudicial para la salud, como queda reflejado por el crecimiento de las cifras de obesidad, atribuible en parte, a los reducidos niveles de ejercicio, así como a la falta de apego a una dieta saludable (alto consumo de sal y grasas, pica, atracones).²⁸

Los factores psicosociales, personalidad, las creencias y las actitudes desempeñan un papel importante en la motivación de la conducta, al igual que nuestras metas e intenciones, circunstancias sociales y normas sociales, es por ello que es necesario conocer la actitud, normas subjetivas, intenciones conductuales asociadas al sobrepeso y la obesidad²⁸

IV.9 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo

La capacitación adecuada del sector médico es fundamental para contribuir al control de la obesidad y el sobrepeso. Es importante reconocer que se pueden lograr grandes cambios con implementación de políticas orientadas a abatir los determinantes psicológicos más importantes.²⁷

La obesidad puede considerarse como el problema de salud pública principal al cual se encuentra médico en la actualidad, dada su gran prevalencia, sus consecuencias y su asociación con las principales causas de mortalidad. Se carece de un plan maestro que señale logros alcanzados y tareas por desarrollar.²⁷

Dentro de la psicología de la salud se ha determinado que la conducta está relacionada con la salud. Esta relación ha quedado demostrada durante décadas de investigación que

han analizado el estilo de vida y la conducta individual tratando de identificar relaciones entre éstas y el desarrollo de enfermedades.²⁸

La investigación sobre la conducta de salud ahora generalmente adopta la perspectiva de que la conducta de salud es aquello que está relacionado con la situación de salud de un individuo, independientemente de su salud actual o de sus motivaciones.²⁸

Se deben comprender los factores psicológicos y sociales que contribuyen a que se realice una conducta de riesgo o a que se evite una conducta preventiva, para así poder contribuir a desarrollar programas efectivos para disminuir el sobrepeso y la obesidad.²⁸

El reciente crecimiento de la obesidad en los países occidentales desarrollados y en vías de desarrollo, se puede atribuir más a factores del entorno como el estilo de vida y los patrones de conducta que a un incremento de la predisposición genética hacia la obesidad.²⁸

Se ha descubierto que la conducta tiene claras asociaciones con la prevalencia de enfermedades. La falta de estas conductas, o un nivel reducido de ellas, resulta perjudicial para la salud, como queda reflejado por el crecimiento de las cifras de obesidad, atribuible en parte, a los reducidos niveles de ejercicio, así como a la ausencia de una dieta saludable (alta consumo de sal y grasas, pica, atracones).²⁸

La personalidad, las creencias y las actitudes desempeñan un papel importante en la motivación de la conducta, al igual que nuestras metas e intenciones, circunstancias sociales y normas sociales.²⁸

La teoría de la conducta planeada, han demostrado la importancia de los factores cognitivos y sociales para predecir tanto la intención de actuar como la acción, por lo que es un buen modelo para comprender la asociación de estos factores con el sobrepeso y la obesidad.²⁸

Existen estudios relacionados con el comportamiento del ejercicio en adolescentes con obesidad y sobrepeso, así como estudios sobre la conducta en niños, sin embargo, no se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuenta con estudios de este tipo en personas de edad adulta, por lo que es importante analizar esta parte de la población, ya que es la que presenta más complicaciones con respecto al sobrepeso y la obesidad.

IV.10 Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema (como se han trabajado y porque es necesaria esta investigación)

Plotnikoff R y colaboradores (2012). Realizaron un estudio aplicando un test sobre la Teoría de Acción Planeada o planificada para predecir la actividad física en una muestra de adolescentes con sobrepeso y obesidad en Canadá. Los objetivos secundarios fueron examinar los efectos mediadores de los constructos de la teoría de acción planeada y los efectos moderadores de la condición de peso. La muestra fue de 427 participantes con obesidad y sobrepeso. El modelo se examinó usando el programa AMOS 17.0. En general, la actitud fue el predictor más fuerte en la intención de la actividad física, mientras que el control percibido fue el predictor más fuerte para el comportamiento de actividad física. Observaron fuertes asociaciones con respecto a la actitud y al control percibido, lo que puede tener implicaciones importantes para desarrollar programas de actividad física en la población de adolescentes.²⁹

Rodríguez S y colaboradores (2007). Realizaron un estudio con la finalidad de conocer la capacidad predictiva de la Teoría de Acción Planeada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. Tomando en cuenta que la TAP, incorpora factores cognitivos y actitudinales relacionados directamente con el uso de drogas, el objetivo del estudio fue conocer la relación de la TAP con la intención conductual de usar drogas ilícitas y el consumo de sustancias en estudiantes mexicanos de educación básica. El estudio fue transversal, aplicando una encuesta a 75 alumnos que si consumían drogas y 75 que no consumían drogas. El componente que mejor predijo la intención de usar drogas fue el control conductual, tomado como el mejor predictor de uso de drogas. Concluyeron que es necesario incluir componentes dirigidos a promover el desarrollo de habilidades de control conductual ante situaciones de riesgo como habilidades de resistencia ante la presión grupal y de comunicación asertiva.³⁰

Carpi A y colaboradores (2005). Realizaron un estudio que analizó la importancia de la intención como variable motivadora en la disminución del estrés percibido de algún tipo de trastorno cardiovascular empleando la teoría de acción planeada. La muestra fue conformada por 360 personas de la población general que no presentaron enfermedad cardiovascular en el momento del estudio. Al analizar los resultados, observaron que las variables que mejor predijeron y explicaron el desarrollo de la intención de la conducta fueron la actitud y la norma subjetiva, siendo la percepción de control la variable que tenía menor fuerza. Mencionaron que la percepción de control influye en la formación de la intención y que en ciertas situaciones podría actuar directamente en el desarrollo de la conducta, siendo la única de las variables que puede tener fuerza directa en la ejecución de una acción. Se concluyó que las variables que integran la TAP contribuyeron a explicar la fuerza motivacional de la conducta de reducir el estrés para prevenir la enfermedad coronaria.³¹

IV.11 Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizarán para solucionar el problema

Lo que se logra obtener con la realización de este trabajo es identificar cuáles son las dimensiones de la Teoría de la Acción Planeada (Actividad Física) que se asocian al sobrepeso y a la obesidad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes. Es necesario abordar tanto al sobrepeso como a la obesidad a partir de las actitudes, normas subjetivas, intenciones conductuales y control percibido, como un primer paso, para implementar estrategias y diseñar las posibles soluciones, para tomar medidas poblacionales para su control y la evaluación de su eficacia.²⁸

IV.12 Lista de los conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema

IV.12.1 Variables Dependientes

IV.12.1.1 Índice de Masa Corporal (IMC)

La OMS lo define como un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Se calcula dividiendo el peso de la persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).²⁵

IV.12.1.2 Peso normal

Se define como el índice de masa corporal entre $18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ y $24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$.²⁵

IV.12.1.3 Sobrepeso

Es el estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ y menor a $29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$ y en adultos con estatura baja, igual o mayor a $23 \text{ kg}/\text{m}^2$ y menor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$.²⁵

IV.12.1.4 Obesidad

Es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina con la existencia de un IMC igual o mayor a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, y en adultos con estatura baja, igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$.²⁵

IV.12.1.5 Actividad física

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.⁵⁹

IV.12.2 Variables Independientes

IV.12.2.1 Dimensiones de acción planeada

Las dimensiones de la acción razonada son la actitud, las normas subjetivas, la intención conductual y el control percibido.²⁸

IV.12.2.2 Actitud

Es la predicción aprendida para responder de modo favorable o desfavorable hacia un objeto (individuo, grupo, situaciones).²⁶ Es la creencia sobre la expectativa de un resultado.²⁸

IV.12.2.3 Norma Subjetiva

Se refiere a la presión social percibida por el individuo por parte de sus referentes más importantes para que realice o no un determinado comportamiento.²⁶

IV.12.2.4 Control percibido

Se define como la creencia de una persona de que tiene el control sobre su propia conducta en determinadas situaciones.²⁸

IV.12.2.5 Intención conductual

Determina el comportamiento de forma causal y es provocada por la suma de las influencias de las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas.²⁶ Se considera un determinante proximal de la conducta, y refleja tanto la motivación del individuo para comportarse de determinada manera, como el esfuerzo que está preparado a hacer para realizar la conducta.²⁸

IV.13 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las dimensiones de acción planeada (Actividad física) que se asocian al sobrepeso y la obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes?



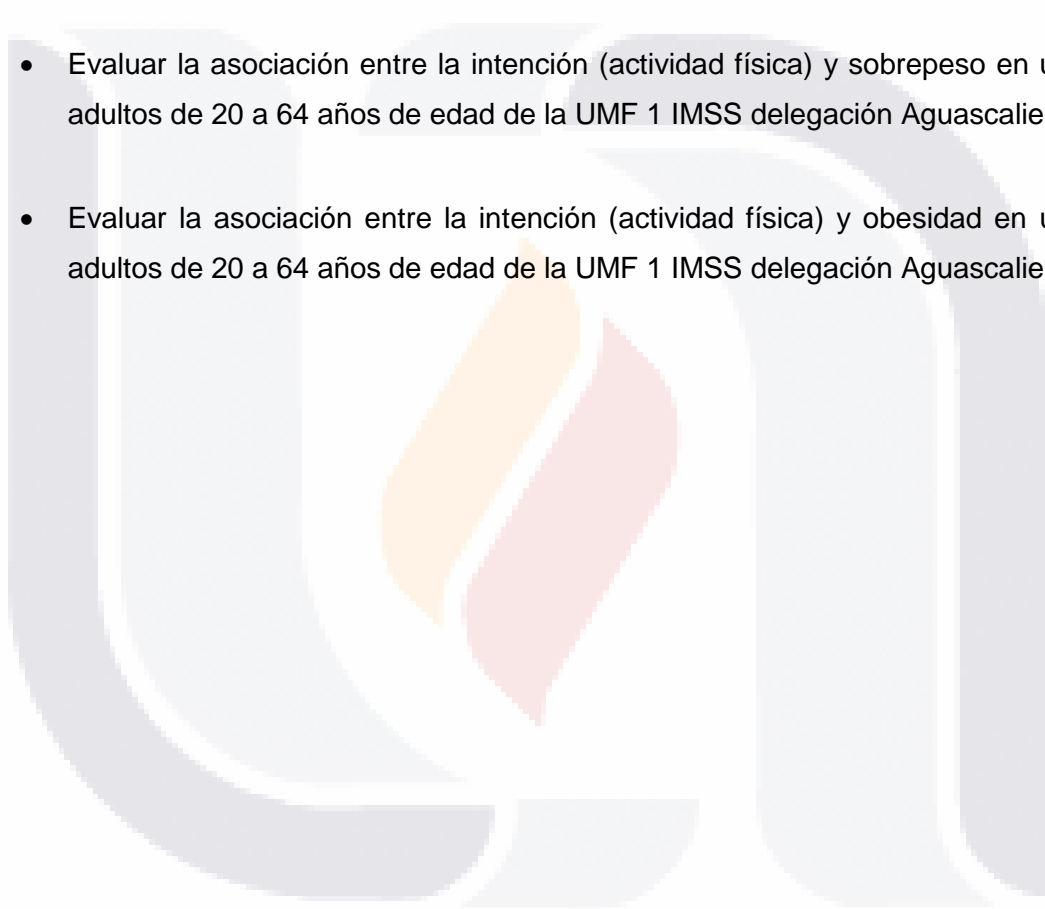
V. OBJETIVO

V.1 Objetivo general

Evaluar la fuerza de asociación de las dimensiones de la teoría de la acción planeada (Actividad Física) con el sobrepeso y la obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad, de la UMF 1 IMSS Aguascalientes.

V.2 Objetivos específicos

- Caracterizar el IMC, para determinar la presencia de sobrepeso y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.
- Describir las dimensiones de la teoría de la acción planeada (Actividad física) en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre la actitud (actividad física) y sobrepeso en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre la actitud (actividad física) y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre las normas subjetivas (actividad física y sobrepeso) en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Evaluar la asociación entre las normas subjetivas (actividad física) y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Evaluar la asociación entre el control percibido (actividad física) y sobrepeso en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
 - Evaluar la asociación entre el control percibido (actividad física) y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
 - Evaluar la asociación entre la intención (actividad física) y sobrepeso en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
 - Evaluar la asociación entre la intención (actividad física) y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- 

VI. HIPÓTESIS

VI.1 Hipótesis alterna

- La actitud está asociada a la actividad física y sobrepeso en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La actitud están asociada a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Las normas subjetivas están asociadas a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Las normas subjetivas están asociadas a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- El control percibido está asociado a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- El control percibido está asociado a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La intención está asociada a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La intención está asociada a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

VI.2 Hipótesis nula

- La actitud no está asociada a la actividad física y sobrepeso en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La actitud no está asociada a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Las normas subjetivas no están asociadas a la actividad física y sobrepeso en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- Las normas subjetivas no están asociadas a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- El control percibido no está asociado a la actividad física y sobrepeso en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- El control percibido no está asociado a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La intención no está asociada a la actividad física y sobrepeso en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.
- La intención no está asociada a la actividad física y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1 Diseño del estudio

Estudio transversal comparativo, en la que se identificaron las dimensiones de acción planeada (Actividad Física) asociadas al sobrepeso y a la obesidad, en usuarios adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

VII.2 Población de estudio

Fueron todos los usuarios adultos de entre 20 y 64 años de edad, de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

VII.2.1 Universo de Trabajo

Fueron todos los usuarios hombres y mujeres de entre 20 y 64 años de edad, la muestra consistió en 392 hombres y mujeres de 20 a 64 años de edad pertenecientes a la UMF 1 IMSS del municipio de Aguascalientes.

VII.2.2 Unidad de Análisis

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

VII.2.3 Criterios de inclusión

Se incluyó a los usuarios adultos de 20 a 64 años de edad que acudieron a consulta médica por cualquier motivo, independientemente del género, a la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, los cuales participaron de forma voluntaria.

VII.2.4 Criterios de no inclusión

No se incluyó a los usuarios que se encontraron fuera del rango de edad entre los 20 y los 64 años, así como las mujeres que estaban embarazadas y que no hayan firmado la carta de consentimiento informado.

VII.2.5 Criterios de eliminación

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

VII.3 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico, aleatorio simple ya que la muestra se obtuvo tomando como base la lista de todos los usuarios entre los 20 y los 64 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar 1, Delegación Aguascalientes.

Se calculó tamaño de muestra por medio del paquete estadístico EpiInfo v.6.04 con el programa StatCalc con el comando de tamaño de muestra y poder, para estudios transversales comparativos aplicando la fórmula propuesta por Fleiss. Se calculó en base a los siguientes parámetros:

- 1.- Frecuencia relativa de pacientes son sobrepeso u obesidad entre la población con dimensiones de la TAP (se estimó que 30% de los casos de sobrepeso u obesidad ocurren en pacientes que no han sido expuestos a dimensiones de la TAP).
- 2.- Razón de Momios (OR) hipotético asociado con las dimensiones de la TAP que puedan ser de importancia a la salud pública y que justifique su detección (OR igual o mayor a 2.0).
- 3.- Nivel de confianza deseado ($\alpha = 95\%$).
- 4.- Poder deseado del estudio ($1 - \beta = 80\%$).

Con estos parámetros y una razón expuestos: no expuestos (1:1) se requirió una muestra de 392 pacientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de los cuales se esperó que 196 estuvieran expuestos a una de la dimensiones de la TAP, y 196 pacientes no estuvieran expuestos a una de la dimensiones de la TAP.⁶⁴

VII.4 Logística

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

VII.5 Recolección de datos

Se realizó una entrevista cara a cara en base a el instrumento adaptado y validado de la Teoría de Acción Planeada, de Novo I, Muñoz J y colaboradores, a los derechohabientes de adultos de 20 a 64 años de edad, el tiempo en que se realizó la entrevista fue de aproximadamente 25 minutos. La encuesta constó de 13 ítems, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que fue de 5 (totalmente de acuerdo) a 1 (en total desacuerdo). Se utilizaron 3 ítems para la actitud valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que fue de 5 (totalmente de acuerdo) a 1 (en total desacuerdo); 3 ítems para la Norma subjetiva valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que fue de 5 (totalmente de acuerdo) a 1 (en total desacuerdo); 3 ítems para el Control Percibido, valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert (2 ítems) de 5 (totalmente de acuerdo) a 1 (en total desacuerdo), 1 ítem de 1 (en total desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo); 4 ítems para la Intención valorados por una escala de frecuencia de 5 grados, tipo Likert, que fue de 5 (totalmente de acuerdo) a 1 (en total desacuerdo).

VII.6 Técnica de recolección de datos

Se llevó a cabo una entrevista cara a cara, que consistió en una entrevista directa o personal con cada usuario encuestado, en la que se tuvo la ventaja de ser controlada y guiada por el encuestador, además de que se obtuvo más información que con otros medios.

Al abordar al usuario, se le explicó que fue seleccionado para que se le realizara la encuesta de las dimensiones de acción planeada asociadas al sobrepeso y a la obesidad de la UMF 1 Delegación Aguascalientes, se le expuso en qué consistía la encuesta, se le dio a conocer la carta de consentimiento informado y se le pidió que lo firmara si estaba de acuerdo en contestar la encuesta.

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

Para mejorar la calidad de la recolección de datos se realizó un manual operacional donde se describió cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem, en el cual se dieron ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor entendimiento de los ítems, con este manual se capacitó a los encuestadores para estandarizar los procedimientos de recolección de datos. (Manual operacional anexo I).

VII.7 Validez de instrumento

Se realizó la adaptación y validación del instrumento, el primer paso fue la adaptación al tema estudiado, a partir de un instrumento creado por Novo I, Muñoz J y colaboradores. Se llevó a las unidades de medicina familiar donde se tomó una muestra de los usuarios para que respondieran, si las preguntas eran entendibles, esto se repitió hasta saturar el contenido, con el objetivo de evaluar la comprensión y viabilidad de las preguntas.

VII.7.1 Validez aparente

Se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje en la Unidad de Medicina Familiar No.7, se realizó un grupo focal donde se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se quería medir.

VII.7.3 Validez de contenido

Se realizó una validez de contenido mediante un grupo de expertos, para analizar que las dimensiones fueran congruentes con la Teoría. Los expertos refirieron que cada ítem correspondió a cada dimensión, de acuerdo a la teoría a la que corresponde. Verificaron que existiera similitud entre el cuestionario original y el adaptado. La operacionalización de las variables se encuentra en el anexo II.

VII.7.4 Validez del constructo

Se realizó mediante un análisis factorial, en el cual el instrumento obtuvo una varianza explicada de 76.54%, y se analizó la confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0.775. Lo que mostró que el instrumento era reproducible.

VII.7.4.1 Actitud

VII.7.4.1.1 Confiabilidad (Alfa de Cronbach)

El valor mayor obtenido fue 0.800 que indica una consistencia interna aceptable y sugiere que el instrumento puede aplicarse. Consta de 3 ítems con una escala tipo Likert de respuesta que van 5.- totalmente de acuerdo, 4.- muy de acuerdo, 3.- indiferente, 2.- muy en desacuerdo y 1.- en total desacuerdo.

VII.7.4.1.2 Validez de constructo

Se realizó mediante un Análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX. Se obtuvo una varianza explicada de 26.05%.

VII.7.5 Normas Subjetivas

VII.7.5.1 Confiabilidad (Alfa de Cronbach)

El valor mayor obtenido fue 0.692 que indican una consistencia interna aceptable y sugieren que el instrumento puede aplicarse. Esta variable cuenta con 3 ítems adecuados para el instrumento, con una escala tipo Likert de respuesta que van de 5.- totalmente de acuerdo, 4.-muy de acuerdo, 3.- indiferente, 2.- muy en desacuerdo, 1.- totalmente en desacuerdo.

VII.7.5.2 Validez del constructo

Se realizó mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, del cual se obtuvo una varianza explicada de 24.12%.

VII.7.6 Intención

VII.7.6.1 Confiabilidad (Alfa de Cronbach)

El valor mayor obtenido fue 0.885 que indica una consistencia interna aceptable y sugiere que el instrumento puede aplicarse. En esta variable se cuenta con 4 ítems, con una escala tipo Likert de respuesta que van de 5.- totalmente de acuerdo, 4.- muy de acuerdo, 3.- indiferente, 2.- muy en desacuerdo, 1.- totalmente en desacuerdo.

VII.7.6.2 Validez del constructo

Se realizó mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, del cual se obtuvo una varianza explicada de 0.13.

VII.7.6.3 Control percibido

VII.7.6.3.1 Confiabilidad (Alpha de Cronbach)

El valor mayor obtenido fue de 0.448, que indican una consistencia débil y se sugiere que el instrumento puede aplicarse. Se tomaron en consideración 3 ítems donde se utiliza una escala tipo Likert de respuesta que van de 5.- totalmente de acuerdo, 4.- muy de acuerdo, 3.- indiferente, 2.- muy en desacuerdo, 1.- totalmente en desacuerdo.

VII.7.6.3.2 Validez del constructo

Se realizó mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, del cual se obtuvo una varianza de 16.62%.

ANÁLISIS DE VARIABLES.

Tabla 1. Análisis de variables.

| Modelo Final | | | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------------|
| Dimensiones | Eigen valor | Eigen valor | Eigen valor | Eigen valor | Varianza Explicada | Alpha de Cronbach |
| Actitud | | | | | | |
| Actitud 2 | .693 | | | | 26.05 | 0.800 |
| Actitud 3 | .868 | | | | | |
| Actitud 4 | .821 | | | | | |
| Norma social | | | | | | |
| Norma social 1 | | .086 | | | 24.12 | 0.692 |
| Norma social 2 | | .875 | | | | |
| Norma social 3 | | .344 | | | | |
| Control Percibido | | | | | | |
| Control Percibido 1 | | | .860 | | 16.62 | 0.448 |
| Control Percibido 2 | | | .362 | | | |
| Control Percibido 3 | | | -.427 | | | |
| Intención | | | | | | |
| Intención2 | | | | .504 | 9.73 | 0.885 |
| Intención3 | | | | .347 | | |
| Intención4 | | | | .218 | | |
| Intención5 | | | | .214 | | |

VII.8 Plan para procesamiento y análisis de datos

VII.8.1 Procesamiento de datos

Se realizó una base de datos en el programa SPSS SPAW Versión 21, la cual tiene 15 variables, cada una de ellas tiene su nombre, anchura, decimales, etiqueta, valores perdidos, columna, alineación, medida y rol. Se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables continuas y categorizadas de las cuales se obtuvieron frecuencias y tablas de contingencia, para obtener la fuerza de asociación (OR) y el comando de regresión con el cual se realizó regresión logística binaria para obtener el ajuste de las variables asociadas. Además se utilizó la base de datos de Excel para la elaboración de gráficas de frecuencias.

VII.8.2 Análisis de datos

Se describieron las frecuencias absolutas, porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables independientes (actitudes, norma subjetiva, intención conductual y control percibido), así como para las variables dependientes (peso normal, sobrepeso y obesidad).

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

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

VII.9 Transformación de datos

Para poder transformar los datos se recodificó primero en las mismas variables para dicotomizar las respuestas que había obtenido en cada pregunta a 1 y 0, después se calcularon las variables agrupándolas por categorías de actitudes, normas subjetivas, intenciones conductuales y control percibido.. Después se recodificó en distintas variables

para crear una nueva variable por cada una de las categorías agrupadas de la encuesta, en la cual se dicotomizó a criterio el resultado obtenido al calcular la variables agrupadas de los determinantes.

VII.10 Descripción de variables y operacionalización de las variables

La operacionalización de las variables se encuentra en anexo aparte.

VII.10.1 Variables Dependientes

VII.10.1.1 Índice de Masa Corporal (IMC)

La OMS lo define como un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Se calcula dividiendo el peso de la persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).²⁵

VII.10.1.2 Peso normal

Se define como el índice de masa corporal entre $18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ y $24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$.²⁵

VII.10.1.3 Sobrepeso

Es el estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ y menor a $29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$ y en adultos con estatura baja, igual o mayor a $23 \text{ kg}/\text{m}^2$ y menor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$.²⁵

VII.10.1.4 Obesidad

Es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina con la existencia de un IMC igual o mayor a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, y en adultos con estatura baja, igual o mayor a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$.²⁵

VII.10.1.5 Actividad Física

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.⁵⁹

VII.10.2 Variables Independientes

VII.10.2.1 Dimensiones de acción planeada

Las dimensiones de la acción razonada son la actitud, las normas subjetivas, la intención conductual y el control percibido.²⁸

VII.10.2.2 Actitud

Es la predicción aprendida para responder de modo favorable o desfavorable hacia un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.).²⁶ Es la creencia sobre la expectativa de un resultado.²⁸

VII.10.2.3 Norma Subjetiva

Se refiere a la presión social percibida por el individuo por parte de sus referentes más importantes para que realice o no un determinado comportamiento.²⁶

VII.10.2.4 Control percibido

Se define como la creencia de una persona de que tiene el control sobre su propia conducta en determinadas situaciones.²⁸

VII.10.2.5 Intención conductual

Determina el comportamiento de forma causal y es provocada por la suma de las influencias de las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas.²⁶ Se

considera un determinante proximal de la conducta, y refleja tanto la motivación del individuo para comportarse de determinada manera, como el esfuerzo que está preparado a hacer para realizar la conducta.²⁸

VII.10.3 Variables confusoras

Factores Sociodemográficos. Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo.⁶³

VII.11 Recursos, financiamientos y factibilidad

Para la elaboración de este estudio, fue necesario contar con el apoyo de 4 licenciados en Salud Pública, los cuales recibieron capacitación para la estandarización de la aplicación de las encuestas, con lo cual se necesitó del siguiente recurso material, tanto para la capacitación, la reproducción de las encuestas y análisis de datos.

VII.11.1 Hoja de gastos

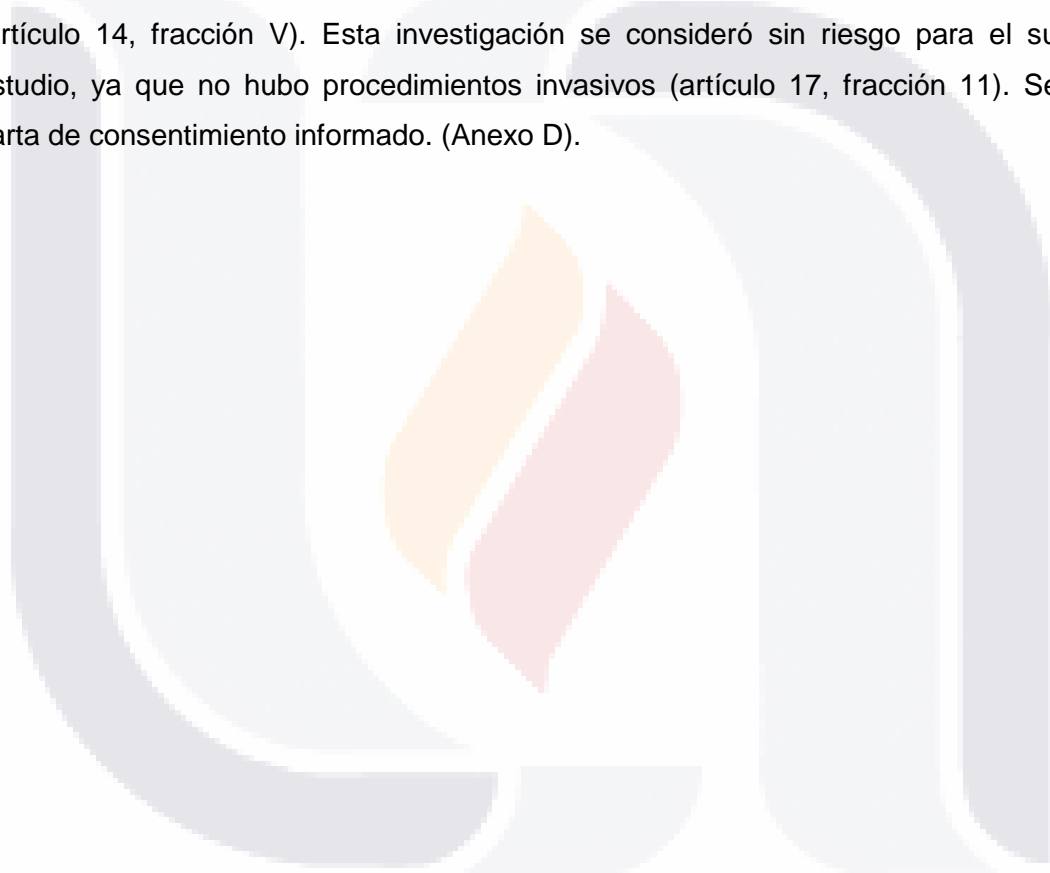
Tabla 2. Gastos

| CATEGORÍA | COSTO UNITARIO | CANTIDAD | COSTO TOTAL |
|---------------------|-----------------------|----------|---------------------|
| Lapiceros | \$ 40 pesos | 7 | \$ 280.00 pesos |
| Gomas | \$ 20 pesos | 7 | \$210.00 pesos |
| Hojas tamaño carta | \$ 55 pesos (paquete) | 3 | \$165.00 pesos |
| Cartucho de tinta | \$ 380 pesos | 3 | \$ 1140 pesos |
| Memoria USB 8 GB | \$ 280 pesos | 1 | \$ 280.00 pesos |
| Engrapadoras | \$ 100 pesos | 1 | \$ 100.00 pesos |
| Grapas | \$ 40 peso (caja) | 1 | \$ 40.00 pesos |
| Fotocopias | \$ 0.50 centavos | 1750 | \$ 875.00 pesos |
| Tablas recolectoras | \$ 70 pesos | 5 | \$ 350.00 pesos |
| Notebook Gateway | \$ 7,000,00 pesos | 1 | \$7,000.00 pesos |
| Alimentos y bebidas | \$ 70 pesos | 30 | \$ 210.00 pesos |
| Cañón | \$ 10, 000 pesos | 1 | \$ 10, 000.00 pesos |
| | | TOTAL | \$ 20,650 pesos |

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD. No aplica.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevaleció fue el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se consideró sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no hubo procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se anexó carta de consentimiento informado. (Anexo D).



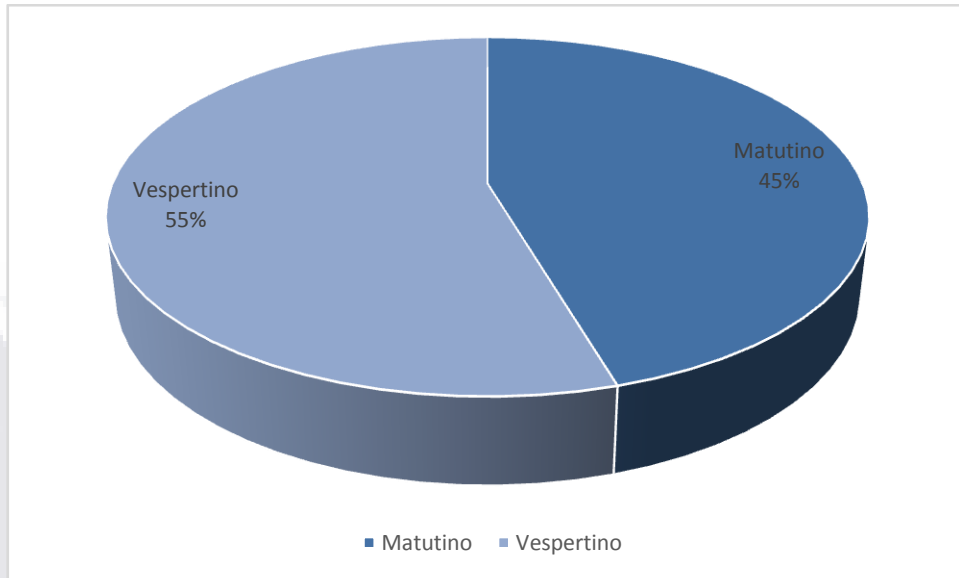
IX. RESULTADOS

Tabla 3. Factores Socio-demográficos y Dimensiones de la Teoría de Acción Planeada Asociada al sobrepeso y Obesidad en Adultos de 20 a 64 Años

| N 392 | n 107 27.3% | n 154 39.28% | n 131 33.41% |
|---------------------------|-------------|--------------|--------------|
| | Peso normal | Sobrepeso | Obesidad |
| | n % | n % | n % |
| Turno | | | |
| Matutino | 47(43.9%) | 69(44.8%) | 62(47.3%) |
| Vespertino | 60 (56.1%) | 85(55.2%) | 69 (52.7%) |
| Genero | | | |
| Masculino | 29(27.1%) | 48(31.2%) | 22(16.8%) |
| Femenino | 78(72.9%) | 106(68.8%) | 109(83.2%) |
| Nivel de estudios | | | |
| Analfabeta | 3(12.0%) | 10(24.4%) | 11(42.3%) |
| Alfa beta sin escolaridad | 2(8.3%) | 7(18.4%) | 7(31.8%) |
| Primaria | 13(37.1%) | 26(45.6%) | 44(74.6%) |
| Secundaria | 31(58.5%) | 48(60.8%) | 31(67.4%) |
| Tec. Profesional | 8(26.7%) | 11(26.2%) | 9(37.5%) |
| Preparatoria | 28(26%) | 21(40.45%) | 14(48.3%) |
| Profesional | 22(20.6%) | 31(20.1%) | 15(11.5%) |
| Estado civil | | | |
| Casado | 68(70.8%) | 102(76.1%) | 83(63.4%) |
| Soltero | 28(29.2%) | 32(23.9%) | 23(21.7%) |
| Unión libre | 3(2.9%) | 5(6.8%) | 2(2.4%) |
| Viudo | 1(1.4%) | 13(11.3%) | 9(9.8%) |
| Divorciado | 5(6.8%) | 4(3.8%) | 14(14.4%) |
| Ocupación | | | |
| Trabaja | 57(53.5%) | 80(51.9%) | 52(39.7%) |
| Estudia | 2(3.4%) | 1(1.2%) | 3(5.5%) |
| Hogar | 37(39.4%) | 61(43.3%) | 70(57.4%) |

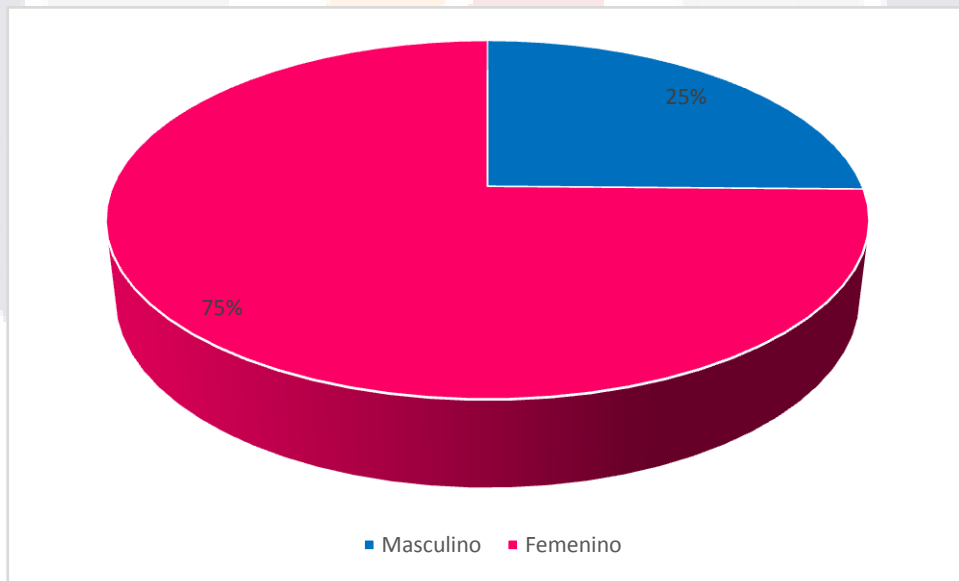
| | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Pensionado/Jubilado | 11(16.2%) | 12(13.0%) | 6(10.3%) |
| Edad | | | |
| Menor de 45 | 69(64.5%) | 64(41.6%) | 54(41.7%) |
| Mayor de 45 | 38(35.5%) | 90(58.4%) | 77(58.8%) |
| Actitud | | | |
| Con actitud | 60(56.1%) | 89(57.8%) | 67(51.1%) |
| Sin actitud | 47(43.9%) | 65(42.2%) | 64(48.95) |
| Norma Subjetiva | | | |
| Con Norma Subjetiva | 40(37.4%) | 62(40.3%) | 62(47.3%) |
| Sin Norma Subjetiva | 67(62.6%) | 92(59.7%) | 69(52.7%) |
| Control Percibido | | | |
| Con Control Percibido | 75(70.1%) | 99(64.3%) | 66(50.4%) |
| Sin Control Percibido | 32(29.9%) | 55(35.7%) | 65(49.6%) |
| Intención | | | |
| Con Intención | 57(53.3%) | 72(46.8%) | 63(48.15) |
| Sin intención | 50(46.7%) | 82(53.2%) | 68(51.9%) |

Factores sociodemográficos



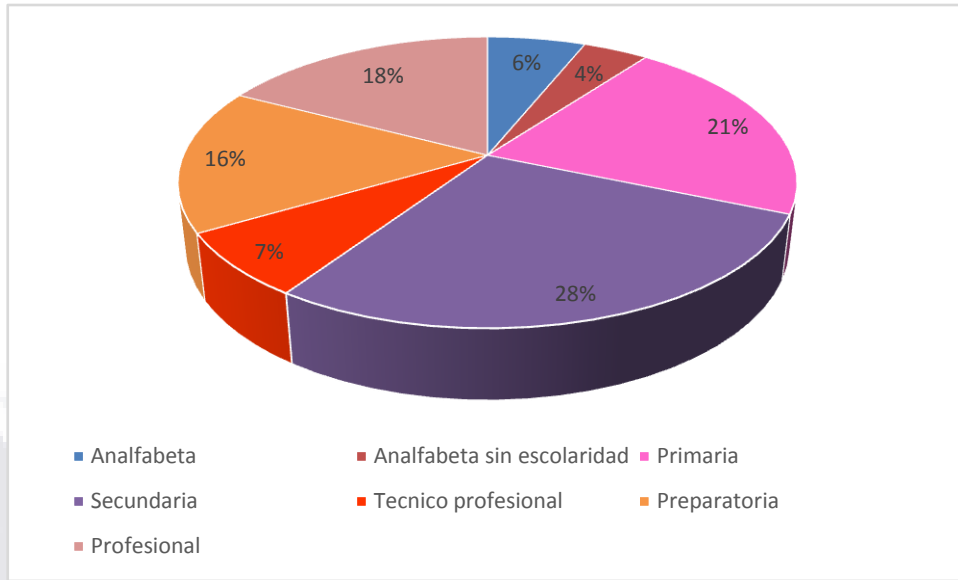
Gráfica 11. Turno

El 55% de la población pertenece al turno vespertino



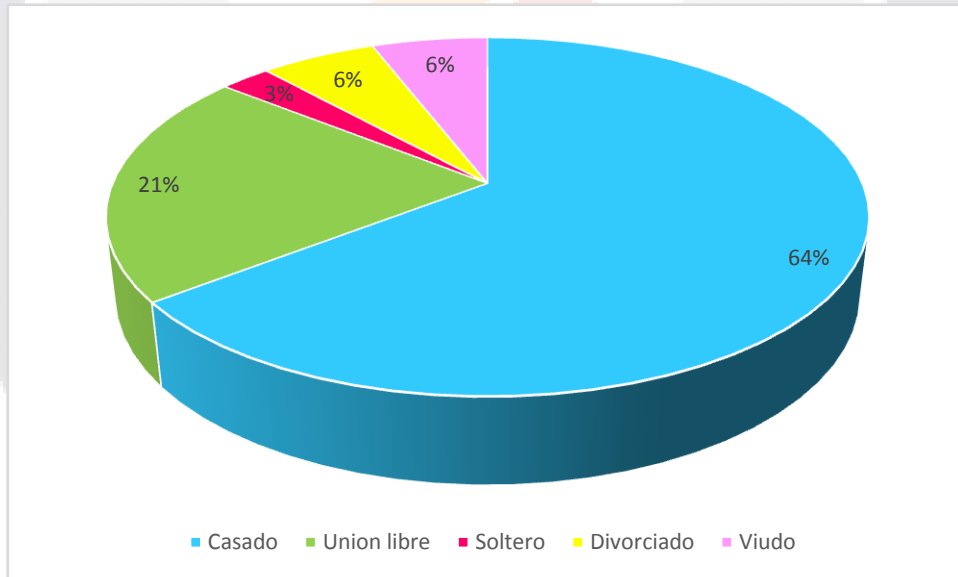
Gráfica 12. Género

El 75% de la población son mujeres



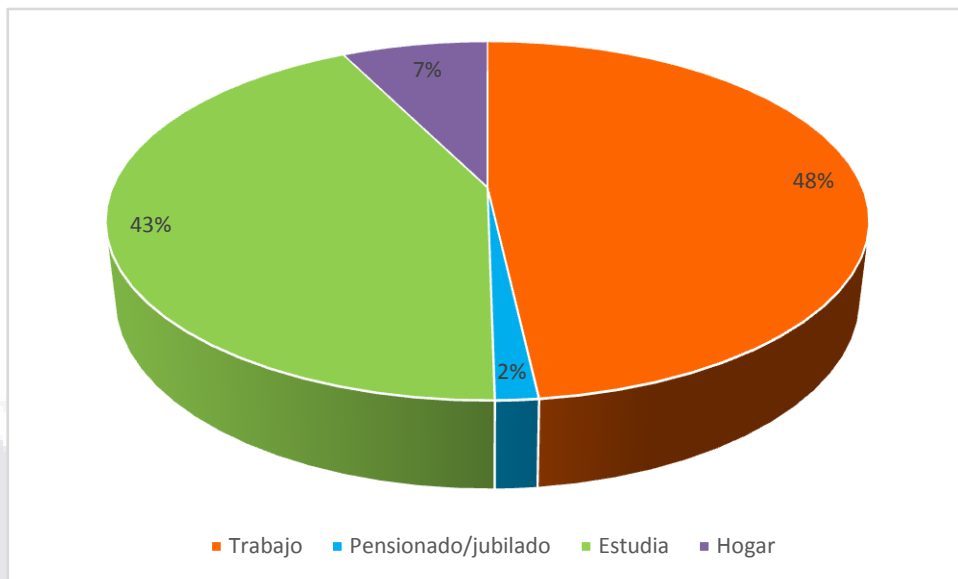
Gráfica 13. Nivel de estudios

El 28% de la población tienen la secundaria terminada así como el 4% de la población son analfabetas sin escolaridad.



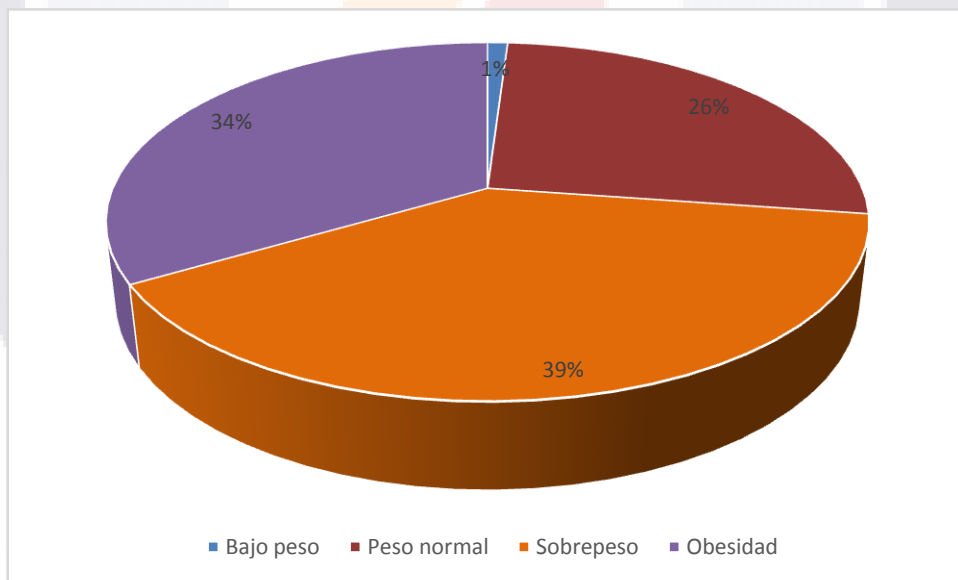
Gráfica 14. Estado civil

El 64% de la población están casados, así como el 3% son solteros.



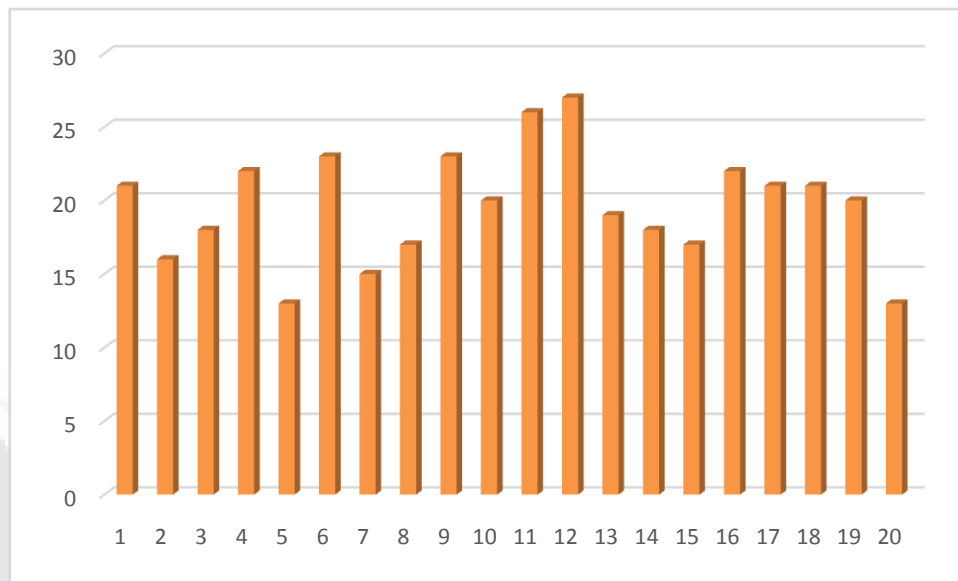
Gráfica 15. Ocupación

El 48% de la población son trabajadores, así como el 2% son pensionados.



Gráfica 16. IMC

El 39% de las personas tiene sobrepeso, el 34% tienen obesidad, el 26% tienen un peso normal y el 1% tienen un peso bajo.



Gráfica 17. Consultorio

La mayor participación de los pacientes fue de los siguientes consultorios: 1, 4, 6, 9, 11, 12 y 16.

Tabla 4. Factores Socio-demográficos y Dimensiones de la Teoría de Acción Planeada Asociada al sobrepeso y Obesidad en Adultos de 20 a 64 Años

| N 392 | n 107 | 27.3% | n 154 | 39.28% | n 131 | 33.41% |
|---------------------------|-------------|-------|-------------------------|--------|--------------------------|--------|
| | Peso normal | | Sobrepeso | | Obesidad | |
| | ORc (IC95%) | | ORc (IC 95%) | | ORc (IC 95%) | |
| Turno | | | | | | |
| Matutino | 1 | | | | | |
| Vespertino | | | 1.03 (0.63-1.70) | | 1.14 (0.68-1.91) | |
| Genero | | | | | | |
| Masculino | 1 | | | | | |
| Femenino | | | 1.21 (0.70-2.10) | | 0.54 (0.29-1.01) | |
| Nivel de estudios | | | | | | |
| Analfabeta | | | 2.36 (0.58-9.60) | | 5.37 (1.28-22.59) | |
| Alfa beta sin escolaridad | | | 2.48 (0.47-13.11) | | 5.13 (0.93-28.18) | |
| Primaria | | | 1.41 (0.60-3.35) | | 4.96 (2.01-12.23) | |
| Secundaria | | | 1.09 (0.54-2.23) | | 1.46 (0.64-3.34) | |
| Tec. Profesional | | | 0.97 (.33-2.87) | | 1.65 (0.51-5.24) | |
| Preparatoria | | | 0.53 (0.24-1.16) | | 0.73 (0.29-1.83) | |
| Profesional | 1 | | | | | |
| Estado civil | | | | | | |
| Casado | 1 | | | | | |
| Soltero | | | 0.72 (0.42-1.37) | | 0.67 (0.65-1.27) | |
| Unión libre | | | 0.40 (0.93-1.72) | | 0.32 (0.06-1.74) | |
| Viudo | | | 8.66 (1.10-67.7) | | 7.37 (0.91-59.55) | |
| Divorciado | | | 0.53 (0.13-2.05) | | 2.29 (0.78-6.69) | |
| Ocupación | | | | | | |
| Trabaja | 1 | | | | | |
| Estudia | | | ----- | | 1.64 (0.26-10.23) | |
| Hogar | | | 1.17 (0.69-1.85) | | 2.07 (1.19-3.58) | |
| Pensionado/Jubilado | | | 0.77 (0.321-1.85) | | 0.59 (0.20-1.73) | |

| | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|-------------------------|
| Edad | | | |
| Menor de 45 | 1 | | |
| Mayor de 45 | | 2.55 (1.53-4.25) | 2.58 (1.52-4.38) |
| Actitud | | | |
| Con actitud | 1 | | |
| Sin actitud | | 0.93 (0.56-1.53) | 1.21 (0.73-2.03) |
| Norma Subjetiva | | | |
| Con Norma Subjetiva | 1 | | |
| Sin Norma Subjetiva | | 0.88 (0.53-1.47) | 0.66 (0.39-1.11) |
| Control Percibido | | | |
| Con Control Percibido | 1 | | |
| Sin Control Percibido | | 1.30 (0.76-2.21) | 2.30 (1.34-3.95) |
| Intención | | | |
| Con Intención | 1 | | |
| Sin intención | | 1.29 (0.79-2.12) | 1.23 (0.73-2.05) |

La tabla cuatro se dividió en tres categorías peso normal, sobrepeso y obesidad, donde el grupo de referencia son los pacientes con peso normal, en el grupo de pacientes con sobrepeso, se identificó asociación en estado civil en la categoría de viudo con 8.66 (1.10-67.7), lo que indica que los pacientes viudos tienen 8.66 veces más de probabilidad de tener sobrepeso en comparación con los pacientes casados con peso normal, otra variable que se asoció en esta categoría fue edad con 2.55 (1.53-4.25), lo que indica que los pacientes mayores de 45 tiene 2.55 veces más probabilidad de tener sobrepeso en comparación con los pacientes menores de 45 años con peso normal. Para la categoría de obesidad, en la variable de nivel educativo se asociaron dos categorías analfabeta con 5.37 (1.28-22.59), lo que significa que los pacientes profesionales tienen 5.37 veces menos probabilidad de padecer obesidad en comparación con los pacientes analfabetas, en esta misma variable otra categoría asociada fue escolaridad primaria con 4.96 (2.01-12.23), lo que indica que los pacientes con escolaridad primaria tienen 4.96 veces más probabilidad de tener obesidad en comparación a los profesionales; en la variable de ocupación en la categoría de hogar el resultado fue de 2.07 (1.19-3.58), lo que significa que los pacientes que su ocupación está en el hogar tienen 2.07 veces más probabilidad de tener sobrepeso en comparación con los pacientes que su ocupación es el trabajo; la

edad factor asociado también con la obesidad con 2.58 (1.52-4.38) lo que indica que los pacientes mayores de 45 tienen más probabilidad de padecer obesidad con respecto a los pacientes menores de 45 con peso normal.

Dentro de la teoría acción planeada la dimensión que se asoció a la obesidad fue control percibido con 2.30 (1.34-3.95) lo que indica que las personas sin control percibido tienen 2.30 veces más probabilidad de no realizar actividad física y por lo tanto padecer obesidad en comparación con las personas con control percibido para la realización de actividad física con peso normal.

Tabla 5. Modelo final de regresión logística de los factores sociodemográficos y las dimensiones de la teoría de acción planeada

| Variable | Sobrepeso | | Obesidad | |
|-------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| | OR _a | IC 95% | OR _a | IC 95% |
| Edad | 2.55* | 1.53 – 4.25 | 2.60* | 1.50 – 4.51 |
| Género | - | - | 0.48* | 0.24 – 0.93 |
| Control Percibido | - | - | 2.05* | 1.17 – 3.58 |

*p< 0.05

La tabla número 5 muestra los resultados posteriores a realizar dos regresiones logísticas con sobrepeso y obesidad, el modelo inicial con las variables de género, nivel de estudio, estado civil, ocupación y las dimensiones de la teoría de la acción planeada que son: actitud, norma subjetiva, control percibido e intención.

En el modelo final de la regresión logística en sobrepeso solo se asoció edad con OR_a 2.55 con p<0.00, indica que las personas que tienen más de 45 años tienen 2.55 veces más probabilidad de tener sobrepeso en comparación con las personas menores de 45 años.

El modelo final de la regresión logística en obesidad se asociaron tres variables que son edad, género y control percibido, los cuales tienen un OR_a de 2.60, 0.48 y 2.05, con un nivel de significancia de p<0.00, p<0.03 y p<0.01 respectivamente, las personas que tienen más de 45 años tienen 2.60 veces más probabilidad de tener sobrepeso en

comparación con las personas menores de 45 años. Las mujeres tienen 52% más probabilidad de tener obesidad en comparación con los hombres. Las personas que no tienen el control percibido hacia la actividad física tienen 2.05 veces más probabilidad de tener obesidad en comparación con las personas con control percibido hacia la actividad física con peso normal.

En las dos regresiones logísticas se controlaron las variables confusoras como el género, estado civil, ocupación, así como las variables independientes: actitud, control percibido, norma subjetiva e intención.



X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se investigó la asociación de las dimensiones de la Teoría de la Acción Planeada (Actividad física) con sobrepeso y obesidad en usuarios adultos de 20 a 64 años de la Unidad De Medicina Familiar No.1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

De acuerdo a la ENSANUT 2012, 7 de cada 10 adultos en México tienen sobrepeso y de estos, la mitad presenta obesidad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años o más es de 39.05% en sobrepeso y 32.15% en obesidad. Según la institución de procedencia el IMSS reportó 36.5% de sobrepeso y 46.8% de obesidad. La prevalencia en hombres con sobrepeso es de 42,6% y de obesidad de 26.8%; mientras que la prevalencia en las mujeres con respecto al sobrepeso es de 35.5% y de obesidad 37.5%.²³

La prevalencia observada en el estudio, fue muy similar a los datos reportados a nivel nacional, con respecto al sobrepeso de 39.28% y 33.41% con respecto a obesidad. La prevalencia de hombres con sobrepeso fue de 31.2% y de obesidad 16.8%, lo que es menor a lo reportado a nivel nacional. La prevalencia de las mujeres con sobrepeso fue de 68.8% y de obesidad de 83.2% de acuerdo al tamaño de la muestra, lo cual fue superior a lo reportado a nivel nacional.

En los resultados se observó una asociación positiva entre la edad y el sobrepeso con un ORa de 2.55 (1.53-4.25), lo cual indica que las personas mayores de 45 años tienen 2.55 veces más probabilidad de padecer sobrepeso.

En el estudio se obtuvo una asociación de 2 determinantes sociodemográficos con la obesidad: la edad con una asociación positiva con un OR_a de 2.60 (1.50-4.51), el género con un factor protector (o asociación negativa) para el sexo masculino con un OR_a de 0.48 (0.24-0.93).

En cuanto a las dimensiones de la teoría de la acción planeada se encontró asociación cuando no se tiene el control percibido (actividad física) con la obesidad con un OR_a de

2.05 (1.17-3.58), lo cual indica que existe 2.05 veces más probabilidad de padecer obesidad si no se tiene un control percibido para la realización de actividad física.

Rodríguez y colaboradores al realizar un estudio en jóvenes mexicanos sobre la intención y el consumo de drogas ilícitas, por medio de una regresión logística, concluyeron que el control conductual percibido es el mejor predictor de la intención y conducta del uso de drogas con un OR de 1.417 (1.71-1.714)³⁰, resultado similar al obtenido en este estudio, solo que aplicado a una problemática diferente. Encontraron que las normas subjetivas y la actitud no fueron importantes predictores en el uso de drogas, tal como se obtuvo en este estudio, ya que no se encontró asociación de la actitud, las normas subjetivas y la intención de realizar actividad física con el sobrepeso y la obesidad.

Farzad en un estudio sobre la realización regular del Papanicolaou en mujeres de 20 a 70 años, basado en la teoría de la acción planeada, concluyó que el predictor para la realización regular del Papanicolaou fue la norma subjetiva con un OR de 1.14 (1.04-1.23).⁷⁴ Lo cual no coincide con los resultados obtenidos en este estudio ya que no se encontró asociación con la norma subjetiva para la realización de actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad.

CONCLUSIONES

Se evaluó la fuerza de asociación de las dimensiones de la teoría de la acción planeada (Actividad física) con el sobrepeso y la obesidad en usuarios de 20 a 64 años de edad de la UMF1 IMSS, delegación Aguascalientes.

Se evaluó la fuerza de asociación de las dimensiones de la Teoría de Acción Planeada (Actividad física) al sobrepeso, en usuarios de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, delegación Aguascalientes.

Se evaluó la fuerza de asociación de las dimensiones de la Teoría de Acción Planeada (Actividad física) a la obesidad, en usuarios de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, delegación Aguascalientes.

Se identificó asociación entre la dimensión de control percibido (Actividad física) y la obesidad en usuarios de 20 a 64 años, lo que indica que los pacientes sin control percibido para realizar actividad física, tienen mayor probabilidad de padecer obesidad. Se caracterizó el índice de masa corporal y se clasificó en peso normal, sobrepeso y obesidad en usuarios de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS, delegación Aguascalientes.

Se identificó la asociación entre un determinante sociodemográfico y sobrepeso: edad mayor a 45 años de la UMF 1 IMSS, delegación Aguascalientes.

Se identificó la asociación entre los determinantes sociodemográficos como: edad asociada a la obesidad, concluyendo que los pacientes con una edad mayor a 45 años tienen mayor probabilidad de padecer obesidad. Género: Con un factor protector con respecto a los hombres, lo que indica que las mujeres tienen 52% más probabilidad de padecer obesidad.

Se acepta la siguiente hipótesis: La actitud no está asociada a la actividad física y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

Se acepta la siguiente hipótesis: La actitud no está asociada a la actividad física y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

Se acepta la siguiente hipótesis: Las normas subjetivas no están asociadas a la actividad física y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

Se acepta la siguiente hipótesis: Las normas subjetivas no están asociadas a la actividad física y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

Se acepta la siguiente hipótesis: El control percibido no está asociado a la actividad física y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

Se rechaza la siguiente hipótesis: El control percibido no está asociado a la actividad física y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

Se acepta la siguiente hipótesis: La intención no está asociada a la actividad física y sobrepeso en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

Se acepta la siguiente hipótesis: La intención no está asociada a la actividad física y obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS delegación Aguascalientes.

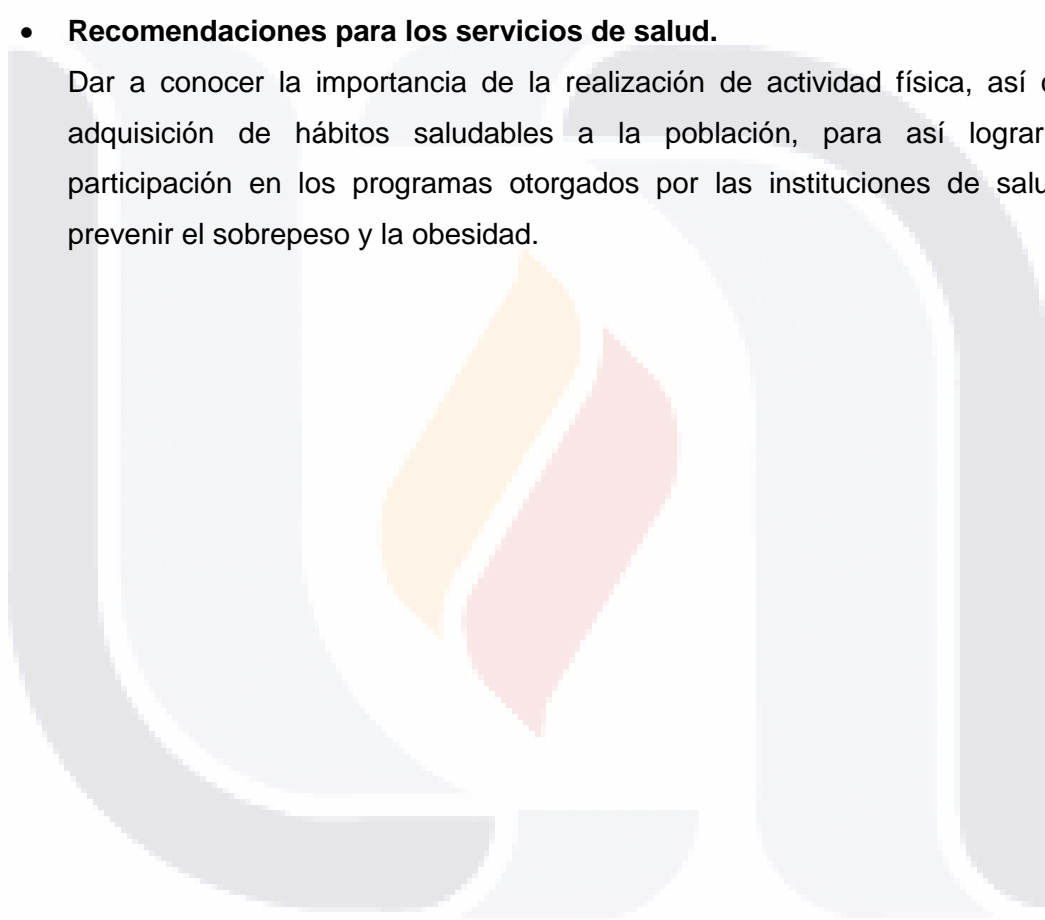
RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

- **Recomendaciones para futuras investigaciones.**

Promover la investigación de la problemática del sobrepeso y la obesidad desde un aspecto psicosocial para que abordando esta patología de forma integral se logre un mejor control.

- **Recomendaciones para los servicios de salud.**

Dar a conocer la importancia de la realización de actividad física, así como la adquisición de hábitos saludables a la población, para así lograr mayor participación en los programas otorgados por las instituciones de salud, para prevenir el sobrepeso y la obesidad.



GLOSARIO

Actitud: Predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia un objeto (individuo, grupo, etc).

Aleatorización: Consiste en asignar de acuerdo al azar a los participantes en un estudio.

Control percibido: Se define como la creencia de una persona de que tiene el control sobre su propia conducta en determinadas situaciones

Derechohabiencia: Derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones públicas o privadas.

Estudio transversal: Estudio estadístico que mide al mismo tiempo la prevalencia de la exposición y el efecto de una muestra en un mismo tiempo.

Intención:

Obesidad: Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina con la existencia de un IMC igual o mayor a 30 kg/m², y en adultos con estatura baja, igual o mayor a 25 kg/m².

OR (Odds Ratio): es una medida estadística utilizada en estudios epidemiológicos. Se define como la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo de que ocurra en otro.

Prevalencia: Proporción de individuos de un grupo que presentan una característica determinada en un tiempo determinado.

Regresión logística: es un tipo de análisis de regresión utilizado para predecir el resultado de una variable categórica (una variable que puede adoptar un número limitado de categorías) en función de las variables independientes o predictoras.

Sobrepeso: Estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en adultos con estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. [Revista electrónica], Consultado 2/01/2013. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Ags/Poblacion/default.aspx?tema=ME&e=01>

- 2.- PANORAMA SOCIODEMOGRAFICO AGUASCALIENTES [Revista electrónica] Consultado 02/01/2013. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/ags/Panorama_ag.pdf

- 3.- Características económicas de la población de Aguascalientes. [Revista electrónica] consultado: 5/01/2013. <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/ags/default.aspx?tema=me&e=01>

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

- 5.- ARIMAC (Áreas de información médica y archivo clínico), consultado en octubre del 2013.

- 6.- Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos [Revista electrónica]. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

- 7.- Ley General de Salud [Revista electrónica]. Publicado en Marzo del 2012. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/Pdf/142.pdf>

- 8.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. [Revista electrónica] Publicado en 2007 [consultado 02/01/2013]. Disponible en. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf

9.- Nueva Política Nacional de Salud. (Informe). Consultado 16/11/2013. disponible en: <http://embamex.sre.gob.mx/eua/images/Documentos/NuevaPoliticaNacionaldeSalud.pdf>

10.- NOM 008-SSA3-2010. [Revista electrónica] Publicado 2010 [consultado 03/01/2013]. Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/obesidad/files/2012/02/normaoficial-mexicana-nom-008-ssa3-2010-PARA-EL-TRATAMIENTO-INTEGRAL-DEL-SOBREPESO-Y-LA-OBESIDAD.pdf>

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

12.- Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria 2012 [Revista electrónica] Consultado: 02/02/2013. http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=385&Itemid=

13.- Programa PREVENIMSS. [Revista electrónica] Consultado: 03/04/2013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/index.aspx>

14.- Programa Pasos por la Salud. (Revista Electrónica) Consultado: 04/04/2013. Disponible en: http://www.conampros.gob.mx/Nota20120809_01.html

15.- Programa cinco pasos por tu salud. (Revista Electrónica) Consultado: 05/04/2013. Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2013/01/mensajero-PasosXtuSalud.pdf>

16.-PREVENISSSTE. (Revista Electrónica) Consultado 05/04/2013 <http://www.prevenissste.gob.mx/>

17.- PPRESYO. Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y Obesidad. (Revista Electrónica) Consultado 05/04/2013.

Disponible en: <http://www.issa.int/esl/Observatoriya/Good-Practices/Programme-for-the-prevention-and-reduction-in-obesity>

18.- Programa “Chécate, Mídete, Muévete”. Consultado 17/11/2013.
<http://checatemitetemuevete.org.mx/checate/>

19.- Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad exógena. Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf

20.- World Health Organization. [Revista electrónica] Publicado 2011 [consultado 11/04/2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

21.- Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre la Obesidad. [Revista Electrónica] Consultado (11/04/2013). Disponible en.
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index1.html>

22.- Food and Agriculture Organization. The State of Food and Agriculture 2013. [Revista electrónica]. Consultado 1/06/2013. Disponible en:
<http://www.fao.org/docrep/018/i3300e/i3300e00.htm>

23.- Encuesta Nacional De Salud y Nutrición (ENSANUT 2012). [Revista electrónica]. Disponible en: <http://www.ensanut.insp.mx>.

24.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, por entidad federativa: Aguascalientes (ENSANUT 2006) [Revista electrónica].
<http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/ENSANUTEF/ags.pdf>

25.- World Health Organization. Definiciones de IMC, sobrepeso, obesidad. [Revista electrónica]. Consultado 02/02/2013. Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>

26.- Reyes R. La Teoría de La Acción Razonada: Implicaciones para el estudio de actitudes. Universidad Pedagógica de Durango 2007; 7: 76-77.

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

28.- Morrison V, Bennet P. Psicología de la Salud. Pearson Educación S.A. Madrid 2008. Capítulo 3 y 5. Disponible en:
<http://pslibroum.files.wordpress.com/2013/07/pssalud.pdf>

29.- Plotnikoff R, Lubans D, Costigan S, McCargar L. A Test of the Theory of Planned Behavior to Predict Physical Activity in an Overweight/Obese Population Sample of Adolescents From Alberta, Canada. Health Education & Behavior 2012; 40(4): 415-425.

30.- Rodríguez SE, Díaz DB, Gracia SE, Guerrero JA, Gómez EL. Capacidad Predictiva de la Teoría de La Conducta Planificada en la Intención y uso de Drogas Ilícitas entre Estudiantes Mexicanos. Salud Mental 2007; 30: 68-81.

31.- Carpi A, Breva A, Palmero F. La teoría de la Acción Planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. Anales de Psicología, 2005; 21: 84-90.

32.- Didarloo AR, Shojaeizadeh D, Gharaaghaji R, Habibzadeh H, Niknami Sh, Pourali R. Prediction of Self-Management Behavior among Iranian Women with Type 2 Diabetes: Application of the Theory of Reasoned Action along with Self-Efficacy (ETRA). Iran Red Crescent Med J 2012; 14(2):86-95.

33.- Arbinaga F, García D, Vázquez I, Joaquín M, Pazos E. Actitudes hacia el Ejercicio en Estudiantes Universitarios: Relaciones con los hábitos alimenticios y la insatisfacción corporal. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte 2011. 6:97-112.

34.- Novo-Corti I, Muñoz JM, Calvo C. Análisis de las Actitudes de los Jóvenes Universitarios hacia la discapacidad: Un enfoque desde la Teoría de la Acción Razonada. RELIEVE; 17(2) Disponible en: http://www.uv.es/RELIEVE/v17n2/RELIEVEv17n2_5.htm

35.- Didarloo A, Shojaeizadeh D, Ardebili HE, Niknami S, Hajizadeh E, Alizadedh M. Factors Influencing Physical Activity Behavior among Iranian Women with Type 2 Diabetes Using The Extended Theory of Reasoned Action. Diabetes Metab J 2011; 35:513-522. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4093/dmj.2011.35.5.513>

36.- Fishbein M. A Reasoned Action Approach to Health Promotion. Med Decis Making. 2008; 28(6): 834-844.

37.- Wang WC, Worsley A, Cunningham EG. Social ideological Influences on reported food consumption and BMI. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2008, 5:20. Disponible en: <http://www.ijbnpa.org/content/5/1/20>

38.- Rodríguez AP, Rique M, Ferreira CF, Nunes Alvez ChN, Dornellas D, Olivera de FJ. Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda. Ciência & Saúde Coletiva. Brasil 2007; 12(6):1567-1574.

39.- Stefani D. Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. Argentina. Evaluar 2005; 5:22-37.

40.- Van Voorbees BW, Fogel J, Houston TK, Cooper LA, Wang NY, Ford DE. Beliefs and Attitudes Associated With the Intention to Not Accept the Diagnosis of Depression Among Young Adults. Annals Of Family Medicine 2005; 3:38-45.

41.- Carruyo C, Vizcaíno G, Carrizo E, Arteaga-Vizcaíno M, Sarmiento S, Vizcaíno J. Actitud de los Individuos Adultos con Hemofilia hacia su Enfermedad. Invest Clin. Maracaibo 2004; 45(3).

42.- Barrera F, Sarmiento E, Vargas E. Relación de las Actitudes personales y de la Norma Social con la Actividad Sexual de los Adolescentes. Revista de Estudios Sociales 2004; 17: 56-66.

43.- Díaz-Loving R, Rivera S. Prevención de contagio de VIH: aplicación de la Teoría de Acción Razonada a la Predicción del uso del Condón. Avances en Psicología Clínica Latinoamérica 1995; 13:71-87.

44.- Fishbein M, Salazar JM, Rodríguez PR, Middlestadt SE, Himmelfarb T. Predicción del uso de cinturones de seguridad en estudiantes Venezolanos: Una aplicación de la Teoría de Acción Razonada en Latinoamérica. Revista de Psicología Social y personalidad 1988; 4(2):19-41.

45.- Jiménez A, Martínez de Escobar Y, Catillo O, González R, Bacardí M. Beliefs about Causes and Consequences of Obesity among Women in Two Mexican Cities. J Health Popul Nutr 2012; 30(3): 311-316.

46.- Annesi JJ, Tennant GA. From Morbid Obesity to a Healthy Weight Using Cognitive-Behavioral Methods: A Woman's Three-Year Process With One and One-Half Years of Weight Maintenance. (Case Study). Perm J 2012; 16(4): 54-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/12-062>

47.- Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. Int J Qualitative Stud Health Well-being 2011;6:8404.

48.- Korban de Shein R. Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. An Med (Mex) 2010; 55(3): 142-146.

49.- Córdova JA, Barriguete JA, Rivera MA, Manuell G, Mancha C. Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas. Acta Médica Grupo Ángeles 2010; 8(4): 202-207.

50.- Guzmán R, Lugli Z. Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. Suma Psicológica. Bogotá (Col.) 2009; 16(2): 37-50.

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

52.- Cabello ML, Zúñiga JG. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. Ciencia UANL 2007; X(2): 183-188.

53.- Villaseñor SJ, Ontiveros C, Cárdenas KV. Salud Mental y Obesidad. Investigación en Salud 2006; VIII (2): 86-90.

54.- Rivera JA, Hernández M, Aguilar CA, Vallido F, Morayama C. Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. Síntesis Ejecutiva del Libro. Academia Nacional de Medicina, 2013. Disponible en: http://www.wphna.org/v2/wp-content/uploads/2013/06/13_Obesity_in_Mexico_Book_Rivera_et_al1.pdf

55.- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha20/05/2013

56.- Sánchez F. Sebastián. Actitudes Hacia La Tolerancia y la Cooperación en ambientes multiculturales. Universidad de Granada. 1998. Pp: 106-117.

57.- Sulbarán D. Medición de Actitudes. (Tesis) Universidad Central de Venezuela. Cátedra de Psicología Experimental 2009. Pp: 40-46.

58.- Rueda JR, Manzano I, Páez D, Pérez de Amba J, Zuazagoitia J, Zuleta G. La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones para estilos de vida. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 2008. (Revista electrónica). Consultado: 06/04/2013. Disponible en: <http://www.euskadi.net/ejgvbibliotecas>

59.- Organización Mundial de La Salud. Actividad física y recomendaciones de actividad física para adultos. (Revista electrónica). Consultado 03/04/2013. Disponible en: <http://www.who.int/dietaphysicalactivity/>

60.- 3 Pilares de la Estrategia Nacional para un México sin obesidad. (Revista Electrónica). Consultado 4/11/2013. Disponible en:

<http://www.presidencia.gob.mx/3-pilares-de-la-estrategia-nacional-para-un-mexico-sin-obesidad/>

61.- Radio grupo. Aguascalientes primer lugar en obesidad infantil. (Revista electrónica) Consultado 10/11/2013. Disponible en:

<http://www.radiogrupo.com.mx/index.php/local-movil/34-principales-locales/10795-aguascalientes-es-el-estado-numero-1-en-obesidad-infantil>

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

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

64.- Dean AG DJ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. EpiInfo. versión 6.04. Atlanta, Georgia. : Center for Disease Control and Prevention 199.

65.- Carter PK, Edwards KA, Mc Cleary JV. Correlates of physical activity and theory of planned behavior between African American women who are physically active and those who are not. ABNFJ 2012; 23(3): 51-8.

66.- Ickes M, Sharma M. Does behavioral intention predict physical activity behaviors related to adolescent obesity? Archives of exercise in health and disease 2012; 3(1-2).

67.- Aylaz R, Erci B, Erten S. Testing the theory of planned behaviour in predicting women´s intention about weight gain prevention. Pak J Med Sci 2011; 27(2): 422-426.

68.- Rhoades DR, Kridli SA, Penprase B, Understanding overweight adolescent´s beliefs using the Theory of Planned Behavior. Int J Nurs Pract 2011; 17(6): 562-70.

69.- Andrews KR, Silk KS, Eneli IV. Parents as health promoters: a theory of planned behavior perspective on the prevention of childhood obesity. *J Health Commun* 2010; 15: 95-107.

70.- Godin G, Amireault S, Belanger GA, Vohl MC, Pérusse L. Prediction of leisure time physical activity among obese individuals. *Obesity* 2009; 17(4): 706-12.

71.- Boudreau F, Godin G. Using the Theory of Planned Behaviour to predict exercise intention in obese adults. *Can J Nurs Res* 2007; 39(2): 112-25.

72.- Smith Ch. Applying the Theory of Planned Behavior to health eating behaviors in urban Native American youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2006; 3:11.

73.- Acosta CB, Aranda JC, Reyes H. ENCOPREVENIMSS 2004. Patrones de actividad física de la mujer y del hombre. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44:S79-S86.

74.- Farzad J, Shohreh E. Factors Related to Regular Undergoin Pap-smear Test. Aplicacion of Theory of Planned Behavior. *Journal of Research in Health Sciences*, 2011; 11(2): 102-108.

75.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) por entidad federativa (Aguascalientes). [Revista electrónica]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/Aguascalientes-OCT.pdf>

ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL

ANEXO D. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2013-2014



ANEXO A. INSTRUMENTO

**INSTITUTO MEXICANA DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION AGUASCALIENTES.
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
Unidad de Medicina Familiar No. 1.**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES.
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.
RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR.
Aguascalientes, Aguascalientes.**

DIMENSIONES DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA (ACTIVIDAD FÍSICA) ASOCIADAS AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

ENTREVISTADOR

FOLIO

Sección 1. Características demográficas.

I.1. Ficha de identificación:

I.1. a. Nombre: _____

I.1. b. Fecha de aplicación:
Día Mes Año

I.1. c. Número de afiliación: Agregado _____

I.1. d. Domicilio: _____
Calle y número Colonia Ciudad

I.1. e. Teléfono: _____

1.1.f. UMF de adscripción

I.1. g. Número de consultorio:

1.1.h. Turno 1. Matutino. 2. Vespertino.

I.2. Características socio-demográficas

I.2. a. Fecha de nacimiento
Día Mes Año

I.2. b. Género: 1. Masculino. 2. Femenino.

I.2. c. Nivel de estudios:

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

I.2. d. Estado civil actual: 1. Casado (a). 2. Soltero (a). 3. Unión libre. 4. Divorciado (a).

I.2. e. ¿A qué se dedica actualmente? 1. Trabaja. 2. Estudia. 3. Hogar. 4. Pensionado/jubilado.

I.2. f. **Peso** _____ I.2.g. **Talla** _____ I.2.h. **Índice de masa corporal** _____

Instrumento: Dimensiones de la Teoría de La Acción Planeada (Actividad Física) Asociadas al Sobrepeso y a la Obesidad en Adultos de 20 a 64 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes. Instrucciones: Anote el número que más concuerde con su respuesta. 5. Totalmente de acuerdo, 4. Muy de acuerdo, 3. Indiferente, 2. Muy en Desacuerdo, 1. Totalmente en desacuerdo.

| VARIABLE LATENTE | INDICADORES REFLECTIVOS | DESCRIPCIÓN | TOTALMENTE DE ACUERDO | .MUY DE ACUERDO | .INDIFERENTE | MUY EN DESACUERDO | TOTALMENTE EN DESACUERDO |
|--------------------------|-------------------------|---|-----------------------|-----------------|--------------|-------------------|--------------------------|
| ACTITUD | II.1.a. | Creo que es gratificante dedicar algo de tiempo a realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | | | | |
| | II.1.b. | Es importante para mi realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | | | | |
| | II.1.c. | La actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad nos importa a todos en mi familia, aunque no la padezcamos. | | | | | |
| NORMA SUBJETIVA | II.2.a. | Los programas para la realización de actividad física para la prevención de sobrepeso u obesidad deben ser promovidos por el gobierno. | | | | | |
| | II.2.b. | Mis padres me enseñaron que cualquier persona puede padecer sobrepeso u obesidad, y por eso es importante realizar actividad física para prevenirlos. | | | | | |
| | II.2.c. | En las clínicas el personal que brinda la atención, se preocupa por promover la actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | | | | |
| CONTROL PERCIBIDO | II.3.a. | Me siento capacitado(a) para realizar actividad física, para prevenir el sobrepeso u obesidad | | | | | |
| | II.3.b. | Percibo que necesito realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | | | | |
| | II.3.c. | Creo que no soy capaz de realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad | | | | | |
| INTENCIÓN | II.4.a. | Me gustaría participar en programas de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | | | | |
| | II.4.b. | Si la clínica de medicina familiar promoviera programas para realizar actividad física para la prevención del sobrepeso u obesidad, yo me apuntaría. | | | | | |
| | II.4.c. | He decidido realizar actividad física con mi familia para prevenir el sobrepeso u obesidad | | | | | |
| | II.4.d. | El gobierno ofrece programas de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad, y tengo la intención de unirme. | | | | | |

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| CONCEPTO | DIMENSIONES | VARIABLES | INDICADORES | ESCALA | ITEMS | INDICES |
|---|--|--|------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------|
| Factores Sociodemográficos: Conjunto de Rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece el individuo | Características demográficas: Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas. | Género: Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. | Fenotipo | Categorico: 1.Masculino 2. Femenino | 1.2.b.-Género | 1.Masculino 2. femenino |
| | Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen | Nivel de estudios: Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento reconocido legalmente | Años cumplidos de educación formal | Ordinal: 1.Analfabeta 2.Alfabeto sin escolaridad 3. Primaria 4. Secundaria 5.Técnico Profesional 6. Preparatoria 7.Profesional | 1.2.c.- Nivel de estudios. | |
| | | Estado civil Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco. | | Categorico. 1.- Casado 2.- Soltero 3.- Unión libre 4.- Divorciado (a) 5.- Viudo | 1.2.d.- Estado civil actual. | |
| | Características económicas: Estudia el comportamiento humano según sus necesidades. | Actividad laboral Es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado | Tipo de ocupación según sectores | Categorico: 1.- Trabaja 2.-Estudia 4.- Hogar 5.-Pensionado/ jubilado. | 1.2.e.- ¿A qué se dedica actualmente? | |

| CONCEPTO | DIMENSIONES | VARIABILIDAD | INDICADORES | ESCALA | ITEM | INDICES |
|--|---|---------------------------------|--|--|--|---|
| <p>Peso normal:</p> <p>Es el estado caracterizado por un índice de masa corporal entre 18 y 24.9kg/m^2</p> | <p>Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.</p> <p>Talla: es el crecimiento lineal del cuerpo expresado en metros.</p> | <p>Kilogramos</p> <p>Metros</p> | <p>Peso en kilogramos</p> <p>Talla en metros</p> | <p>Nominal</p> <p>1.- Tiene peso normal.</p> <p>2. No tiene peso normal.</p> | <p>1.2.f.-Peso en kilogramos en el expediente electrónico en la última consulta</p> <p>1.2g.-Talla en metros registrada en el expediente electrónico en la última consulta</p> | <p>IMC: kg/m^2</p> <p>Peso normal: IMC: 18.5 a 24.9kg/m^2</p> <p>1= Con peso normal</p> <p>2= Sin peso normal</p> |
| <p>Sobrepeso:</p> <p>Es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor o igual a 25kg/m^2 y menor a 29.9kg/m^2</p> | <p>Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.</p> <p>Talla: es el crecimiento lineal del cuerpo expresado en metros.</p> | <p>Kilogramos</p> <p>Metros</p> | <p>Peso en kilogramos</p> <p>Talla en metros</p> | <p>Nominal</p> <p>1.- Tiene sobrepeso</p> <p>2. No tiene sobrepeso.</p> | <p>Peso en kilogramos en el expediente electrónico en la última consulta</p> <p>Talla en metros registrada en el expediente electrónico en la última consulta</p> | <p>IMC: kg/m^2</p> <p>Sobrepeso: IMC: 25 a 29.9kg/m^2</p> <p>1= Con sobrepeso</p> <p>2= Sin sobrepeso</p> |
| <p>Obesidad:</p> <p>Es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor o igual a 25kg/m^2 y menor a 29.9kg/m^2</p> | <p>Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.</p> <p>Talla: es el crecimiento lineal del cuerpo expresado en metros.</p> | <p>Kilogramos</p> <p>Metros</p> | <p>Peso en kilogramos</p> <p>Talla en metros</p> | <p>Nominal</p> <p>1.- Tiene obesidad</p> <p>2. No tiene obesidad</p> | <p>Peso en kilogramos en el expediente electrónico en la última consulta</p> <p>Talla en metros registrada en el expediente electrónico en la última consulta</p> | <p>IMC: kg/m^2</p> <p>Obesidad: IMC: $>30\text{kg/m}^2$</p> <p>1= Con obesidad</p> <p>2= Sin obesidad</p> |

| CONCEPTO | DIMENSIONES | VARIABILIDAD | INDICADORES | ESCALA | ITEM | INDICES |
|--|--|---|--|---|--|---------|
| <p>TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA: Es una teoría que estudia el comportamiento para predecir una determinada conducta. Esta teoría asume que las personas se comportan de manera racional y que hacen uso de la información que tienen para llevar a cabo una conducta y que el mejor determinante que predice cierta conducta, es la intención esta, además de la actitud y las normas subjetivas. Utiliza el control percibido como la creencia de una persona de que tiene el control sobre su propia conducta, está relacionado con la presencia o ausencia de facilitadores o barreras para la conducta.</p> | <p>ACTITUD : La actitud se define como la predicción aprendida para responder de modo favorable o desfavorable hacia un objeto (individuo, grupo, situación).</p> | <p>La predicción aprendida que tiene una persona hacia la prevención sobrepeso y la obesidad con la prevención por medio de la realización de actividad física.</p> | <p>La actitud de que tiene una persona hacia el sobrepeso u obesidad y la prevención con la realización de actividad física.</p> | <p>Ordinal. Se utiliza una escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificaciones lingüísticas, ejemplo: 1. Totalmente de acuerdo. 2. Muy de acuerdo 3. Indiferente 4. Muy en desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo.</p> | <p>II.1.a. Creo que es gratificante dedicar algo de tiempo a realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. II1.b. Es importante para mí realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. II.1.c. La actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad, nos importa a todos en mi familia, aunque no la padezcamos.</p> | . |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|
| | <p>NORMA SUBJETIVA: Se define como la presión social percibida por el individuo por parte de sus referentes más importantes (padres, amigos), para que realice o no un determinado comportamiento.</p> | <p>La presión social que refiere la persona sobre la prevención del sobrepeso y la obesidad, con la realización de actividad física.</p> | <p>La presión social que siente la persona para realizar actividad física para prevenir el sobrepeso y la obesidad.</p> | <p>Ordinal. Se utiliza una escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificaciones lingüísticas, ejemplo: 1. Totalmente de acuerdo. 2. Muy de acuerdo 3. Indiferente 4. Muy en desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo.</p> | <p>II.2.a. Los programas para la realización de actividad física para la prevención de sobrepeso u obesidad deben ser promovidos por el gobierno. . II.2.b. Mis padres me enseñaron que cualquier persona puede padecer sobrepeso u obesidad, y por eso es importante realizar actividad física para prevenirlos. II.2.c. En las clínicas el personal que brinda la atención, se preocupa por promover la actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.</p> | |
|--|---|--|---|---|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|
| | <p>CONTROL PERCIBIDO: Se define como la creencia de una persona de que tiene el control sobre su propia conducta en determinadas situaciones, incluso cuando enfrenta determinados obstáculos. Influirá directamente sobre la intención e indirectamente sobre la conducta.</p> | <p>El control que la persona refiere sobre la prevención del sobrepeso y la realización de actividad física.</p> | <p>El control que la persona refiere para realizar actividad física para prevención de sobrepeso y obesidad.</p> | <p>Ordinal. Se utiliza una escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificaciones lingüísticas, ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente de acuerdo. 2. Muy de acuerdo 3. Indiferente 4. Muy en desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo. | <p>II.3.a. Me siento capacitado(a) para realizar actividad física, para prevenir el sobrepeso u obesidad II.3.b. Percibo que necesito realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. II.3.c. Creo no soy capaz de realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad</p> | |
| | <p>INTENCIÓN CONDUCTUAL: Se considera el determinante proximal de la conducta. Determina el comportamiento en forma causal y es provocada por la suma de las influencias de las</p> | <p>La influencia de las actitudes hacia la prevención del sobrepeso u obesidad con la realización de actividad física.</p> | <p>La intención que tiene una persona para prevenir el sobrepeso u obesidad con la realización de actividad física.</p> | <p>Ordinal. Se utiliza una escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificaciones</p> | <p>II.4.a. Me gustaría participar en programas de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. II.4.b. Si la clínica de medicina familiar promoviera programas para</p> | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas. | | | lingüísticos, ejemplo: 1. Totalmente de acuerdo. 2. Muy de acuerdo 3. Indiferente 4. Muy en desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo. | realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad, yo me apuntaría. .II.4.c. He decidido realizar actividad física con mi familiar para prevenir el sobrepeso u obesidad II.4.d. El gobierno ofrece programas de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad, y tengo la intención de unirme. | |
|--|--|--|--|--|--|--|

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1.

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES.

DIMENSIONES DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA (ACTIVIDAD FÍSICA) ASOCIADAS AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

1.- La Residente de tercer año de medicina familiar y 4 licenciados en Salud Pública aplicaron las entrevistas de dimensiones de la teoría de la acción planeada (Actividad física) asociadas al sobrepeso y a la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes.

2.- Se seleccionó de forma aleatoria a los usuarios que acudieron a consulta de 20 a 64 años de edad, de los 20 consultorios que se encuentran ubicados en la Unidad de Medicina Familiar No.1 tanto del turno matutino, como del turno vespertino y al mismo tiempo de identificarlos, se le dió una carta de consentimiento informado, se le explicó que se le realizará una entrevista sobre la identificación de las dimensiones de la teoría de la acción planeada asociadas a el sobrepeso y obesidad.

3.- La entrevista constó de 13 Preguntas en base a las dimensiones de la teoría de la acción planeada, así como el cuestionario de las características demográficas. La duración fue de 25 minutos aproximadamente, la información que se manejó en esta entrevista fue confidencial y no le afectó en la atención que le brindaron en la institución. Se le comunicó al entrevistado que en el momento en que no quisiera contestar una pregunta, o no quisiera continuar con la entrevista se podía retirar.

SECCIÓN I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

En esta sección, la información fue extraída del expediente electrónico con el que contó la Unidad de Medicina Familiar No. 1, si no contaba con los datos completos, se le preguntó a los entrevistados los datos que hicieron falta para la identificación.

SECCIÓN I.1. Características demográficas.

Las características demográficas se obtuvieron de la base de datos del IMSS, en donde se puso la clave y contraseña de la Unidad de Medicina Familiar No1, en la agenda electrónica de citas, se puso el turno en el que el entrevistador identificó a las personas que reunieron los siguientes criterios:

Selección de forma aleatoria por consultorio.

Edad de 20 a 64 años.

Usuarios de la UMF 1.

ANEXO III. INSTRUMENTO

Sección 1. Características demográficas.

I.1.- Ficha de identificación:

El nombre se obtuvo del expediente electrónico de la UMF1 del IMSS.

Ejemplo:

I.1. a. Nombre: Roberto Salas Domínguez

I.1.b.- Fecha de aplicación: se anotó la fecha en que se aplicó la encuesta, empezando por el día, el mes y el año, ejemplo:

Fecha de aplicación:

| | | | | | | | |
|-----|-----|-----|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Día | Mes | Año | | | | | |

I.1.c. Número de afiliación: este se obtuvo del expediente electrónico.

Ejemplo: Número de afiliación:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 1 | 9 | 2 | 6 | 3 | 4 | 6 | 9 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Agregado 1F 67 OR.

I.1.d. Domicilio: En este apartado se le preguntó directamente al usuario la calle, el número, colonia, en donde está ubicada su casa y la ciudad donde radica.

Ejemplo: Domicilio: Josefa Ortíz de Domínguez No. 116 El Encino Aguascalientes,

Calle número Colonia Ciudad

Aguascalientes

I.1. e. Teléfono: Se le preguntó si tenía teléfono en su domicilio y si lo podía proporcionar:

Ejemplo: 9-16-13-24

I.1.f. UMF de adscripción: En este apartado sólo se le puso el número de la UMF a la que asistió, en este caso fue la UMF 1.

Ejemplo: UMF de adscripción:

I.1. g. Número de consultorio: Se anotó el número de consultorio al que perteneció el usuario encuestado y se obtuvo del expediente electrónico de la UMF1 IMSS.

Ejemplo: Número de consultorio

I.1.h. Turno: El turno se puso dependiendo la hora en que el paciente tenía su cita y se tomó del expediente electrónico de la UMF1 IMSS:

Ejemplo: 1. Matutino. 2. Vespertino.

I.2. Características socio-demográficas

I.2.a.- Fecha de Nacimiento: Se obtuvo del expediente electrónico del IMSS, solo se contempló a mujeres y hombres seleccionados de forma aleatoria por consultorio, ya que nos interesó ver el rango de edad de los 20 a los 64 años. Se puso primero el día, después el mes y al último el año.

Ejemplo:

Fecha de nacimiento
Día Mes Año

I.2. b. Género: En esta sección se preguntó el sexo a los usuarios.

Ejemplo:

1. Masculino. 2. Femenino.

I.2. c. Nivel de estudios: En esta sección se le preguntó al usuario entrevistado que si estudió, si contestó que “sí”, se le preguntó hasta que nivel de estudios terminó, si contestó que no, se le preguntó si sabía escribir o no y se codificó con los números del ejemplo.

Ejemplo:

Nivel de estudio:

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

I.2. d. Estado civil actual: En esta sección se le preguntó al usuario encuestado sobre su estado civil actual y se codificó de acuerdo a su respuesta:

Ejemplo:

1. Casado (a). 2. Soltero (a). 3. Unión libre. 4. Divorciado (a).

I.2. e. ¿A qué se dedica actualmente?: Se preguntó directamente al usuario a qué se dedicaba y se codificó dependiendo su respuesta.

Ejemplo:

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

I.2. f. Peso: La información fue extraída directamente del expediente electrónico del consultorio al que pertenecía el usuario, se tomó en cuenta el peso registrado el día que se le otorgó la consulta, expresado en kilogramos.

Ejemplo: Peso: 78kg.

1.2.g. Talla: La información fue extraída directamente del expediente electrónico del consultorio al que el usuario pertenecía, se anotó la talla que se encontró registrada el día que se le otorgó la consulta, expresada en metros.

Ejemplo: Talla: 1.56m

1.2.h. Índice de masa corporal: La información fue extraída del expediente electrónico del consultorio al que pertenecía el usuario, se tomó en cuenta el índice de masa corporal que se encontró registrado el día que se otorgó la consulta.

Ejemplo: IMC: 32.1kg/m²

| |
|-------------------|
| SECCIÓN II |
|-------------------|

| |
|---|
| Dimensiones de la Teoría de la Acción Planeada |
|---|

La Teoría de La Acción Planeada es una teoría que estudia el comportamiento para predecir una determinada conducta. Esta teoría asume que las personas se comportan de manera racional y que hacen uso de la información que tienen para llevar a cabo una conducta. Las dimensiones de la teoría de la Acción Planeada son: Actitud, Norma subjetiva, intención y control percibido.

| |
|-----------------------|
| II.1. Actitud. |
|-----------------------|

En esta sección se pretendió saber si el encuestado tenía la actitud para realizar actividad física, para prevenir el sobrepeso y la obesidad.

II.1.a. ¿Creo que es gratificante dedicar algo de tiempo a realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad?

Si encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

¿A usted le conforta dedicar algo de tiempo a realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad?

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 4**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|---|-----------------------|----------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| II.1.a. ¿Creo que es gratificante dedicar algo de tiempo a realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | | 3 | | |

II.1.b. Es importante para mí realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si el encuestado no entendió la pregunta, se le explicó lo siguiente:

¿Para usted es importante hacer ejercicio para prevenir el sobrepeso u obesidad?

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 4**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|--|-----------------------|----------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| II.1.b. Es importante para mí realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | 4 | | | |

II.1.c. ¿La actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad, nos importa a todos en mi familia aunque no la padezcamos?

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

En su familia a todos les importa realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo**, se codificó como **5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo**, se codificó como **4**; si la respuesta fue **indiferente**, se codificó como **3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo**, se codificó como **2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo**, se codificó como **1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|--|-----------------------|----------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| II.1.c. ¿La actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad, nos importa a todos en mi familia aunque no la padezcamos? | | | | 2 | |

SECCIÓN II.2. NORMA SUBJETIVA

En esta sección se pretendió saber la presión social que refiere el paciente sobre la realización de actividad física para prevenir el sobrepeso y la obesidad.

II.2.a. Los programas para la realización de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad ¿Deben ser promovidos por el Gobierno?

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

¿Cree usted que el gobierno debe dar a conocer los programas para realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad?

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 4**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|--|------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| II.2.a. Los programas para la realización de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad ¿Deben ser promovidos por el Gobierno? | | 4 | | | |

II.2.b.Mis padres me enseñaron que cualquier persona puede padecer sobrepeso u obesidad, y por eso es importante realizar actividad física para prevenirlos.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

¿Mis papás me enseñaron que existía el sobrepeso y la obesidad y por debía hacer ejercicio, para no padecerlos?

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 4**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 1**.

3; si la respuesta fue muy en desacuerdo, se codificó como 2 y si la respuesta fue totalmente en desacuerdo, se codificó como 1. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|---|-----------------------|----------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| II.2.b. Mis padres me enseñaron que cualquier persona puede padecer sobrepeso u obesidad, y por eso es importante realizar actividad física para prevenirlos. | | | | | 1 |

II.2.c. En las clínicas el personal que brinda la atención, se preocupa por promover la actividad física, para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

¿Usted cree que en las clínicas el personal se preocupa por recomendar la actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad?

Si su respuesta fue totalmente de acuerdo, se codificó como 5; si su respuesta fue muy de acuerdo, se codificó como 4; si la respuesta fue indiferente, se codificó como 3; si la respuesta fue muy en desacuerdo, se codificó como 2 y si la respuesta fue totalmente en desacuerdo, se codificó como 1. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|---|------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| II.2.c. En las clínicas el personal que brinda la atención, se preocupa por promover la actividad física, para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | | 3 | | |

SECCIÓN II.3 CONTROL PERCIBIDO.

En esta sección se pretendió conocer el control que el encuestado refiere para realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

II.3.a. Me siento capacitado(a) para realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

Creo que tengo la suficiente información o capacidad para realizar ejercicio para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo**, se codificó como **5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo**, se codificó como **4**; si la respuesta fue **indiferente**, se codificó como **3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo**, se codificó como **2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo**, se codificó como **1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|---|------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| II.3.a. Me siento capacitado(a) para realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | 4 | | | |

II.3.b. Percibo que necesito realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

¿Puedo notar que necesito hacer ejercicio para prevenir el sobrepeso u obesidad?

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo**, se codificó como **5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo**, se codificó como **4**; si la respuesta fue **indiferente**, se codificó como **3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo**, se codificó como **2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo**, se codificó como **1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|--|------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| II.3.b. Percibo que necesito realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | 4 | | | |

II.3.c. Creo que no soy capaz de realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

Creo que no puedo realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 1**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 2**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 4** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 5**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|--|------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| II.3.c. Creo que no soy capaz de realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | | | | | 5 |

SECCIÓN II.4 INTENCIÓN.

En esta sección se pretendió saber la intención que tiene una persona para realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

II.4.a. Me gustaría participar en programas de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

Me gustaría entrar a grupos de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 4**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|---|-----------------------|----------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| II.4.a. Me gustaría participar en programas de actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad. | 5 | | | | |

II.4.b. Si la clínica de medicina familiar promoviera programas para realizar actividad física, para la prevención de sobrepeso u obesidad, yo me apuntaría.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

¿Si la clínica informara que hay programas de actividad física, me anotaría a ellos?

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 4**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|---|-----------------------|----------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| II.4.b. Si la clínica de medicina familiar promoviera programas para realizar actividad física, para la prevención de sobrepeso u obesidad, yo me apuntaría. | 5 | | | | |

II.4.c. He decidido realizar actividad física con mi familia para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

En mi familia decidimos realizar actividad física para prevenir el sobrepeso u obesidad.

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 4**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo. |
|--|------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| II.4.c. He decidido realizar actividad física con mi familia para prevenir el sobrepeso u obesidad. | 5 | | | | |

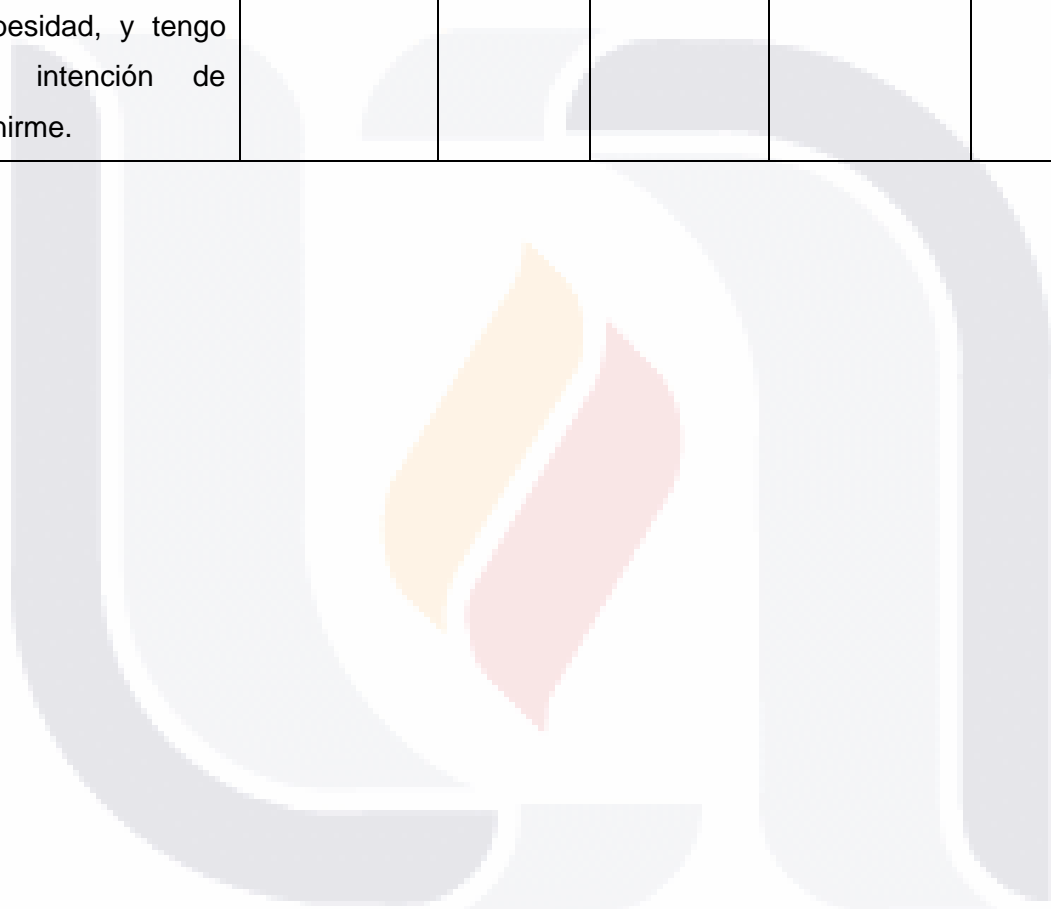
II.4.d. El gobierno ofrece programas de actividad para prevenir el sobrepeso u obesidad, y tengo la intención de unirme.

Si el encuestado no entendió la pregunta se le explicó lo siguiente:

El gobierno tiene programas de ejercicio para prevenir el sobrepeso u obesidad, y quiero unirme.

Si su respuesta fue **totalmente de acuerdo, se codificó como 5**; si su respuesta fue **muy de acuerdo, se codificó como 4**; si la respuesta fue **indiferente, se codificó como 3**; si la respuesta fue **muy en desacuerdo, se codificó como 2** y si la respuesta fue **totalmente en desacuerdo, se codificó como 1**. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | Indiferente | Muy en desacuerdo | Totalmente de acuerdo. |
|---|-----------------------|----------------|-------------|-------------------|------------------------|
| II.4.d. El gobierno ofrece programas de actividad para prevenir el sobrepeso u obesidad, y tengo la intención de unirme. | | | 3 | | |





ANEXO D. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Carta de Consentimiento Informado para la participación en Protocolos de Investigación.

“DIMENSIONES DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA (ACTIVIDAD FÍSICA) ASOCIADAS AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD EN ADULTOS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”

UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes durante el periodo:

Número de registro: R-2013-101-20

OBJETIVO: Determinar cuáles son las dimensiones de la Teoría de la Acción Planeada (Actividad Física) asociadas al sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 64 años en la UMF No. 1 Delegación IMSS Aguascalientes.

JUSTIFICACIÓN: El conocimiento de los factores asociados a la obesidad es importante para poder entender de manera integral la naturaleza del problema, para así poder desarrollar estrategias educativas útiles para poder así; disminuir la prevalencia de este gran problema que aqueja a nuestro país y en especial a nuestro estado.

Declaro que se me ha informado ampliamente en qué consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del proyecto de la Investigación en cualquier momento en que yo considere conveniente. Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales. Por lo que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este proyecto de investigación ya que serán manejados de manera anónima y confidencial. No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, sólo la inversión del tiempo en contestar la misma.

El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dra. Jannett Padilla López, Médico de Base de Medicina Familiar UMF 7 del IMSS Delegación Aguascalientes, Teléfono: 4491124257 Correo electrónico: jannis_padilla@hotmail.com

Tesista: Dra. Lourdes Haydeé Gómez Navarro, Matricula 99117243. Residente de 3er Año Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 01, Delegación Aguascalientes, Celular 4499118510, correo electrónico: dra.lulupollo@gmail.com.

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

Dra. Lourdes Haydeé Gómez Navarro Tesista

Testigo

Nombre y firma del participante

Testigo

ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2013-2014



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2013-2014

| ACTIVIDADES | ENE 2013 | FEB 2013 | MAR 2013 | ABR 2013 | MAY 2013 | JUN 2013 | JUL 2013 | AGO 2013 | SEP 2013 | OCT 2013 | NOV 2013 | DIC 2013 | ENE 2014 | FEB 2014 |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Elección del tema | X | | | | | | | | | | | | | |
| Acopio de bibliografía | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Revisión de literatura | | X | X | X | X | X | | | | | | | | |
| Diseño del protocolo | | | | | X | X | | | | | | | | |
| Planteamiento Del problema | | | | | | X | X | | | | | | | |
| Antecedentes | | | | | | | x | X | | | | | | |
| Justificación | | | | | | | | x | X | | | | | |
| Introducción | | | | | | | | | x | X | | | | |
| Envío del Protocolo al Comité local | | | | | | | | | | | X | | | |
| Revisión y modificación del protocolo | | | | | | | | | | | | X | | |
| Registro del protocolo | | | | | | | | | | | | X | | |
| Aprobación del protocolo | | | | | | | | | | | | X | X | |
| Trabajo de campo | | | | | | | | | | | | X | X | |
| Captura y tabulación de datos | | | | | | | | | | | | | X | X |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | | | | | | X |
| Autorización | | | | | | | | | | | | | | X |
| Elaboración de informe tesis final | | | | | | | | | | | | | | X |
| Discusión de resultados | | | | | | | | | | | | | | X |
| Examen de presentación de tesis | | | | | | | | | | | | | | X |