

**Estilo de vida e influencia en el desorden alimenticio un
estudio de caso en el municipio de Malpaso, Chiapas,
México**

*Lifestyle and influence on eating disorder a case study in the municipality of
Malpaso, Chiapas, Mexico*

*Estilo de vida e influência no transtorno nutricional um estudo de caso no
município de Malpaso, Chiapas, México*

Octavio Grajales Castillejos

Universidad Autónoma de Chiapas, México

estadi@unach.mx

Sonia Ifigenia Villalobos López

Universidad Autónoma de Chiapas, México

Soniavil15@hotmail.com

Julio Guillén Velázquez

Universidad Autónoma de Chiapas, México

guillenv@unach.mx

Resumen

Este artículo muestra los resultados de un estudio de caso sobre el estilo de vida e influencia en el desorden alimenticio en derechohabientes que acudieron durante el periodo de la investigación a una Unidad Médica Familiar (UMF) ubicada en el municipio de Malpaso, Chiapas. **Objetivo:** determinar el estilo de vida e influencia en el desorden alimenticio en derechohabientes que acudieron a la consulta de medicina familiar en la UMF no. 41 de Malpaso, Chiapas. **Materiales y métodos:** se aplicó un cuestionario y, posteriormente, se contrastó con el instrumento FANTASTIC, ambos diseñados para determinar los estilos de vida. **Resultados y discusión:** se determinó que, en general, los sujetos de estudio tienen un estilo de vida “malo”, el cual se manifiesta en enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial

sistémica (HAS), dislipidemias, hiperuricemia y cáncer, por citar algunas. Asimismo, se encontró que 53.1% tiene sobrepeso, 26.8% tiene obesidad grado I, 8.4% obesidad grado II, 1.4% obesidad grado III y sólo 11.9% tiene peso normal. Al contrastar los resultados del cuestionario con el instrumento FANTASTIC, se corroboró que el estilo de vida de los encuestados es malo y con un alto consumo de alimentos ricos en calorías. **Conclusiones:** los sujetos de estudio de la presente investigación están en riesgo permanente de fallecer de manera prematura por tener un estilo de vida malo, que se verá reflejado en el corto y mediano plazo en la mayoría de los casos, con la aparición de enfermedades crónico-degenerativas.

Palabras claves: Estilo de vida, desorden alimenticio, sobrepeso, obesidad.

Abstract

This article shows the results of a case study about the lifestyle and influence on eating disorder in patients who came during the investigation period to Family Medical Unit (FMU) located in the municipality of Malpaso, Chiapas. **Objective:** to determine the lifestyle and influence on the alimentary disorder in patients who attended the family medicine consultation at FMU No. 41 of Malpaso, Chiapas. **Materials and methods:** a questionnaire was applied and later contrasted with the FANTASTIC instrument, both designed to determine lifestyles. **Results and discussion:** it was determined that, in general, the study subjects have a "bad" lifestyle, which is manifested in chronic degenerative diseases such as: DM1, DM2, HAS, dyslipidemias, hyperuricemia, CA, to name a few. It was also found that 53.1% are overweight, 26.8% have obesity grade I, 8.4% are obesity grade II, 1.4% are obesity grade III and only 11.9% are normal weight. When comparing the results of the questionnaire with the FANTASTIC instrument, it was corroborated that the lifestyle of the respondents is bad and with a high consumption of foods rich in calories. **Conclusions:** the subjects of the study of this research run a permanent risk of dying prematurely for having a bad lifestyle, and this will be reflected in short and medium term in most cases, with the appearance of chronic degenerative diseases.

Keywords: Lifestyle, eating disorder, overweight, obesity.

Resumo

Este artigo mostra os resultados de um estudo de caso sobre o estilo de vida e a influência sobre o transtorno alimentar em beneficiários que participaram durante o período da investigação para uma Unidade Médica Familiar (UMF) localizada no município de Malpaso, Chiapas. Objetivo: determinar o estilo de vida e a influência sobre o transtorno alimentar nos titulares de direitos que frequentaram a prática familiar no UMF no. 41 de Malpaso, Chiapas. Materiais e métodos: um questionário foi aplicado e, posteriormente, foi contrastado com o instrumento FANTÁSTICO, ambos projetados para determinar estilos de vida. Resultados e discussão: foi determinado que, em geral, os sujeitos do estudo têm um estilo de vida "ruim", que se manifesta em doenças crônico-degenerativas como diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial (HAS), dislipidemias, hiperuricemia e câncer, para citar alguns. Do mesmo modo, verificou-se que 53,1% estão com sobrepeso, 26,8% têm obesidade grau I, 8,4% obesidade grau II, 1,4% obesidade grau III e apenas 11,9% têm peso normal. Ao contrastar os resultados do questionário com o instrumento FANTÁSTICO, foi corroborado que o estilo de vida dos entrevistados é ruim e com alto consumo de alimentos ricos em calorias. Conclusões: os sujeitos do estudo da presente investigação estão em permanente risco de morrer prematuramente por ter um estilo de vida ruim, que se refletirá no curto e médio prazo na maioria dos casos, com a aparência de doenças crônicas. - degenerativa.

Palavras-chave: Estilo de vida, transtorno alimentar, excesso de peso, obesidade.

Fecha Recepción: Octubre 2016

Fecha Aceptación: Abril 2017

Introducción

Sin lugar a dudas, el estilo de vida que tiene una persona o grupo social se ve reflejado en las relaciones sociales y en su estado de salud. Los malos estilos de vida y el consumo desordenado de alimentos ricos en grasas y azúcares propician el exceso de peso y obesidad en las personas de todas las edades, así como la aparición de enfermedades, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y otros padecimientos del corazón.

Es evidente que cada país tiene su propio estilo de vida y costumbres alimentarias que los caracterizan; muchos de ellos, están informados de las consecuencias que conlleva una vida desordenada, en cuanto a los estilos de vida y a la dieta se refiere. Por ello, deben propiciar desde sus propias políticas los hábitos por ejercitarse de manera constante, disminuyendo así la aparición temprana de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. En la actualidad, derivado de las políticas internacionales, como la de la OMS, algunos países han establecido en sus políticas públicas estrategias para contrarrestar el sobrepeso y la obesidad; sin embargo, las costumbres, el nivel educativo y la falta de recursos económicos para llevar a cabo una dieta suficiente, equilibrada, balanceada e inocua han hecho muy difícil disminuir esta tendencia en países como México y Estados Unidos de América, ya que, durante varios años, han presentado problemas de obesidad y sobrepeso.

En las zonas urbanas es donde más se aprecia este fenómeno, debido al sedentarismo, las comidas rápidas elaboradas con exceso de aceites de reuso en la mayor parte de los casos, excesivo consumo de alcohol, refrescos embotellados y de alimentos chatarras como frituras, golosinas industrializadas, pan y galletas elaboradas con harinas refinadas, chocolates, entre otros alimentos altos en calorías, además de ser bajos en vitaminas y minerales. A pesar de disponer de alimentos sanos como carnes, productos lácteos, frutas y verduras, la mayor parte de la gente que habita en zonas urbanas prefiere consumir alimentos elaborados en la calle. Una de las razones es el bajo costo; por otra parte, la elevada oferta alimentos de rápida elaboración, que, por lo general, son altos en grasa (tacos, empanadas y refrescos embotellados en la mayoría de las entidades federativas de México).

Los malos estilos de vida, las dietas de alto contenido energético y el sedentarismo son factores determinantes en el incremento excesivo de peso en las personas, principalmente en los adultos, los cuales tienen como consecuencia enfermedades cardiovasculares y otras crónico-degenerativas. El presente estudio de caso revela los estilos de vida y el tipo de dieta que tiene un grupo de personas que habitan en un municipio chiapaneco en particular (Malpaso), que, al igual que otros municipios del estado, consumen alimentos de alto contenido energético como tacos, empanadas, tostadas, hamburguesas y hotdogs, además de otros alimentos regionales elaborados en casa, como el pozol (bebida hecha con maíz, cacao, azúcar y canela), tamales y dulces tradicionales, por citar algunos de consumo frecuente.

Estilo de vida

El doctor Morales Calatayud entiende por estilos de vida el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad. Wilson la define como el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario (Calvo, 2004). El estilo de vida sedentario, cada vez más frecuente, es un importante factor condicionante de obesidad como lo demuestran un estudio transversal de 5 814 individuos que demuestra que el sedentarismo se asoció directamente con el síndrome metabólico y el índice de masa corporal (Cabrera, 2007).

Los estilos de vida se identifican por patrones de comportamiento que inciden en la vida de un individuo o un grupo de personas y que tienen las mismas costumbres, actitudes, valores y reglas. Reaven (1998), en la década de 1980, observó que la dislipidemia, la hipertensión arterial y la hiperglicemia eran condiciones frecuentemente asociadas a un estilo de vida inadecuado. Otros autores han resaltado que, en sujetos que acusan conductas y preferencias relacionadas con un estilo de vida saludable como alimentación balanceada, práctica regular de actividad física, menor consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, el riesgo de presentar patologías cardio-metabólicas era menor al compararse con sus pares que mostraban un estilo de vida inadecuado (Ramírez, 2012).

En este contexto, es de suma importancia identificar las costumbres de cada individuo o grupo social en particular para que las instancias gubernamentales correspondientes puedan intervenir en la prevención de aquellas enfermedades que puedan evitarse, a través de estrategias que ayuden a la concientización de la población en lo colectivo y en lo individual, y que contribuyan a la reducción del riesgo y aparición de enfermedades prevenibles causadas por los malos estilos de vida, que contribuyen a que las personas de todas las edades padezcan sobrepeso y obesidad y, en consecuencia, a la aparición de enfermedades antes mencionadas.

El sobrepeso se define como el exceso de peso corporal comparado con la talla y la obesidad como el exceso de grasa corporal (Amador, 2000). La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (Fernández, 2005). Por otra parte, la obesidad fue considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 como enfermedad nutricional y epidemia mundial. Para que una enfermedad se manifieste clínicamente, es necesario que se desenvuelva en un ambiente adverso, en que el estilo de vida, la alimentación y los aspectos socioeconómicos desempeñen un papel importante (Casanueva, 2001).

Desde hace una década, las cifras son alarmantes ya que aproximadamente más de mil millones de personas en el mundo tienen sobrepeso, de los cuales cerca de 300 millones son obesos. Son cifras inmensas que maneja la OMS y que ha alcanzado carácter de epidemia mundial (Martínez, 2006). El Institute of European Food Studies (IEFS) promovió, en 1997, un estudio con el objetivo de determinar la proporción y características sociodemográficas de la población obesa, así como sus actitudes hacia la alimentación y el ejercicio físico. En él, participaron los 15 Estados miembros de la Unión Europea, a través de la selección de muestras de 1 000 sujetos mayores de 15 años de cada país. Entre otras variables sociodemográficas, se preguntó el peso y la talla calculándose el índice de masa corporal (IMC) de cada individuo. Los resultados obtenidos en el estudio del IEFS fueron: el Reino Unido mostró la mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso (12%), seguido de España (11%), Alemania (8%), siendo menor en Italia, Francia y Suecia (7%). Así también, se

observó que la prevalencia de obesidad es mayor entre las mujeres que entre los hombres, siendo la prevalencia de sobrepeso mayor entre los hombres. (Varo, 2002)

Para 2012, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el sobrepeso afectaba ya a más de la mitad de la población adulta, esto debido al alto costo económico y social que tiene este problema. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) estima que Chile, México y Bahamas lideran con 63, 64 y 69%, respectivamente. La proporción de mujeres con obesidad supera la de los hombres y, en más de 20 países, la diferencia es mayor de 10 puntos porcentuales (FAO, 2013).

En 2016, más de 1 900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, lo cual representa que el 39% de los adultos de en este rango de edad (39% de los hombres y 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. En concreto, alrededor de 13% de la población adulta mundial (11% de los hombres y 15% de las mujeres) eran obesos (OMS, 2016).

En América Latina, la prevalencia de obesidad está aumentando de manera similar a las sociedades más desarrolladas, aunque la marcada heterogeneidad cultural, económico y racial de su población llega a generar condiciones en la que puede coexistir la obesidad. En la ciudad de Buenos Aires, la sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA) realizó una encuesta poblacional, según la cual 27.63% de las mujeres y 43.15% de los varones presentaba sobrepeso, y 10.44% de las mujeres y 12.18% de los varones, obesidad (Montero, 2002).

De acuerdo con los puntos de corte de IMC propuestos por la OMS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos de 20 años o más fue de 71.3% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30$ kg/m²) en este grupo fue de 32.4% (IC95%=31.6, 33.3) y la de sobrepeso de 38.8% (IC95%=38.1, 39.6). La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%, IC95%= 36.5, 38.6) que en el masculino (26.9%, IC95%=25.7, 28.0), al contrario del sobrepeso, en el que el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.6%, (IC95%= 41.3, 43.8) y el femenino de 35.5%, (IC95%= 34.5, 36.5).

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres (73.0%, IC95%=72.0, 74.0) que en los hombres (69.4%, IC95%= 68.2, 70.6). El grupo de edad que presentó la mayor prevalencia de obesidad es el de los adultos de 40 a 49 años (40.5% IC95%=38.8, 42.2), sin embargo, en los grados más altos de obesidad (grado II y III), se observó una mayor prevalencia en los adultos de 50 a 59 años (14.3%, IC95%=12.8, 15.9) (Barquera, 2013).

En la ciudad de Guanajuato, México, se condujo un estudio de valoración de la salud docente durante el periodo mayo-octubre de 2005. Se encontró que únicamente la tercera parte del total de participantes presentaba peso normal. La prevalencia de sobrepeso fue 51% en hombres y 36% en mujeres; en tanto, la obesidad afectó a 20% de los varones y 22% de las maestras (Rodríguez, 2006).

En Morelia, Michoacán, con el estudio de hábitos alimenticios de la muestra obtenida de 300 personas encuestadas, se encontró un 60% de obesidad leve, 13.3% de obesidad severa y un 7.3% obesidad aguda (Arias, 2006). En una comparación establecida por Martorell entre nueve países de Latinoamérica, México ocupó el segundo lugar en prevalencia de obesidad (según índice de masa corporal >30) con un valor de 10.4% entre las mujeres de 15-49 años (Villa, 2004). En Chiapas, a través de los resultados de la ENSANUT 2006, se muestra que 26.9% de los adolescentes tiene sobrepeso y la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad para localidades urbanas fue de 29.9%.

La grasa es la raíz del problema porque el adipocito del tejido adiposo abdominal tiene, además de su función de reserva energética, una actividad secretora de diversas adipocitoquinas que lo convierten en un auténtico órgano endocrino. Entre estos productos se encuentran: a) Los ácidos grasos no esterificados (NEFA), cuyo exceso facilita la aparición de la resistencia a la insulina. b) Diversas citoquinas (TNF α , adiponectina, leptina), que actúan como antagonistas de la insulina y en el caso de la leptina, como factor regulador del apetito y del balance energético. c) El factor inhibidor de la activación del plasminógeno (PAI-1) y diversas adipocitoquinas inflamatorias, que conjuntamente contribuyen al establecimiento de un estado protrombótico y proinflamatorio como el

incremento de la proteína C reactiva sérica ultrasensible (PCRUS). Por estas razones, el exceso de grasa aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular, alteraciones osteomusculares, facilita la apnea del sueño, así como cáncer y multiplica por tres el riesgo de padecer hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad coronaria y diabetes tipo 2 (Bellido, 2006).

Zacarías (2004) considera que la obesidad es el factor de riesgo más poderoso para la diabetes mellitus tipo 2, y la prevalencia es 2.9 veces mayor para hombres con sobrepeso que en pacientes sin sobrepeso de 20 a 75 años de edad. La ganancia de peso está asociada con un incremento en la síntesis de insulina y mayor probabilidad de resistencia a la misma, que conduce a hiperinsulinemia y, por último, a diabetes tipo 2. Los pacientes obesos tienen incrementados sus niveles de ácidos grasos libres que pueden interferir con la sensibilidad a la insulina en el músculo. Rodríguez (2003) alude a que los instrumentos para medir el estilo de vida son escasos: el cuestionario FANTASTIC es un instrumento genérico diseñado en el departamento de medicina familiar de la Universidad McMaster de Canadá, con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a conocer y medir los estilos de vida de sus pacientes. Es un cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados que exploran nueve dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida.

- Familia-amigos
- Actividad física
- Nutrición
- Tabaco-toxinas
- Alcohol
- Sueño-cinturón de seguridad-estrés
- Tipo de personalidad
- Interior (ansiedad, preocupación, depresión)
- Carrera (laborales)

La versión en español del instrumento fue obtenida mediante traducción inglés-español y retraducción español-inglés por traductores expertos —independientes y cegados— hasta obtener versiones similares en inglés; fue aprobado por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión por los pacientes mexicanos.

En este contexto, el desorden alimenticio trae consigo el consumo excesivo de alimentos altos en calorías y, en consecuencia, la aparición temprana de sobrepeso y obesidad, que desencadenan enfermedades crónico-degenerativas, complejas y multifactoriales. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (Torres, 2004). La obesidad constituye un importante problema, al punto de ser definida como pandemia, pues afecta a personas de los cinco continentes. Según datos de la OMS, más de un billón de personas tiene sobrepeso y una tercera parte de ellos está en franca obesidad clínica. Los países en desarrollo se ven afectados en estas tendencias con mayor grado de aceleración en comparación con países desarrollados. El problema de la obesidad se ha calificado como el más importante dentro de las afecciones nutricionales con implicación directa en el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares etc. En una comparación establecida por Martorell entre nueve países de Latinoamérica, México ocupó el segundo lugar en prevalencia de obesidad (Villa, 2004). En México la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SMNE) concluye, luego de la revisión de los estudios epidemiológicos disponibles, que la obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública de nuestro país al condicionar la expresión de las dos patologías que causan el mayor número de muertes: la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. De esta enfermedad, se desprende la absoluta necesidad de crear programas nacionales de salud que fomenten la prevención y disminución de la prevalencia. Para que estos programas puedan implementarse, se requerirá la participación activa y comprometida de todos los actores involucrados en los procesos educativos, económicos, de planeación estratégica y de atención médica (Arellano, 2004).

Con base en las observaciones del comportamiento de esta patología en la población de estudio, la comorbilidad, su difícil control y alto costo, han marcado un interés para llevar a cabo el presente estudio y realizar actividades cuyo propósito es mejorar los hábitos alimenticios y aumentar la actividad física en la población, a través de la educación para la salud, como acciones que permitan mejorar los determinantes de la salud, formando e informando, capacitando a las personas, desarrollar actividades que favorezcan la participación e interacción del paciente y su familia, es decir, que el médico de familia practique una educación para la salud participativa y dinámica. De tal forma, debe enseñar a las personas a tomar sus propias decisiones respecto a su salud, con mayor conocimiento de causa.

Materiales

El estudio tuvo como objetivo determinar el estilo de vida y su influencia en el desorden alimenticio en derechohabientes que acudieron a la consulta de medicina familiar en la UMF no. 41 de Malpaso, Chiapas, a través de la aplicación de un cuestionario que permitió identificar el IMC y algunas enfermedades crónico-degenerativas y, posteriormente, contrastarlo con el instrumento FANTASTIC.

Metodología

Para el desarrollo de la investigación, se decidió realizar un estudio de caso, ya que, de acuerdo con los supuestos de Latorre (1996), cumple con las siguientes ventajas que señala en el uso del estudio de casos:

- Puede ser una manera de profundizar en un proceso de investigación a partir de unos primeros datos analizados.
- Es apropiado para investigaciones a pequeña escala, en un marco limitado de tiempo, espacio y recursos.
- Es un método abierto a retomar otras condiciones personales o instituciones diferentes.

- Lleva a la toma de decisiones, a implicarse, a desenmascarar prejuicios o preconcepciones, etc.

Procedimiento

El estudio consistió. en su primera fase. en entrevistar a una muestra de conveniencia de 148 derechohabientes que cumplieron con los criterios de selección. Con previo consentimiento, se les aplicó un cuestionario que mide variables sociodemográficas, familia, hábitos, dieta y datos clínicos al que se le realizó validez de contenido, apariencia y contenido por dos expertos. Se realizaron mediciones antropométricas (peso, talla, IMC, se pesó con previo ajuste en báscula con estadímetro, la talla se obtuvo con el paciente erguido en un ángulo de Frankort, sin zapatos y mínima ropa).

En una segunda fase, se aplicó el instrumento FANTASTIC de manera autoadministrada en un aula de la unidad, donde se realizó la investigación a los mismos 148 derechohabientes. Se buscaron diferencias en las calificaciones del instrumento estratificando a los pacientes por sexo y grupos de edad, así como diferencias en los valores de los parámetros somatométricos entre peor y mejor calificación; se tomó como punto de corte la mediana de las calificaciones y los cinco niveles de calificación propuesto por los creadores del instrumento. Los ítems presentan cinco opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 4 para cada una, y se califican por medio de una escala de tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos para todo el instrumento:

- < 39 puntos = existe peligro
- 40 a 59 puntos = malo
- 60 a 69 puntos = regular
- 70 a 84 puntos = bueno
- 85 a 100 puntos = excelente

Resultados y discusión

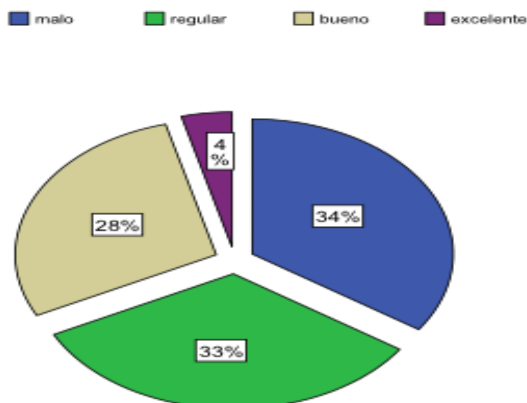
Se encuestaron a 148 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que acudieron a la Unidad Médico Familiar No. 41 de Malpaso, Chiapas, en la que se encontró que el 76.4% es del sexo masculino y el 23.6% del sexo femenino.

- El rango de edad de los encuestados es de 19-30 años, que corresponde a 8.1%, 31-40 años a 12.2%, 41-50 años a 15.5%, 51-60 años a 13.5% y mayores de 60 años a 50.7%.
- La escolaridad es de 47% en educación básica, 50% cuenta con bachillerato, 0.9% terminó su educación superior, 0.7% refiere no haber estudiado y el 1.4% no respondió.

De manera específica, la utilización del FANTASTIC fue el instrumento para determinar el estilo de vida de los pacientes que acudieron a la consulta de medicina familiar en la UMF No. 41 de Malpaso, Chiapas. Durante los meses de noviembre 2014 a julio de 2015, los resultados fueron los siguientes:

En cuanto a la búsqueda de diferencias en las calificaciones del instrumento estratificado, los resultados no son muy alentadores, ya que la mayoría se ubican en las calificaciones **malo y regular**, poco más de la cuarta parte clasificados como **bueno** y solo una mínima parte como **excelente**, de acuerdo con los parámetros establecidos por el FANTASTIC (ver Figura 1).

Figura 1. Resultados del FANTASTIC.

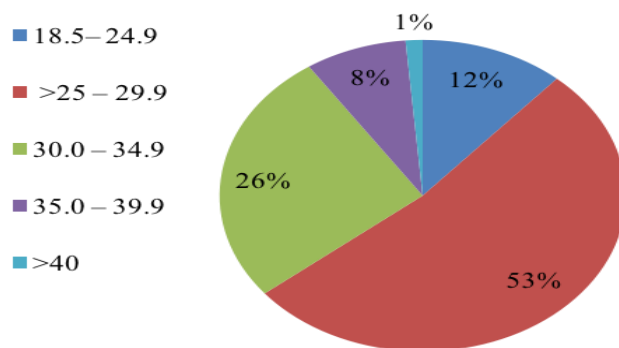


Fuente: Instrumento aplicado a pacientes en estudio en la UMF 41, Malpaso Chiapas.

El parámetro para conocer la relación peso-talla de los encuestados, se determinó a través del índice de masa corporal (IMC), lo cual muestra que 11.9% tiene *peso normal*, 53.1% tiene *sobrepeso*, 26.8% tiene *obesidad grado I*, 8.4% *obesidad grado II* y 1.4% *obesidad grado III* (ver Figura 2).

Al analizar esta misma información por sexo, se encontró que, 54 de cada 100 mujeres, tiene sobrepeso y 53 de cada 100, son hombres. Por otra parte, 43 de cada 100 mujeres presenta algún tipo de obesidad, mientras que, de los varones, 40 de cada 100 lo padecen.

Figura 2. Índice de masa corporal.



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes en estudio en la UMF 41, Malpaso, Chiapas.

En lo referente las enfermedades crónico-degenerativas que presentan los derechohabientes, se encontró que más de la mitad de los encuestados padece alguna enfermedad (56.1%), lo cual indica la magnitud del problema. Por otra parte, los pacientes refirieron que 25% de sus familiares también presenta alguno de estos padecimientos, lo que hace pensar que alguna de estas enfermedades pudiera obedecer a cuestiones hereditarias (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Padece alguna enfermedad del grupo de estudio.

Variable	Encuestado	Familiar
Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)	.7	.7
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	7.4	5.4
Hipertensión arterial sistémica (HAS)	22.3	7.4
Dislipidemias	19.6	7.4
Hiperuricemia	4.7	2.7
Cáncer	1.4	1.4
Ninguna	43.9	75.0
Total	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes en estudio en la UMF 41

En cuanto al **desorden alimenticio**, el consumo de alimentos chatarra y otros altos en contenido energético, como son los azúcares y las grasas, son de consumo frecuente en los encuestados, ya que así lo refirieron. Ejemplo de ello es el consumo de tacos fritos todos los días o tres veces a la semana (20.9%). Asimismo, se observa que 30.4% consumen tacos suaves de tres a cuatro veces por semana. Adicional a ello, la mayoría (66.9%) refirió tomar refrescos embotellados cuando menos tres veces a la semana; la ingesta de galletas es de 34.5%.

Referente al consumo de carnes, se identificó que la mayoría de los encuestados (68.2%) comen carnes rojas más de tres veces a la semana. Esto obedece al consumo frecuente de tacos y otros platillos elaborados a base de carnes. Llama la atención que el consumo de pescado sea esporádico, ya que el producto no es caro debido a que, en la cabecera municipal de Malpaso, existe disponibilidad de pescados por estar a un costado del río Grijalva.

El consumo de verduras es insuficiente, ya que únicamente 38.6% lo hace más de tres veces a la semana; el resto (61.14%) lo hace una vez a la semana. La ingesta de frutas aún es más escasa, ya que solo 23.6% come frutas más de tres veces a la semana. Por otra parte, el consumo de leche es alto (61.4%), ya que los encuestados refirieron hacerlo al menos tres veces a la semana.

En cuanto al consumo de tortillas de maíz, 84.5% de los encuestados las consumen todos los días. Adicionalmente, 18.3% refirieron tomar pozol de cacao (bebida hecha a base de maíz cocido, canela y cacao), lo cual incrementa el consumo de calorías.

Conclusiones

La Organización Mundial de la Salud considera que, al menos, un 80% de las muertes prematuras por cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular podrían evitarse con una dieta saludable, actividad física regular y evitando el uso de tabaco.

En consecuencia, los sujetos de estudio de la presente investigación están en riesgo permanente de fallecer de manera prematura al tener un estilo de vida malo, que se verá reflejado en el corto y mediano plazo en la mayoría de los casos, con la aparición de enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial sistémica (HAS), dislipidemias, hiperuricemia y cáncer, por citar algunas.

En general, los resultados muestran el **mal estilo de vida** que llevan los sujetos de estudio, tanto en al FANTASTIC, como en la encuesta aplicada para la identificación de sobrepeso y obesidad.

El desorden alimenticio está presente, ya que el consumo de alimentos ricos en calorías es alto en la dieta de los encuestados. Asimismo, se identificó que los hombres son los más afectados, debido a que la mayor parte del tiempo la pasan fuera del hogar, por lo que su ingesta de productos chatarra incrementa, así como el consumo de tabaco y alcohol.

Encontrar el método adecuado para determinar el estilo de vida y tipo de dieta que llevan los diversos grupos sociales en todo el mundo no es el problema. De hecho, hoy en día existen diversos métodos que permiten obtener buenos resultados. El problema en sí radica en cómo incidir para que estos grupos sociales tengan un estilo de vida saludable, sin que interfiera en su cultura y que, además, contribuya a disminuir los riesgos de padecer enfermedades crónico-degenerativas a temprana edad, ya que el contexto, hábitos y costumbres son muy complejos y específicos en cada grupo social inmerso en esta problemática.

Bibliografía

- Amador, M. (2000) "La obesidad en la adolescencia" OPS: 2000: Publicación científica no. 576.125.
- Arellano Montaña, S., y Cols. (2004) La Obesidad en México. Sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología. Octubre 2004 vol. 12,(4)supl.3,pp 80-87.
- Arias Llerenas RA., Bautista Montaña, E., Bocanegra Hernández, R. (2006) Hábitos alimenticios en personas con obesidad de 30 a 50 años de edad en Morelia Michoacán. Univ. Michoacán san Nicolás de Hidalgo, Mayo 2006.
- Barquera, S., Campos-Nonato I. Hernández-Barrera L., Pedroza-Tobías A., Rivera-Dommarco JA., (2013) Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. Salud Pública Mex 2013;55 supl 2:S151-S160.
- Bellido y cols. (2006) El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primaria Rev Esp Obes 2006; 4 (1): 33-44
- Cabrera de León A., Rodríguez Pérez Mc., Rodríguez Benjumeda L., (2007) Sedentarismo: tiempo de ocio activo frente al porcentaje del gasto energético. Rev. Esp. Cardiol. 2007; 60(3):244-50.
- Calvo González, A., Fernández Machin LM., Guerrero Guerrero, L., (2004) Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquemia. Rev. Cubana Méd. Gen intgr 2004;20(3): 1-13.
- Casanueva, E., Morales M. (2001) Nutrición del adolescente. En: Nutriología Médica. 2ª. Ed. México. Panamericana. 2001. 88-101

- Fernández Segura ME. Manejo práctico del niño obeso y con sobre peso en pediatría de atención primaria. Rev.foro pediátrico 2005;vol II,sup 1:61-69.
- FAO. 2013. El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación. FAO, Roma.
- Latorre, A., Del Rincón, D., & Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: GR92.
- Martínez Sopena, J. (2006) Paz redondo del río M. Valoración del estado nutricional del obeso: estimación de la masa grasa. Boletín de la sociedad pediátrica de Asturias,Cantabria.2006;46:275-291.
- Montero, JC. (2002) Epidemiología de la obesidad en siete países de América latina. Form contin nutr obes 2002; 5(6):325-30.
- Organización Mundial de la Salud, 2016: consultada en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Reaven, GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes. 1988;37:1595-607.
- Ramírez-Vélez, R., & Agredo Zúñiga, R. (2012) Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev. salud pública, 14(2) 2, p. 226-237, doi:<https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000200004>
- Rodríguez Guzmán L, Díaz Cisneros FJ, Rodríguez Guzmán E. (2006) Sobrepeso y obesidad en profesores, Anales Fac. Med. Lima. 2006;76(3): 224-227.
- Rodríguez Moctezuma R, López Carmona C, Munguía Miranda JL. (2003) Validez y consistencia del instrumento Fantastic. Rev. med. IMSS 2003; 41(3):211-220.
- Torres Tamayo M. (2004) ¿Cuáles son los factores de riesgo a que conlleva la obesidad?. Endocrinología y nutrición Oct-Dic 2004; 12 (4):s114-s116.
- Varo, J., Martínez-González, M. A. y Martínez, J. A. (2002). "Prevalencia de obesidad en Europa." Anales del Sistema Sanitario de Navarra 25(1): 102-108.
- Villa, A. R., Escobedo, M. H., & Méndez-Sánchez, N. (2004). Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gac Méd mex, 140(2), S21-26.
- Zacarías Castillo R, Mateos Santa cruz N. (2004) ¿Cuáles son las complicaciones médicas de la obesidad?. Rev. endocrinología y nutrición. Oct-dic 2004;12(4) supl 3:109-113.

Rol de Contribución	Autor(es)
Conceptualización	Octavio Grajales Castillejos
Metodología	Octavio Grajales Castillejos Julio Guillén Velázquez Sonia Ifigenia Villalobos López
Software	Octavio Grajales Castillejos
Validación	Octavio Grajales Castillejos Julio Guillén Velázquez Sonia Ifigenia Villalobos López
Análisis Formal	Octavio Grajales Castillejos
Investigación	Octavio Grajales Castillejos Julio Guillén Velázquez Sonia Ifigenia Villalobos López
Recursos	Octavio Grajales Castillejos Julio Guillén Velázquez Sonia Ifigenia Villalobos López
Curación de datos	Octavio Grajales Castillejos Julio Guillén Velázquez Sonia Ifigenia Villalobos López
Escritura - Preparación del borrador original	Octavio Grajales Castillejos
Escritura - Revisión y edición	Octavio Grajales Castillejos Julio Guillén Velázquez Sonia Ifigenia Villalobos López
Visualización	Octavio Grajales Castillejos
Supervisión	Octavio Grajales Castillejos
Administración de Proyectos	Octavio Grajales Castillejos
Adquisición de fondos	Octavio Grajales Castillejos