

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN Y SALUD

**Conductas alimentarias y prevalencia de sobrepeso y obesidad
en adultos de la comunidad UACMita**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN NUTRICIÓN Y SALUD

PRESENTAN

**Enid Sohad Beaz Cruz y
Dulce Yazmin Sánchez Martínez**

Directora de la Tesis

Dra. Ma. Guadalupe de Dios Bravo

Ciudad de México febrero, 2025.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.2. OBJETIVO GENERAL	8
1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
1.5. HIPÓTESIS.....	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
2.1. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
3. MARCO TEÓRICO.....	12
3.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS Y ESTILOS DE VIDA	12
3.2. CONSUMO DE TABACO.....	15
3.3. CONSUMO DE ALCOHOL	17
3.4. DESEQUILIBRIO DEL SUEÑO	19
3.5. ESTRÉS.....	20
3.6. REDES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON EL SOBREPESO	22
3.7. SEDENTARISMO	24
3.8. DESEQUILIBRIO DIETÉTICO EN ADULTOS.....	27
3.9. DEFINICIÓN DE SOBREPESO	29
3.10. DEFINICIÓN DE OBESIDAD	29
3.11. CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD – OMS.....	30
3.12. OBESIDAD E INFLAMACIÓN	31
3.13. CAUSAS DE LA OBESIDAD	32
3.13.1. FACTORES GENÉTICOS.....	33
3.13.2. FACTORES PSICOLÓGICOS	34
3.14. COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD	35
3.14.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	36
3.14.2. DISLIPIDEMIA.....	37
3.14.3. DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	38
3.14.4. SÍNDROME METABÓLICO.....	39
3.14.5. HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (HGNA).....	40
3.15. PANORAMA GENERAL EN MÉXICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD – ADULTOS.....	42

3.16.	SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA ADULTEZ	43
4.	METODOLOGÍA.....	46
4.1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
4.2.	TIPO DE ESTUDIO	46
4.3.	POBLACIÓN	47
4.4.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	47
4.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	47
4.6.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	48
4.7.	MATERIAL Y MÉTODOS	48
4.7.1.	PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD UACM SLT	55
4.7.2.	PLAN PARA SISTEMATIZAR LOS RESULTADOS.....	60
4.8.	RESULTADOS Y ANÁLISIS	60
4.8.1.	LIMITACIONES DE LOS MÉTODOS	60
4.8.1.1.	SESGO DE AUTOINFORME EN EL CUESTIONARIO	60
4.8.1.2.	LIMITACIONES EN LA MUESTRA	61
4.8.1.3.	SESGO ANTROPOMÉTRICO	61
4.8.2.	SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	62
4.8.2.1.	EDAD.....	62
4.8.2.2.	PERTENECIENTES A LA UACM	62
4.8.2.3.	ENCUESTA INCONCLUSA	63
4.8.2.4.	PARTICIPANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD.....	63
4.8.2.5.	PARTICIPANTES CON PESO NORMAL Y DESNUTRICIÓN	63
	SOBREPESO Y OBESIDAD	64
4.8.3.	DATOS PERSONALES.....	65
4.8.4.	DIETÉTICOS.....	69
4.8.4.1.	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.....	72
4.8.5.	ACTIVIDAD FÍSICA.....	80
4.8.6.	CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL	83
4.8.7.	HÁBITOS DE SUEÑO	84
4.8.8.	ANTROPOMETRÍA.....	92
	PESO NORMAL Y DESNUTRICIÓN.....	102
4.8.9.	DATOS PERSONALES.....	103
4.8.10.	DIETÉTICOS.....	107
4.8.10.1.	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.....	110
4.8.11.	ACTIVIDAD FÍSICA.....	118
4.8.12.	CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL	121
4.8.13.	HÁBITOS DE SUEÑO	122
4.8.14.	ANTROPOMETRÍA.....	130
5.	RECOMENDACIONES.....	140
6.	DISCUSIÓN.....	148
7.	CONCLUSIÓN.....	157

8. REFERENCIAS..... 160
9. ANEXOS..... 165

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como propósito conocer los hábitos nutricionales y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la vida adulta. Este tema es relevante, dado que la prevalencia del sobrepeso y obesidad se ha triplicado a nivel mundial en las últimas décadas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2016, más de 1900 millones de personas adultas de 18 a más años, presentaban sobrepeso y el 13% obesidad (GOB.MX, 2021).

La etapa adulta es el periodo en el que el organismo alcanza su pleno desarrollo. Comprende tres fases: adultez temprana, media y tardía, cada una caracterizada por una estabilidad relativa y un vigor físico característico. Es importante destacar que, en cualquier etapa de la vida, se establecen conductas clave que contribuyen a la formación de hábitos para la salud. Los adultos universitarios tienden a retrasar sus horarios de alimentación, alimentos ultraprocesados y densos en calorías. Además, el sedentarismo, la inactividad física, el estrés, el desequilibrio del sueño, el uso excesivo de redes sociales, y el consumo de tabaco, alcohol y drogas, pueden desencadenar Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), como la obesidad.

Este estudio presenta los resultados obtenidos de las encuestas realizadas durante la Jornada de Salud “Día de ponerse al día con tu salud”, llevada a cabo en septiembre del 2022 en el plantel San Lorenzo Tezonco de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Los resultados revelan la relación entre los hábitos nutricionales y el sobrepeso y/u obesidad. Con base en estos resultados, diseñamos recomendaciones que promuevan o contribuyan a mejorar las conductas

alimentarias y el estilo de vida de la comunidad UACMita, con el fin de prevenir futuros problemas de salud, como sobrepeso, obesidad, entre otras Enfermedades Crónico Degenerativas (ECD).

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sobrepeso es un problema de salud pública creciente a nivel mundial. No obstante, su avance puede frenarse e incluso revertirse antes de que derive en obesidad. El objetivo de esta investigación fue conocer los hábitos nutricionales que contribuyen a estos padecimientos en la vida adulta de la comunidad universitaria de San Lorenzo Tezonco.

Se considera sobrepeso, cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) es igual o superior a 25, y obesidad cuando es igual o superior a 30. Estas condiciones son causadas por un desequilibrio energético entre las calorías que consumen y gastan los adultos en su vida diaria. El aumento de la ingesta alimentaria y el sedentarismo son comunes en la etapa adulta debido a diversas circunstancias, como el retraso en los horarios de alimentación, alimentos ultraprocesados y densos en calorías o la influencia de los círculos sociales. Las personas estudiantes en su mayoría, con tiempos poco favorables para su alimentación, sufren como consecuencia sobrepeso y obesidad en la etapa adulta.

Como se mencionó anteriormente, la etapa adulta es aquella en la que el organismo alcanza su pleno desarrollo, y se divide en adultez temprana, media y tardía. Los adultos mantienen hábitos alimenticios adquiridos desde su niñez; sin embargo, su vida alimentaria se ve influenciada por factores de jornadas laborales, estrés escolar, comidas rápidas, tamaño de las raciones de los alimentos, el sedentarismo y el desequilibrio de sueño. En la vida adulta, es más eficaz orientar los cambios dietéticos de cada paciente, ya que, como lo señala Garaulet, 2008: “en cada etapa de la vida del adulto el desarrollo o la presencia de obesidad, va a tener

connotaciones especiales, por lo que el enfoque terapéutico y las recomendaciones dietéticas pueden ser ligeramente diferentes”.

La importancia de la evaluación del estado nutricional en adultos, radica en la identificación de factores clave que contribuyen al sobrepeso y obesidad, como las conductas alimentarias de riesgo, que llevan a la población adulta a padecer problemas crónicos de salud.

El significado que se le ha asignado a la comida ha cambiado de manera radical con el tiempo, adaptándose continuamente a nuevos modelos sociales y culturales. Además, el progreso tecnológico e industrial ha influido de tal manera que los modernos estilos de vida han alterado significativamente nuestros ritmos y hábitos dietéticos, provocando un giro drástico en un corto periodo. Este cambio afecta a la población en general, especialmente a los adultos en sus diferentes etapas. Sin duda, es fundamental revisar las investigaciones científicas sobre la prevalencia del sobrepeso y obesidad, que han cobrado relevancia en los últimos años debido a las actuales conductas alimentarias en adultos. Estos problemas impactan en diferentes etapas de la vida, como consecuencia del consumo de alimentos industrializados y el sedentarismo, lo que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

1.2. OBJETIVO GENERAL

Conocer las conductas alimentarias y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la comunidad UACMita, plantel San Lorenzo Tezonco.

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las conductas alimentarias de los adultos del plantel San Lorenzo Tezonco.
- Identificar los factores de riesgo que ocasionan sobrepeso y obesidad en los adultos de la comunidad UACMita.
- Diseñar recomendaciones nutricionales para mejorar las conductas alimentarias en la comunidad UACMita con sobrepeso y obesidad, y/o prevenirlas.

1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las conductas alimentarias o nutricionales de los adultos de la comunidad UACMita que ocasionan sobrepeso y obesidad?

1.5. HIPÓTESIS

Las conductas alimentarias en los adultos de la comunidad UACMita, provocan sobrepeso y obesidad.

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con los estudios realizados por la ENSANUT en 2012 y 2018 en la población adulta de 20 años y más, el porcentaje de mujeres con sobrepeso fue de 35.5% en 2012 y de 36.6% en 2018. En los hombres, el porcentaje fue de 42.6% en 2012 y de 42.5% en 2018. En cuanto a la obesidad, el porcentaje de mujeres con obesidad fue de 35.5% en 2012 y de 42.2% en 2018. En los hombres, la obesidad afectó al 26.8% en 2012 y al 30.5% en 2018. Con base en estas estadísticas, se observa que las mujeres presentan índices más altos de sobrepeso y obesidad que los hombres, y que en el transcurso de seis años ha aumentado la proporción de la población afectada.

Esta investigación se enfocó en estudiar las conductas alimentarias actuales de los adultos de la comunidad UACMita, debido a que estas pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad. Además, se consideraron los aspectos sociales, culturales y económicos en los que se desarrollan los miembros de la comunidad. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda de conceptos teóricos y se aplicaron conocimientos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos, con el fin de dar a conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos de dicha comunidad. Igualmente se diseñaron recomendaciones nutricionales para mejorar las conductas alimentarias y/o prevenir su aparición.

2.1. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

- La Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel San Lorenzo Tezonco, otorga autorización a la Dra. Ma. Guadalupe De Dios Bravo y colegas, para llevar a cabo la jornada de salud “Día de ponerse al día con tu salud”, cada año.
- Las jornadas de salud son financiadas por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Cada jornada tiene la finalidad de incluir a toda la comunidad UACMita, familiares y externos.
- Se cuenta con diferentes grupos etarios, los cuales, otorgan su autorización y disposición, para realizar estudios futuros por los estudiantes de la universidad.
- El laboratorio de bioquímica, cuenta con el equipo certificado para la realización de la toma sanguínea y antropométrica.
- En las jornadas “Día de ponerse al día con tu salud”, siempre se toman en cuenta las medidas preventivas y sanitarias, garantizando un buen servicio por parte de la Dra. De Dios Bravo, colegas y estudiantes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS Y ESTILOS DE VIDA

Los hábitos alimenticios son parte fundamental para tener un equilibrio nutricional. Un desequilibrio en estos hábitos es, en gran parte, la principal causa del sobrepeso y obesidad, tanto en edades tempranas como en la vida adulta. Sin embargo, existe una gran diferencia entre los hábitos y los estilos de vida de cada individuo. Cuando hablamos de hábitos alimenticios, nos referimos a las costumbres de cada persona o a sus preferencias alimentarias. Por otro lado, el estilo de vida hace referencia al entorno en el que una persona se desenvuelve, como la ciudad en la que vive, los círculos sociales en que se desarrolla, el tipo de población, etcétera. Según Sabrina, et al. (2007), como cito en Gómez, et al. (2016):

“El estilo de vida se puede considerar como los hábitos, actitudes, conductas, actividades y decisiones de una persona, frente a diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados”.

En cada estilo de vida, se pueden generar hábitos que favorezcan una deficiente nutrición y un desequilibrio dietético, lo que puede conducir a un estado de sobrepeso y obesidad, considerándose estos factores como algunos de los principales riesgos para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Por otro lado, los factores económicos en los que se encuentran las personas también pueden estar relacionados con la aparición de Enfermedades

Crónicas No Transmisibles (ECNT) (García Laguna, García Salamanca, Tapiero Paipa, 2012).

Los factores de riesgo que conducen al sobrepeso y obesidad incluyen los cambios en la alimentación y la falta de actividad física, considerándose un problema social y de salud pública. Aunque estos hábitos y creencias se adquieren desde la infancia, con el paso del tiempo surgen otros nuevos, los cuales dependerán de cada individuo, haciéndolo más o menos vulnerable a dichos factores de riesgo.

Los hábitos alimenticios en adultos dependerán de las decisiones tomadas en relación con el consumo de alcohol y tabaco, ya que, en esta etapa de la vida, se busca la aceptación en los círculos sociales, lo que puede implicar un consumo elevado de ciertas sustancias que se integrarán a su estilo de vida. El alcohol, por ser adictivo, es más común en adultos con educación superior, y puede provocar enfermedades como la cirrosis hepática. En el caso de los fumadores, se asocia su hábito con problemas respiratorios y cardiovasculares (Gómez Cruz, Landeros Ramírez, Romero Velarde, Troyo Sanromán, 2016).

Según Arrivillaga, 2003:

Entre otros casos, se incluye la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.

En la actualidad, los medios de comunicación juegan un papel importante en las decisiones relacionadas con la alimentación, las cuales pueden ser tanto

perjudiciales como beneficiosas. Una alimentación equilibrada y adecuada es esencial para garantizar el bienestar nutricional y la salud en general. Si estos hábitos se modifican sin un beneficio real, se corre el riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Por lo general, este fenómeno se observa con mayor frecuencia en grupos de personas que son estudiantes o estudiantes-trabajadores de nivel superior, lo que los coloca en un nivel socioeconómico poco favorable. Esto se debe a que la falta de dinero, sumada a los tiempos limitados en el entorno académico y/o laboral, los lleva a tomar decisiones que favorecen el consumo de alimentos de bajo costo y mala calidad, ajustándose a los horarios establecidos. Según García (2012), '...la influencia de la cultura y el rol social que desempeñan los adultos jóvenes, sumado a la reducción de tiempo, les hace dar menos importancia a la alimentación.' (García Laguna, García Salamanca, Tapiero Paipa, 2012).

Los hábitos alimenticios se analizan desde las perspectivas social, económica y cultural. Por ello, se han implementado proyectos que buscan promover una alimentación saludable y reducir los malos hábitos. Uno de estos proyectos es el de las 'Universidades Saludables de México', en el que los estudiantes participan en campañas de promoción del consumo de verduras y frutas, destacando los beneficios que estos alimentos aportan a sus estilos de vida. Zazueta (2019) menciona que el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud (2010), establece diez objetivos con el fin de disminuir este problema, los cuales son:

1. Promover la activación física.
2. Aumentar el consumo de agua potable.

3. Disminuir el consumo de azúcar y grasa.
4. Aumentar el consumo de verduras y frutas.
5. Decidir por una dieta saludable.
6. Lactancia materna exclusiva 6 meses.
7. Reducir el azúcar en alimentos elaborados.
8. Disminuir el consumo de grasas saturadas y trans.
9. Disminuir la porción de alimentos empacados.
10. Limitar la cantidad de sodio en las comidas.

Los objetivos propuestos tienen como fin disminuir o evitar el sobrepeso y obesidad en la población adulta, mejorando así la calidad de vida en la adultez avanzada. Con el paso del tiempo, y como resultado de los malos hábitos, se desencadenan Enfermedades Crónicas Degenerativas (ECD), como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, síndrome metabólico, entre otras. Además, el desequilibrio del sueño es otro factor relacionado con la salud.

3.2. CONSUMO DE TABACO

Actualmente, el tabaco sigue siendo una de las principales causas de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a nivel mundial.

Se sabe que la relación entre el consumo de tabaco y el peso corporal está asociada con un bajo Índice de Masa Corporal (IMC). Sin embargo, por otro lado, las tasas de sobrepeso y obesidad están en aumento entre los mayores consumidores de

tabaco. A pesar de esto, entre el 35 % y el 65 % de los fumadores buscan un tratamiento para dejar de fumar.

Científicamente se ha demostrado que el 80 % de los consumidores de tabaco aumentan entre 3.6 kg y 7.3 kg de peso aproximadamente, aunque en algunos casos el aumento puede ser de hasta 10 kg (13 %) después de dejar de fumar. Sin embargo, la prevalencia de ganancia de peso al suspender el consumo de tabaco es mayor en mujeres que en hombres (Escaffi F., Cuevas M., Vergara, Alonso K., 2017).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que cada año mueren 8 millones de personas en el mundo debido a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco: 7 millones son fumadores activos y 1,3 millón son no fumadores expuestos al humo. Además, la esperanza de vida de los fumadores es 10 años menor que la de los no fumadores (OPS, Control del tabaco, 2023).

En la actualidad, el consumo de tabaco ha aumentado desde edades tempranas. Los adultos universitarios recurren más al tabaco que los trabajadores, especialmente por ansiedad y estrés escolar. A pesar de que es indiscutible que dejar de fumar conlleva un beneficio mayor para la salud, al prevenir patologías e incluso la muerte, también se observa una ganancia de peso cuando las personas dejan de fumar. Esto se convierte en un problema, ya que algunas personas, al notar el aumento de peso, retoman el consumo de tabaco, creyendo que de esta manera podrán perder el peso ganado.

Este incremento de peso puede deberse a que, al abstenerse del tabaco, se recuperan el sentido del gusto y del olfato, lo que genera el deseo de comer e incrementa la cantidad de alimentos consumidos durante el día. Además, para aliviar la sensación dejada por el cigarro en la boca, se suelen reemplazar los cigarrillos por alimentos, especialmente dulces y de alto aporte calórico.

Cuando se desea dejar de fumar, es recomendable hacerlo en conjunto con una mejora en los hábitos alimenticios y la actividad física, para lograr suspender el consumo de tabaco y reducir gradualmente el peso corporal ganado.

3.3. CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es popular debido a sus múltiples efectos y usos, los cuales pueden ser tanto positivos como negativos. Todo depende de la cantidad consumida y del tiempo durante el cual se ingiere. En la mayoría de los casos, su consumo genera efectos en lapsos de corto, mediano y largo plazo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, Alcohol, 2022), el uso nocivo del alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, entre los cuales se encuentran el sobrepeso y obesidad. En este contexto, cabe destacar que el alcohol es el segundo alimento con mayor aporte energético (7.1 kcal/g) después de la grasa. Esto se debe a que el alcohol aumenta el apetito y disminuye la saciedad, lo que genera un incremento en la ingesta calórica. Además, cuando se combina con la comida, el alcohol reduce la oxidación de los lípidos, lo que estimula la acumulación anormal de grasa en el organismo. Es evidente que el

alcohol provoca un aumento de la temperatura corporal, lo que genera que la energía final sea incompleta e ineficiente en el cuerpo (Higuera Sainz, Pimentel Jaimes, Mendoza Catalán, Rieke Campoy, 2017).

El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para el sobrepeso y la obesidad, debido a su alto aporte calórico. Esto ocurre incluso cuando se consume solo alcohol. Además, debemos tener en cuenta que en la mayoría de los eventos y reuniones sociales con amigos o familiares se suele recurrir al consumo de bebidas alcohólicas, que generalmente se mezclan con bebidas azucaradas y energéticas. A esto se suma el consumo de alimentos de alto valor energético, como snacks, papas fritas, carnes rojas y embutidos. En los adultos universitarios, el consumo excesivo de alcohol también suele estar asociado con estrés y falta de sueño, ya que muchos estudiantes duermen menos de 6 horas diarias. Esto genera un aumento del estrés, lo que, a su vez, favorece el aumento de peso y del Índice de Masa Corporal (IMC).

Sumado a lo anterior, el consumo frecuente de alcohol aumenta la sensibilidad a la insulina, lo que contribuye al aumento de peso corporal y eleva el riesgo de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2 y otras enfermedades cardiovasculares.

Una de las consecuencias del alcohol en el metabolismo es la alteración en la oxidación de los lípidos, lo que provoca que, a largo plazo, la grasa almacenada no se aproveche ni sea utilizada por el organismo, desarrollando sobrepeso y obesidad, que hoy en día se consideran un problema de salud pública debido a su alta tasa de prevalencia, mortalidad y su impacto en la calidad de vida.

La OMS, Alcohol, 2022 menciona que:

“Cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones.”

3.4. DESEQUILIBRIO DEL SUEÑO

La importancia del equilibrio y la calidad del sueño radica en que no solo es suficiente conciliar el sueño, sino también mantenerlo durante un período adecuado de horas, ya que nuestro organismo cuenta con un sistema circadiano.

El ritmo circadiano consiste en cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un ciclo de 24 horas (NIH, Ritmos circadianos, 2020). Estos ritmos influyen en los ciclos de sueño-vigilia, la secreción hormonal, las conductas alimentarias, la digestión, la temperatura corporal y otras funciones del cuerpo (NIH, Hoja informativa Sobre los Ritmos Circadianos, 2017). Cuando los ritmos circadianos son irregulares, se asocian con diversas enfermedades crónicas, como trastornos del sueño, obesidad, diabetes, depresión, trastorno bipolar y trastorno afectivo estacional.

Dicho lo anterior, el trastorno del sueño influye en una reducción significativa de las horas de descanso, lo que provoca un aumento del apetito, debido a una alteración de la actividad neuronal que incita al individuo a consumir en exceso alimentos de alto valor energético.

En consecuencia, es evidente que permanecer despierto, ya sea por trabajo nocturno, estudio, entretenimiento u otras actividades, influye en la reducción de la calidad y cantidad del sueño. A esto se suman las conductas alimentarias actuales, como el consumo de alimentos ultraprocesados, a mayor ingesta calórica nocturna, menor será el gasto energético del organismo, lo que puede ocasionar múltiples patologías, como la obesidad.

Si bien todas las personas son propensas a padecer sobrepeso y obesidad, los estudiantes universitarios son un grupo etario con mayor probabilidad de desarrollarlos debido a los malos hábitos de vida y conductas alimentarias. Entre los factores involucrados se encuentran los horarios de consumo de alimentos, los tiempos de comida, los desvelos frecuentes, las largas horas de estudio y, también, el nivel socioeconómico, que afecta tanto el estado nutricional como el bienestar mental.

Llevar un estilo de vida con un desequilibrio en el sueño genera fatiga diaria y aumenta la somnolencia, lo que lleva a recurrir al consumo de alimentos nocturnos. Esto contribuye a un menor gasto calórico en el organismo, lo que favorece el aumento de la grasa corporal y, finalmente, el aumento de peso.

3.5. ESTRÉS

De acuerdo con la OMS (2023), la definición de estrés es:

Un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. Todas las personas tenemos un cierto grado de estrés, ya que se trata

de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos. Es la forma en que reaccionamos al estrés lo que marca el modo en que afecta a nuestro bienestar.

Las pruebas científicas actuales han demostrado que el estrés crónico es un factor causante de sobrepeso y obesidad, debido al consumo excesivo de calorías que incrementa los niveles de cortisol, glucosa e insulina, lo que afecta de manera perjudicial al metabolismo.

Es evidente que el estrés se relaciona con los hábitos alimentarios, generando un estrés psicológico que incrementa la probabilidad de desarrollar algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Los adultos que experimentan estrés académico frecuente suelen adoptar hábitos alimenticios impulsados por las emociones, lo que puede llevar a un consumo compulsivo y obsesivo de alimentos, utilizando la comida como recompensa o mecanismo de desestrés. Este consumo descontrolado se caracteriza por ingerir alimentos de manera más rápida de lo habitual, incluso cuando la sensación de saciedad ya está presente, debido a que la persona ya no reconoce las señales de saciedad.

El consumo excesivo de alimentos con alto contenido calórico, grasas saturadas, azúcares y sales, sumado a los horarios incorrectos de ingesta, es perjudicial para la salud, contribuyendo al sobrepeso y obesidad, y aumentando la probabilidad de padecer múltiples patologías. Además, las personas que viven bajo estrés suelen comer menos durante las comidas principales.

Es importante tener en cuenta que no solo existe la población que consume alimentos en exceso, sino también un gran número de personas que, al estar en situaciones de depresión, ansiedad y estrés, tienden a dejar de comer. En casos extremos, pueden dejar de consumir alimentos durante varios días debido a una sensación de repulsión y vómito, lo que lleva a una pérdida de peso significativa, y en algunos casos, de manera rápida, lo que también perjudica la salud.

En ambos casos, la salud se ve gravemente afectada, aumentando la probabilidad de desarrollar uno o varios Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en algún momento de su vida.

3.6. REDES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON EL SOBREPESO

En la actualidad, el uso de las redes sociales se ha convertido en un hábito debido a diversos factores, como los sociales, los negocios y, con mayor frecuencia, a causa del confinamiento. En 2019, la pandemia de COVID-19 incrementó aún más la utilización de las redes sociales, ya que se utilizaron para la comunicación entre alumnos y docentes, las clases virtuales, entre otras actividades.

No podemos pasar por alto los factores sociales, por lo que, para comprender el impacto de las redes sociales en las decisiones y conductas, es necesario considerar diferentes criterios. Como cita Morales (2015), Hruschka (2011) propone tres mecanismos posibles, los cuales son:

1. Los individuos tienden a agruparse con amigos y miembros de sus redes sociales para compartir la aceptación de lo que se considera “ser delgado” o “gordo”, lo que va influyendo en sus relaciones en torno a su dieta y actividad física.
2. Sienten la presión de ajustar sus normas de “lo adecuado y saludable”, a la percepción de sus familiares o amigos, y por ello tienden a subir o bajar de peso.
3. Los individuos tienden a moldear su tamaño corporal, sus ideales de salud y figura corporal similar a la de sus relaciones más cercanas, y consciente o inconscientemente, modifican sus hábitos de dieta y actividad física para llegar a ese modelo o ideal.

Es similar a lo que ocurre con el consumo de alcohol o tabaco. Los adultos, en este caso, aquellos de nivel superior, suelen tratar de encajar en un grupo social, lo que los lleva a tomar decisiones sobre sus hábitos alimentarios, en su mayoría desfavorables para su salud.

En el estudio de Morales (2015), se encontró una relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y el uso de las redes sociales. Se observó que las personas con un IMC superior de aquellos que siguen en sus redes sociales, tenían un porcentaje más alto, mientras que las personas con un IMC similar al de las personas que siguen en sus redes sociales presentaron un porcentaje menor. Por lo tanto, se dedujo que las redes sociales sí influyen en la percepción y aspecto corporal.

Los adultos se ven afectados por las conductas relacionadas con la salud física, social y alimentaria debido al impacto de las redes sociales. Lo que ven en estas

plataformas puede influir psicológica y emocionalmente, afectando su perspectiva ideológica, actitudes y comportamientos. Además, y no menos importante, impacta sus conductas alimentarias, modificando su estilo de vida, salud y bienestar nutricional.

3.7. SEDENTARISMO

"De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 60% de la población mundial no realiza suficiente actividad física, lo que se denomina sedentarismo (Dávila Torres, González Izquierdo, Barrera Cruz, 2015).

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud señaló que esta situación es preocupante, ya que el sedentarismo se considera uno de los principales factores de riesgo de mortalidad, debido a su asociación con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, como diabetes, hipertensión, osteoporosis y cáncer (Dávila Torres, González Izquierdo, Barrera Cruz, 2015).

El sedentarismo ocurre por diversos factores, como la falta de áreas verdes, el poco tiempo libre, el tráfico vehicular y la contaminación, así como los cambios tecnológicos, como el uso de videojuegos y el mayor tiempo frente al televisor o la computadora.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado indicó que el sedentarismo afecta al 58.3% de los mexicanos mayores de 18 años, señalando que la inactividad física es un importante factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso, obesidad y Enfermedades Crónico Degenerativas (ECD).

También destacó que asumir la práctica regular de actividad física como un estilo de vida saludable, y aumentar la movilidad cotidiana, son las mejores y más efectivas inversiones en salud (ISSSTE, 2019).

Cabe destacar que la morbilidad y mortalidad son consecuencia de las malas conductas alimentarias, y si a esto se le suma la inactividad física, se desencadenarán Enfermedades Crónico Degenerativas (ECD), las cuales tienen un índice altamente elevado en el país, afectando a la población de manera creciente.

Algunas de las conductas actuales, como las actividades laborales y escolares, generan un mayor tiempo de inactividad física, consumiendo el tiempo de las personas día tras día. Estas actividades suelen implicar pasar mucho tiempo frente a una computadora, televisión, tablet o celular, lo que se traduce en una actividad física nula. Por ello, es fundamental comprometerse y dedicar tiempo a la práctica regular de actividad física, manteniendo el cuerpo activo con al menos 30 minutos diarios, para evitar el desarrollo de dichas enfermedades y el sedentarismo.

También es importante mencionar que las malas conductas alimentarias y la inactividad física desde una edad temprana predominan de manera significativa en la edad adulta, lo que coloca al país en un rango alto de sobrepeso y obesidad.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una actividad física de intensidad moderada, con un mínimo de 150 minutos de práctica por semana” (OMS, Obesidad y sobrepeso, 2021).

De acuerdo con Naranjo Orellana y colaboradores (2020), se refiere que:

La actividad física de intensidad moderada de 150 a 250 min/ semana, con una energía equivalente a 1.200 a 2.000 kcal/semana, parece suficiente para prevenir y evitar un aumento de peso superior al 3% en la mayoría de los adultos y puede inducir una pérdida de peso moderada de 2 a 3 kg, llegando a pérdidas entre 5 y 7.5 kg en caso de una dedicación de 225-420 min/semana (p. 327).

Relacionando el sedentarismo con el sobrepeso y obesidad en la edad adulta, podemos concluir que son factores de riesgo que inducen claramente la aparición de comorbilidades importantes, como el síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, diabetes, patologías osteoarticulares, algunos tipos de cáncer, depresión y alteraciones de la función cognitiva.

No podemos olvidar tampoco la relación entre sobrepeso y obesidad con los trastornos de la imagen corporal, la dificultad en las relaciones humanas y la socialización, así como problemas cotidianos básicos vinculados con la deambulación, el sueño, los viajes, el tamaño de los asientos, la cama, etc. Estos trastornos implican, además de una menor calidad de vida, un elevado costo personal, social y sanitario.

En el artículo *Obesidad y ciclos de vida del adulto* se menciona que: “Además, la introducción de nuevas maquinarias ha disminuido considerablemente el porcentaje de trabajos manuales que requieren una actividad física intensa. También, el trabajo doméstico se ha visto beneficiado por el desarrollo de nuevas tecnologías, que han conducido a la reducción de la energía calórica requerida para estas tareas cotidianas” (Garaulet, Puy, Pérez Llamas, 2018).

Sin duda, podemos darnos cuenta de que gran parte de los factores de desarrollo sustentable y laboral están involucrados en las inadecuadas conductas alimentarias actuales de los adultos.

3.8. DESEQUILIBRIO DIETÉTICO EN ADULTOS

El diagnóstico “Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades” es definido por la NANDA Internacional (North American Nursing Diagnosis Association) como un aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas. Este desajuste entre la ingesta y el consumo energético es cada vez más frecuente, lo que ha provocado un aumento en la población con sobrecarga ponderal en los últimos años (Pérez González, 2012).

En este diagnóstico, se produce un exceso en la ingesta en relación con el gasto calórico, lo que puede provocar sobrepeso u obesidad. El organismo cuenta con ciertos mecanismos para regular el peso corporal, que actúan a nivel del Sistema Nervioso Simpático, tanto a corto como a largo plazo, evitando variaciones continuas y marcadas. Sin embargo, cuando la ingesta supera las necesidades, estos mecanismos se ven sobrepasados y, en muchos casos, se desencadena sobrepeso y obesidad, ya que, al ingresar cantidades de energía superiores a las consumidas, aumentará el peso corporal y la energía sobrante se almacenará, en su mayoría, en forma de grasa (Pérez González, 2012).

El desequilibrio dietético es un factor alarmante en adultos, ya que es en esta etapa donde se hace evidente la deficiencia en la variedad de alimentos no consumidos,

junto con el aumento de la ingesta de alimentos inadecuados para un óptimo aporte de nutrientes al cuerpo. Es importante no superar la ingesta necesaria para cada persona, ya que se corre el riesgo de desarrollar diversas Enfermedades Crónicas Degenerativas (ECD) que pueden acortar la expectativa de vida.

Existe una cantidad suficiente de alimentos, a veces excesiva, pero no proporcionada de manera equilibrada (desequilibrio nutricional), ya que no están combinados adecuadamente. No sentimos hambre porque podemos comer grandes cantidades de pasta, carne o dulces, pero no consumimos, por ejemplo, verduras o frutas, cuyo principal aporte son las vitaminas y minerales, que regulan el funcionamiento orgánico y el aprovechamiento adecuado de los demás nutrientes (Pérez González, 2012).

Culturalmente, en México se encuentran alimentos procesados e industrializados fáciles de adquirir y preparar, cuyo consumo ha crecido significativamente. Estos alimentos, conocidos como comida rápida o “comida chatarra”, están acompañados de campañas publicitarias que incitan su consumo, dirigidas a toda la población. Estos productos contienen una distribución calórica inadecuada y un bajo aporte de nutrientes, principalmente azúcares refinados, sodio, colorantes, grasas saturadas y trans. El consumo de estos productos procesados y ultraprocesados afecta el metabolismo humano y desencadena Enfermedades Crónicas Degenerativas (ECD) en cualquier grupo etario, lo cual es alarmante tanto a nivel nacional como internacional.

3.9. DEFINICIÓN DE SOBREPESO

El sobrepeso es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo humano. Se considera un estado de preobesidad que aumenta el peso corporal, provocando un desequilibrio entre la cantidad de calorías consumidas en la dieta y la cantidad de energía gastada durante las actividades físicas.

Aunque el sobrepeso no está catalogado como una enfermedad, sí se considera una condición que favorece el desarrollo de enfermedades como diabetes, hipertensión, dislipidemias, infartos, embolias y algunos tipos de cáncer.

3.10. DEFINICIÓN DE OBESIDAD

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad se define como la acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo en relación con el peso, lo que puede ser perjudicial para la salud (OMS, Obesidad y sobrepeso, 2021). Esta acumulación excesiva de tejido adiposo generalmente se acompaña de una inflamación sistémica crónica leve. Recientemente, la obesidad ha sido reconocida como una enfermedad crónica y recurrente de etiología multifactorial, caracterizada por un desequilibrio energético, resultado de un estilo de vida sedentario, un consumo excesivo de calorías, o ambos (Kaufer Horwitz & Pérez Hernández, 2022).

Por lo tanto, la obesidad es el resultado de múltiples interacciones entre los genes y el ambiente, donde influyen las conductas alimentarias y el estilo de vida sedentario, factores que aumentan el riesgo de desarrollar obesidad, modifican los

patrones de salud y enfermedad en la población, e incrementan la morbilidad y la mortalidad.

3.11. CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD – OMS

La desnutrición, el sobrepeso y la obesidad se determinan mediante el indicador del Índice de Masa Corporal (IMC), que establece una relación entre el peso y la talla de las personas. Este índice se calcula dividiendo el peso entre la talla en metros cuadrados. Para determinar en qué rango se encuentra la persona evaluada, se utilizan las tablas de IMC de la OMS, que indican lo siguiente:

CLASIFICACIÓN	IMC (KG/M²)	RIESGO ASOCIADO A LA SALUD
Desnutrición o insuficiencia ponderal.	> 18.5	Aumentado
Peso normal	18.5 – 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad I	30 – 34.9	Aumentado moderado
Obesidad II	35 – 39.9	Aumentado severo
Obesidad III	Más de 40	Aumentado muy severo

Tabla 1 - Clasificación del IMC kg/m²

Este indicador es el más común y práctico, ya que se puede utilizar para la mayoría de la población adulta, tanto hombres como mujeres de todas las edades (OMS, Obesidad y sobrepeso, 2021).

3.12. OBESIDAD E INFLAMACIÓN

Actualmente, las investigaciones indican que la obesidad se asocia con un proceso inflamatorio, debido a la acumulación de lípidos en el tejido adiposo, lo que provoca hipertrofia (aumento del tamaño celular) e hiperplasia (aumento del número de células), o una combinación de ambas. Estas condiciones requieren una elevada cantidad de oxígeno, lo que provoca hipoxia (ausencia de oxígeno) y reduce la capacidad de almacenamiento de triglicéridos, lo que impulsa la liberación de ácidos grasos.

El tejido adiposo es un tejido endocrino complejo metabólicamente muy activo entre cuyas funciones destacan: I) el mantenimiento del balance energético; II) la termorregulación; III) el metabolismo de lípidos y glucosa; IV) la modulación de la función hormonal y reproductiva, V) la regulación de la presión arterial y VI) de la coagulación sanguínea (Izaola, De Luis, Sajoux, Domingo, Vidal, 2015).

Por lo tanto, la inflamación es un mecanismo originado en el tejido adiposo que se asocia con la obesidad. El tejido adiposo aumenta con el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares, sales y la falta de actividad física, acelerando de esta forma el proceso inflamatorio. Cuando el consumo de alimentos supera el gasto de energía, se produce una acumulación anormal y excesiva de tejido adiposo, lo que altera la absorción de nutrientes y favorece el desarrollo de obesidad, desencadenando otras Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), como la Resistencia a la Insulina (RI), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2),

Hígado Graso No Alcohólico (HGNA), Dislipidemia, Síndrome Metabólico, Enfermedades Cardiovasculares (ECV), entre otras.

Si bien sabemos que la OMS propone el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) para el diagnóstico de la obesidad, es necesario utilizar otros métodos para evaluar la adiposidad general, como la masa grasa, la masa muscular y la grasa visceral, con el fin de realizar un diagnóstico más preciso de la composición corporal.

3.13. CAUSAS DE LA OBESIDAD

Una de las principales causas de la obesidad es el desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las calorías gastadas por un individuo, es decir, un estado en el que la energía que ingresa al organismo supera el gasto energético. Esto ocurre cuando hay un aumento en la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sales, mientras que, por otro lado, disminuye el consumo de vitaminas, minerales y otros micronutrientes. Como resultado, el equilibrio energético no será óptimo, lo que conducirá a un exceso de peso y a diversas complicaciones crónicas degenerativas para la salud. A esto se añade la baja actividad física, producto del estilo de vida sedentario y otras conductas prevalentes en la sociedad actual. Sin duda, si no se abordan estos factores, las causas de la obesidad seguirán aumentando a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Esta enfermedad se considera crónica y multifactorial, debido a factores genéticos, metabólicos, psicológicos, sociales, entre otros, que influyen en el estado general de los individuos, incrementando de manera progresiva la morbilidad y mortalidad.

Por último, y no menos importante, las personas afectadas están expuestas a estos factores y con frecuencia son víctimas de estigmatización, presiones psicológicas por señalamiento y rechazo social.

3.13.1. FACTORES GENÉTICOS

Actualmente se ha estudiado la influencia de los genes responsables de la obesidad, y como resultado se han identificado genes asociados con formas monogénicas extremadamente raras.

Las variantes del gen FTO (asociado al IMC y a la adiposidad) (Speakman 2015), las mutaciones en MC4R (que codifican para el receptor de melanocortina 4) son las causas genéticas más frecuentes de obesidad poligénica. Las mutaciones en MC4R explican el 5% de los casos de obesidad extrema de aparición temprana (Kaufer Horwitz & Pérez Hernández, 2022).

De acuerdo con lo anterior, no puede atribuirse la obesidad únicamente a la genética, ya que el aumento excesivo de la prevalencia de la obesidad a nivel mundial es multifactorial. Por lo tanto, la compleja interacción entre los genes y los factores ambientales puede influir en su desarrollo.

3.13.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

En la actualidad, se ha comprobado a través de estudios, que los factores psicológicos influyen en el padecimiento de sobrepeso y obesidad, puesto que distorsionan la percepción y las emociones de los individuos, llevándolos a tomar decisiones erróneas, que en la mayoría de los casos no benefician su salud. Por lo tanto, las conductas alimentarias se ven afectadas, debido a que las alteraciones psicológicas tienden a promover el alto consumo de alimentos ultraprocesados, con el fin de aliviar sus problemas emocionales.

El Hambre emocional, es un mecanismo psicológico que se expresa en una conducta. En otras palabras, es el impulso a comer desmedidamente alimentos que, en la mayoría de veces, responden a los antojos del individuo, para consolarse, colmar un vacío, compensar el aburrimiento o atenuar la tristeza, el estrés, la desolación y en ocasiones por sentimientos de abandono, rompimiento de una relación o incluso por autodesprecio o gratificación. La persona busca un falso bienestar que como consecuencia suele provocar culpabilidad o descontento ya que la comida no logra el beneficio buscado. (Rojas y García-Méndez, 2016; Casas, 2017) (López Alvarado, 2020).

De acuerdo con Rojas y García, es cierto que la comida no siempre logra el beneficio buscado, debido a que el impulso de los individuos depende de su estado emocional, sus conductas psicológicas y, claramente, de sus conductas alimentarias.

Por lo tanto, lo anterior demuestra que los hábitos alimentarios son y serán un reflejo de la situación mental y las necesidades afectivas de cada individuo, determinados por diversos factores, los cuales potencian y desatan alteraciones en las conductas alimentarias, olvidando, de esta forma, el equilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético, lo que provoca afectaciones en el estado nutricional y psicológico.

3.14. COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

Es evidente que la obesidad es una enfermedad identificada como un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas degenerativas de gran prevalencia en el mundo, como la hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2; también se asocia con complicaciones respiratorias, gastrointestinales, ortopédicas, reproductivas, entre otras. De igual forma, la obesidad se vincula con padecimientos de mayor riesgo, como diversos tipos de cáncer y la enfermedad de Alzheimer.

La calidad de vida relacionada con la salud de las personas obesas se ve afectada por el exceso de grasa corporal, lo cual trae consigo problemas como alteraciones en el rendimiento físico, en las relaciones sociales y sexuales, y en la autoestima, además de posibles trastornos depresivos. También se verán afectados los resultados de tratamientos prolongados, con efectos lentos y frecuentes recaídas.

Cuando el individuo es obeso, corre un alto riesgo de morir a causa de cualquier enfermedad, accidente o lesión. Y si la obesidad aumenta, sin duda lo hará también el riesgo para su salud.

Por lo tanto, se describirán algunas de las enfermedades crónicas degenerativas.

3.14.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Esta enfermedad se caracteriza por un aumento de la presión en el interior de las arterias, lo que provoca el deterioro progresivo de las mismas, desarrollando enfermedades como las cardiovasculares, renales y oculares. Afecta a 1280 millones de personas de 30 a 79 años en el mundo (OMS, Hipertensión, 2023).

Existe una fuerte relación entre la presión arterial y el peso, especialmente si la grasa se acumula en la zona abdominal. La población mexicana con un perímetro de cintura menor a 83 cm (95%) tiene menos probabilidades de padecer hipertensión arterial, mientras que aquellos con un perímetro de cintura de 90 cm o más son más propensos a desarrollarla.

Por lo tanto, podemos afirmar que la coexistencia de sobrepeso u obesidad incrementa el riesgo de hipertensión arterial, ya que existe una elevada circulación de angiotensinógeno (un compuesto químico) procedente de los adipocitos intraabdominales, una redistribución del flujo sanguíneo renal e hiperinsulinemia, factores que desencadenan esta condición. La hipertensión arterial impacta significativamente la esperanza de vida de quienes la padecen, con tratamientos costosos y diversas complicaciones para los pacientes, lo que pone en mayor riesgo su delicado estado de salud.

3.14.2. DISLIPIDEMIA

Se caracteriza por múltiples enfermedades derivadas de las concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) y bajas concentraciones de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (C-HDL) en sangre, los cuales son factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular (IMSS, 2016).

Como se mencionó anteriormente, la dislipidemia es la presencia anormal de grasas en la sangre (colesterol, triglicéridos, C-HDL y C-LDL). Las causas más comunes incluyen el consumo de productos ultraprocesados, el exceso de grasas saturadas, azúcares, alcohol y el sedentarismo. Por lo tanto, se debe reducir la ingesta calórica y aumentar el gasto energético diario, especialmente en personas con sobrepeso y obesidad.

La tendencia actual de adoptar malos hábitos alimenticios y llevar un estilo de vida sedentario, caracterizado por el estrés y diversas cargas horarias, está asociada a un alto consumo de comidas instantáneas con bajo valor nutricional, irregularidades en los horarios de alimentación y falta de tiempo para realizar actividad física. Esto hace que las personas sean más susceptibles a padecer sobrepeso u obesidad, lo que desencadena una dislipidemia aterogénica, caracterizada por un aumento en los triglicéridos, niveles elevados de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) y una disminución en los niveles de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (C-HDL). Algunos factores de riesgo para desarrollar dislipidemia son: infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares y pancreatitis.

3.14.3. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Esta enfermedad metabólica crónica se caracteriza por niveles anormales de glucosa en sangre, lo que deteriora la secreción o producción de insulina, dañando progresivamente corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios, hasta llegar a la amputación de miembros inferiores o incluso la muerte.

Como se sabe, el exceso de peso es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo 2. El sobrepeso y la obesidad predisponen a la resistencia a la captación periférica de glucosa, que es regulada por la insulina, lo que disminuye la sensibilidad de las células beta a la glucosa. Por lo tanto, es importante señalar que el sedentarismo, al igual que las malas conductas alimentarias actuales, incrementan la prevalencia de sobrepeso, obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2. La OPS confirma que la prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2 sigue en aumento con el paso de los años:

Se estima que 62 millones de personas en las Américas viven con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Este número se ha triplicado en la Región desde 1980 y se estima que alcanzará la marca de 109 millones para el 2040, según el Diabetes Atlas (novena edición). La prevalencia ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos (OPS, Diabetes, 2022).

La mayor incidencia y prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2, con el paso de los años, no es ajena a nuestra realidad, debido a que el incremento en el número de casos es notorio debido a los factores de riesgo que enfrenta la población. Por ello,

debemos tomar en cuenta las conductas alimentarias actuales que han sido asociadas con el aumento de peso en adultos, ya que todas ellas desencadenan Enfermedades Crónico Degenerativas (ECD) que afectan la salud vital del cuerpo humano.

Es importante señalar que el conocimiento y la educación sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2 y otras enfermedades relacionadas son fundamentales, puesto que de ello depende la adopción de medidas necesarias. En este caso, tanto para las personas ya diagnosticadas con diabetes, como para aquellas con predisposición y la sociedad en general, con el fin de mejorar o iniciar un cambio positivo para todos. No menos importante es reconocer que la Diabetes Mellitus Tipo 2 es una de las principales causas de muerte en México.

3.14.4. SÍNDROME METABÓLICO

El síndrome metabólico no es una enfermedad específica, sino un conjunto de factores fisiológicos, bioquímicos, clínicos y metabólicos que se presentan simultáneamente y que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas. Está compuesto por cinco anomalías metabólicas: resistencia a la insulina, obesidad abdominal, hipertensión arterial, niveles elevados de triglicéridos en sangre y colesterol, y niveles bajos de colesterol HDL. Se diagnostica síndrome metabólico cuando se presentan tres o más de estas anomalías.

En este contexto, el sobrepeso y la obesidad están estrechamente relacionados con el síndrome metabólico, ya que las cinco anomalías mencionadas son

indicativas del exceso de peso y de los hábitos alimentarios inadecuados que afectan la calidad de vida. Además, factores como la edad, la genética y los malos hábitos de estilo de vida, como la falta de actividad física y el consumo excesivo de alimentos ultraprocesados, hipercalóricos, ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, contribuyen al desarrollo de esta condición.

Por lo tanto, la obesidad y el síndrome metabólico son dos enfermedades interrelacionadas que comparten un mecanismo de evolución común, lo que ocasiona complicaciones cardiovasculares y está asociado a hábitos alimentarios inadecuados. Esta relación contribuye a la alta prevalencia de muertes causadas por estas patologías, cuya aparición es cada vez más frecuente. Así, el tratamiento y el control adecuado de ambas condiciones dependen de la implementación de cambios saludables en el estilo de vida y la alimentación.

3.14.5. HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (HGNA)

La esteatosis hepática es la acumulación de grasa en forma de triglicéridos en más del 5% de los hepatocitos. Esta patología puede progresar a un estado de inflamación, daño celular y desarrollo de fibrosis, lo que se conoce como esteatohepatitis, y eventualmente avanzar hacia la cirrosis, evolucionando finalmente a carcinoma hepatocelular (Boletín de la ANMM, 2017).

Esta enfermedad está relacionada con diversos factores de riesgo, como sobrepeso, obesidad abdominal, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 y resistencia a la insulina, todos ellos componentes del síndrome metabólico. El síndrome

metabólico puede provocar múltiples complicaciones hepáticas, cardiovasculares y metabólicas.

Actualmente, la esteatohepatitis no alcohólica es la enfermedad hepática más frecuente, debido a las malas conductas alimentarias, el estilo de vida sedentario y los factores heredofamiliares.

Como se mencionó anteriormente, es evidente el aumento en la prevalencia del hígado graso no alcohólico, tanto a nivel nacional como mundial, lo que representa una preocupación alarmante para la salud pública y el bienestar social.

Las patologías hepáticas están estrechamente asociadas con el sobrepeso y la obesidad, siendo el hígado graso no alcohólico una condición más frecuente en personas que consumen poco o nada de alcohol. El hígado desempeña un papel crucial en la regulación del metabolismo, por lo que cualquier daño en este órgano puede tener consecuencias graves para el sistema y los procesos metabólicos del cuerpo.

El exceso de consumo de azúcares refinados, grasas saturadas y sal, junto con un estilo de vida sedentario, favorece la acumulación anormal de lípidos en el hígado, lo que lleva a un daño hepático. En personas con obesidad, la probabilidad de desarrollar hígado graso no alcohólico aumenta, y el riesgo crece conforme aumenta el grado de obesidad. Adoptar hábitos alimentarios saludables y aumentar la actividad física puede reducir la inflamación y mejorar la función hepática.

3.15. PANORAMA GENERAL EN MÉXICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD – ADULTOS

La acumulación excesiva o anormal de grasa corporal (sobrepeso u obesidad) es uno de los factores más perjudiciales para la sociedad en la actualidad, ya que su prevalencia ha aumentado rápidamente en los últimos años, con efectos negativos significativos sobre la salud de la población. Las consecuencias del sobrepeso y obesidad incluyen el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), lo que eleva las tasas de mortalidad y reduce la calidad de vida de quienes las padecen.

Cada año, aproximadamente 3.4 millones de adultos mueren a causa del sobrepeso o la obesidad. Además, se les atribuye a dichos padecimientos el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas, y entre el 7% y el 41% de la carga de ciertos tipos de cáncer (Dávila Torres, González Izquierdo, Barrera Cruz, 2015).

Según el Senado de la República, México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en obesidad en adultos. Se estima que para 2030, 23.6 millones de personas morirán a causa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y enfermedades cardiovasculares (Senado de la República, 2017).

De acuerdo con Ramos y col. (2017), “En el mundo: Mil millones de adultos, aprox., tienen sobrepeso y 475 millones son obesos”.

Entre los adultos, se encuentra la población universitaria. En esta etapa de la vida, influyen numerosos factores ambientales, como el tiempo disponible, las exigencias

académicas y, por supuesto, la alimentación, que a menudo está desequilibrada desde el punto de vista energético. Los estudiantes, debido a las largas horas que deben pasar sentados, tienden a llevar una vida sedentaria, lo que se combina con malas conductas alimentarias. Esto aumenta el consumo de alimentos rápidos, ricos en grasas y azúcares. En algunos casos, los estudiantes retrasan sus horarios de alimentación, comiendo solo una vez al día, y recurren al consumo de alcohol, tabaco u otros productos para modificar el apetito o manejar el estrés.

A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y la educación (OMS, Obesidad y sobrepeso, 2021).

3.16. SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA ADULTEZ

El aumento de peso corporal se suele manifestar en la infancia o adolescencia, especialmente debido al consumo excesivo de grasas en estas etapas de la vida. Factores genéticos y metabólicos también juegan un papel importante en el exceso de grasa corporal. Si un niño tiene al menos un padre obeso, la probabilidad de desarrollar obesidad aumenta de 3 a 4 veces, un riesgo que se extiende durante la adolescencia y la adultez, incrementando la posibilidad de padecer sobrepeso u obesidad. Esto no se debe únicamente a la genética, ya que los niños generalmente

comparten dietas inadecuadas y estilos de vida sedentarios con sus padres, lo cual es un factor social relevante en la propagación de la obesidad (Dávila Torres, González Izquierdo, Barrera Cruz, 2015).

Una de las principales causas del sobrepeso y obesidad es el desequilibrio energético entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas. Actualmente, la alta ingesta de alimentos ricos en grasas, azúcares y sal, junto con la deficiencia de vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales, sumado a la falta de actividad física, desequilibrio en los patrones de sueño y estrés, ha provocado que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se triplicara en las últimas tres décadas. Esto ha contribuido al aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, ciertos tipos de cáncer, entre otras.

Dependiendo de la edad y la etnia, la obesidad se asocia con una disminución de la esperanza de vida de entre 6 a 20 años, e incluso las personas con obesidad grave mueren 8 a 10 años antes que las de peso normal, al igual que los fumadores. Se estima que cada 15 kilogramos extras aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente a un 30% (Torres & Rojas, 2018).

Desde diversas perspectivas, se considera que el problema del sobrepeso y obesidad se debe a la constante modificación de los alimentos que se consumen, así como a los cambios en los estilos de vida, costumbres, tradiciones y el desarrollo económico de cada población. La crisis económica actual tiene un gran impacto en la alimentación, debido a que el aumento de los precios de los productos no es compensado por los salarios. Por lo tanto, en situaciones de pobreza, las personas

tienden a optar por alimentos más baratos, pero menos nutritivos, lo que genera un impacto negativo en su dieta y en su salud.

4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se llevó a cabo una encuesta para analizar cómo influyen las conductas alimentarias en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en un grupo de adultos de la comunidad UACMita. Los participantes respondieron a preguntas abiertas y de opción múltiple con la mayor honestidad posible. El objetivo fue analizar la asociación entre las conductas alimentarias y la prevalencia de sobrepeso y obesidad, para obtener resultados sobre su impacto.

4.2. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de carácter cuantitativo y transversal descriptivo.

- Quantitativo: Se recolectaron datos con el fin de comprobar la hipótesis mediante un análisis estadístico.
- Transversal: La medición se realizó en un momento específico, observando y analizando los datos recopilados de la población adulta de la UACM.
- Descriptivo: Se describió y evaluó la frecuencia de los resultados obtenidos para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

4.3. POBLACIÓN

El grupo estuvo compuesto por personas de género femenino y masculino, con edades de 18 a 59 años, pertenecientes a la comunidad universitaria de la UACM, plantel San Lorenzo Tezonco. El objetivo fue dar a conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad asociada a las conductas alimentarias actuales de este grupo.

4.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó una población de adultos de 18 a 59 años de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel San Lorenzo Tezonco. El estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque de investigación cuantitativa, obteniendo los datos mediante encuestas individuales sobre las conductas alimentarias actuales, así como mediciones antropométricas y bioquímicas.

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos de 18 a 59 años.
- Sexo femenino y masculino.
- Pertenecientes a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel San Lorenzo Tezonco.
- Aceptación de la carta de consentimiento.

4.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 18 y mayores de 59 años.
- No pertenecientes a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel San Lorenzo Tezonco.
- No aceptación de la carta de consentimiento.
- Información incompleta acerca de alguna de las variables.

4.7. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio demostró, a través de la recolección de datos cuantitativos, los diferentes puntos de corte antropométricos (IMC, peso, talla, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera, ICC y presión arterial), clínicos y dietéticos, como resultado de las conductas alimentarias asociadas al sobrepeso y obesidad en adultos de 18 a 59 años. El “Cuestionario nutricional” tuvo como objetivo recabar los datos de la población de estudio, para luego elaborar, analizar e interpretar tablas y gráficas que mostraran la asociación entre la prevalencia de sobrepeso, obesidad y las conductas alimentarias actuales.

- **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):**

Instrumento: Tablas de la OMS. Se categoriza mediante la tabla de clasificación de los puntos de corte de la OMS. (*tabla 2*)

Técnica: Se realiza entre el peso corporal en kilogramos del participante y su talla en metros cuadrados, según la edad y sexo.

Formula: $IMC = \frac{\text{Peso(kg)}}{(\text{Talla (m)})^2}$

CLASIFICACIÓN	IMC (KG/M²)	RIESGO ASOCIADO A LA SALUD
Desnutrición o insuficiencia ponderal.	> 18.5	Aumentado
Peso normal	18.5 – 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad I	30 – 34.9	Aumentado moderado
Obesidad II	35 – 39.9	Aumentado severo
Obesidad III	Más de 40	Aumentado muy severo

Tabla 2 - Clasificación del IMC Kg/m²

Objetivo: Proporcionar una evaluación accesible, rápida y estandarizada del estado nutricional, que permita clasificar, monitorear y entender los riesgos asociados al sobrepeso y obesidad, contribuyendo así al diseño de estrategias de prevención y tratamiento.

- **PESO:**

Instrumento: Báscula de bioimpedancia, marca “TANITA RD 545IM”.

Técnica: El paciente permaneció de pie, inmóvil con ambos pies en la plataforma de la báscula (*Ilustración 1*), con el peso del cuerpo distribuido de forma pareja, sosteniendo la agarradera de la báscula TANITA RD 545 con ambas manos estiradas de frente a la altura de los hombros, utilizando ropa liviana, sin calzado, sin calcetines, y sin accesorios u objetos metálicos (aretes, pulseras collares, celulares, entre otros.) innecesarios para la toma precisa de:



Ilustración 1 - Forma correcta de colocar los pies en TANITA.

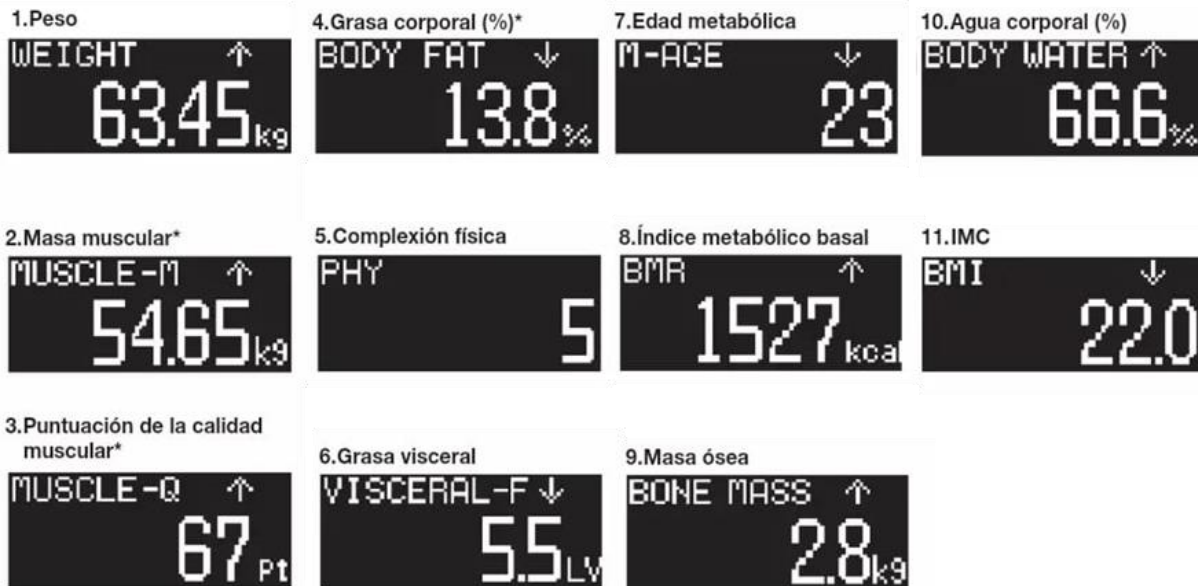


Ilustración 2 - Ejemplo datos de TANITA.

Objetivo: Obtener una medida fundamental para evaluar el estado nutricional de una persona y determinar si su peso se encuentra dentro de un rango saludable o si está en niveles que puedan aumentar el riesgo de desarrollar problemas de salud. Utilizando una báscula de bioimpedancia la evaluación es más precisa y detallada

de la composición corporal, lo que permite un diagnóstico más exacto del estado de salud de los participantes. Proporcionando información adicional sobre los diferentes componentes del cuerpo, como grasa corporal y visceral, masa muscular y ósea, edad metabólica, agua corporal, entre otras.

- TALLA:

Instrumento: Estadiómetro portátil, marca “SECA 213”.

Técnica: El paciente permaneció descalzo y de pie en la superficie plana, con ambos talones juntos y pegados a la base del estadiómetro, al igual que la espalda y los glúteos, la cabeza en posición del plano de Frankfort.

Línea imaginaria que sale del borde superior del conducto auditivo externo, hacia la base de la órbita del ojo.

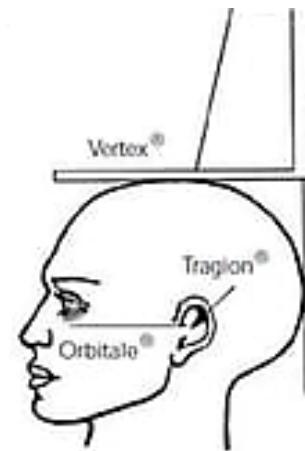


Ilustración 3 - Plano de Frankfort.

Los brazos a los costados y los hombros relajados hacia delante, pidiéndole al paciente inhalar profundamente y mantener una posición erguida. Deslizando el cursor móvil horizontal hasta el vértice del cráneo, con una presión suficiente como para comprimir el cabello.

Objetivo: Obtener un panorama más completo de la salud de los participantes, proporcionando un dato esencial para el cálculo de índices como el IMC, que ayudan a clasificar el peso y evaluar los riesgos para la salud asociados al exceso de peso.

- CIRCUNFERENCIA DE CINTURA:

Instrumento: Cinta antropométrica, marca “SECA 201”.



Ilustración 4 - Circunferencia de cintura

Técnica: El paciente se descubrió el área abdominal, manteniendo una postura recta y relajada, con los brazos cruzados en el pecho y los pies abiertos a la altura de los hombros. La cinta antropométrica paso por la parte más estrecha del abdomen o a nivel del ombligo, cuidando que esté totalmente horizontal en la espalda y en el frente. La medición se realiza al final de la exhalación, para evitar que la medición sea afectada por la inhalación, de acuerdo a los valores propuestos por la OMS.

- CIRCUNFERENCIA DE CADERA:

Instrumento: Cinta antropométrica, marca “SECA 201”

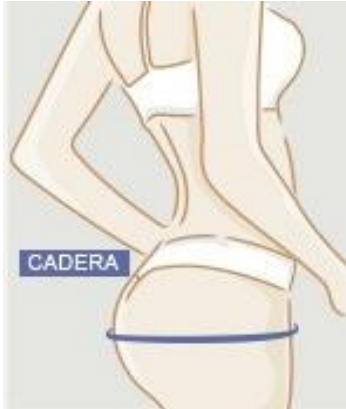


Ilustración 5 - Circunferencia de cadera

Técnica: El paciente mantuvo una postura recta y relajada, con los brazos cruzados en el pecho y los pies abiertos a la altura de los hombros. La cinta antropométrica se ubicó en la parte más prominente de los glúteos, cuidando que esté totalmente horizontal en la parte de atrás y en el frente, de acuerdo a los valores propuestos por la OMS.

- ÍNDICE CINTURA-CADERA (I.C.C.):

Técnica: Se obtiene a través del resultado de dividir la circunferencia de cintura entre la circunferencia de cadera.

$$\text{Formula: } ICC = \frac{\text{Circunferencia de cintura (cm)}}{\text{Circunferencia de cadera (cm)}}$$

Valores propuestos por la OMS:

- ICC: 0.71 – 0.84 normal para mujeres.
- ICC: 0.78 – 0.94 normal para hombres.
- Valores mayores: Síndrome androide (Cuerpo de manzana).
- Valores menores: Síndrome ginecoide (Cuerpo de pera).

Hombres	Mujeres	Riesgo cardiovascular
Inferior a 0.95	Inferior a 0.80	Muy bajo
0.96 a 0.99	0.81 a 0.84	Bajo
Igual o superior a 1	Igual o superior a 0.85	Alto

Tabla 3 - Índice Cintura-Cadera

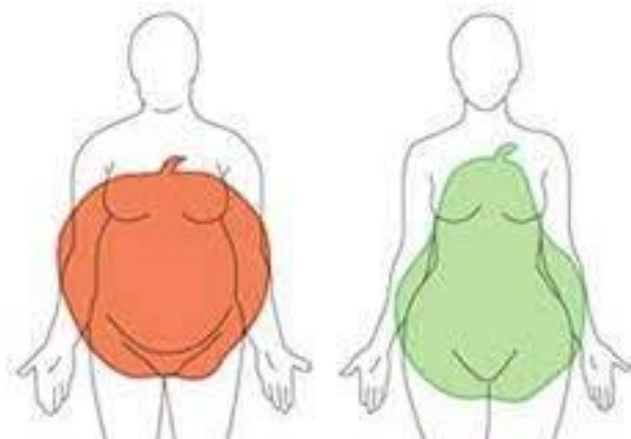


Ilustración 6 - Síndrome androide y ginecoide.

Objetivo: Ayuda a evaluar más detalladamente la distribución de la grasa corporal y proporciona información adicional sobre el riesgo de enfermedades asociadas al exceso de peso. Permite determinar si la grasa corporal está principalmente almacenada en la zona abdominal o en las caderas. La grasa abdominal (visceral) está más estrechamente asociada con enfermedades metabólicas y cardiovasculares.

4.7.1. PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD UACM SLT

Para conocer las conductas alimentarias en adultos de la comunidad UACMita, se aplicó el cuestionario “Programa de Atención a la Salud UACM SLT”. Esta herramienta permitió identificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos universitarios.

La primera parte consistió en la carta de consentimiento informado (Anexo 1), que incluye una introducción/objetivo, procedimiento, beneficios, confidencialidad, riesgos potenciales/compensación, participación voluntaria/retiro, número de contacto, y el nombre, fecha y firma del participante.

La segunda parte incluyó una serie de preguntas de estilo personal (Anexo 2), que abarcan: 1.- datos personales, 2.- socioeconómicos, 3.- antecedentes heredofamiliares, 4.- antecedentes personales, 5.- estilos de vida (alimentación), 6.- actividad física y ejercicio, 7.- Consumo de tabaco, alcohol y drogas y 8.- hábitos de sueño.

- **DATOS PERSONALES Y SOCIOECONÓMICOS**

Los datos personales y socioeconómicos son elementos fundamentales para relacionar los resultados de sobre sobrepeso y obesidad, ya que proporcionan información clave sobre los factores individuales y sociales que pueden influir en el desarrollo de estas condiciones.

Los datos personales como la edad, el sexo y el nivel educativo, nos permiten analizar como las características individuales pueden influir en los hábitos alimentarios, el comportamiento físico y, en última instancia, en la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

- **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y PERSONALES**

Los antecedentes heredofamiliares se refieren a la información sobre enfermedades o condiciones prevalentes en la familia, especialmente aquellos hábitos aprendidos, predisposiciones genéticas, como la obesidad o enfermedades metabólicas relacionadas. Esta información es clave para identificar posibles predisposiciones genéticas que aumenten el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad.

Los antecedentes personales se refieren al historial médico del individuo, incluyendo chequeos anuales, toma de medicamentos y asistencia médica. Esto abarca cualquier enfermedad o condición relevante que haya tenido o que esté presente en su vida. Estos antecedentes son esenciales para identificar factores de riesgo individuales que puedan estar contribuyendo al sobrepeso u obesidad.

- **ESTILO DE VIDA**

Las conductas alimentarias se refieren a los hábitos y comportamientos relacionados con el consumo de alimentos y los tiempos de comida al día, el primer alimento del día, los lugares frecuentes de consumo de alimentos y las bebidas que

acompañan las comidas, entre otros. Estos factores influyen en las decisiones alimentarias y permiten comprender mejor las causas subyacentes de un patrón de sobrealimentación que puede conducir al sobrepeso y obesidad.

La frecuencia de consumo de alimentos se refiere a la cantidad de veces que una persona consume ciertos tipos de alimentos (como frutas, verduras, leguminosas, cereales, alimentos de origen animal, lácteos, embutidos, grasas, agua simple, etc.) durante un periodo determinado (por ejemplo, al día, semana o mes). Estos datos son clave para identificar si los hábitos alimenticios, especialmente los relacionados con el consumo de alimentos poco saludables, son factores que contribuyen al sobrepeso y obesidad.

- **ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO**

La actividad física es uno de los factores más influyentes en la regulación del peso corporal. Se refiere a la práctica de algún ejercicio o deporte y al tiempo dedicado a esta actividad. Se asocia con la disminución del peso corporal o la prevención del aumento de peso, y este hallazgo ayudará a contextualizar la relación entre ejercicio, sobrepeso y/u obesidad. Las personas que practican ejercicio de manera regular suelen tener un menor porcentaje de grasa corporal y una mayor masa muscular, lo que puede reflejarse en los resultados de una intervención de actividad física.

- **CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS**

El consumo de alcohol, tabaco y drogas influye de diversas maneras en el sobrepeso y la obesidad. Estos factores pueden afectar el comportamiento alimentario, el metabolismo, la actividad física y la salud en general. Controlar el impacto de estas sustancias es crucial para tratar adecuadamente las enfermedades metabólicas e implementar estrategias de intervención más efectivas.

- **HÁBITOS DE SUEÑO**

Los hábitos de sueño son un factor importante que influye en el sobrepeso y la obesidad. El sueño insuficiente o de mala calidad está asociado con un mayor riesgo de aumento de peso, alteraciones metabólicas, cambios en el apetito y mayor ingesta calórica. Los hábitos de sueño se refieren a cuántas horas se duerme al día, a qué hora se duerme y se levanta, si se ingiere algún medicamento para dormir, si se recuerda el sueño, qué actividades se realizan antes de dormir, si se duerme durante el día y cuánto tiempo, si se despierta durante la noche, y a las causas que interrumpen el sueño.

La tercera parte incluyó los datos antropométricos y la medición presión arterial (Anexo 3). En total, el cuestionario constó de 85 preguntas, 16 parámetros antropométricos y tres parámetros de presión arterial.

El cuestionario fue diseñado para obtener respuestas de manera fácil, rápida y práctica, permitiendo así evaluar las diferentes relaciones entre las conductas alimentarias y la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tal como se evidenció en este caso.

4.7.2. PLAN PARA SISTEMATIZAR LOS RESULTADOS

Diseñamos una base de datos en el programa Excel, titulada “BASE DE DATOS DE LA JORNADA DE SALUD DE SEPTIEMBRE UACM SLT”, en la cual se organizó el cuestionario en dos partes: encuesta (Anexo 2) y antropometría (Anexo 3).

4.8. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Para continuar con el análisis estadístico de los resultados, utilizamos el programa Excel, versión “Office Profesional Plus 2021”, en el que se crearon cinco documentos con sus respectivas hojas de cálculo y apartados correspondientes, con el fin de observar, separar, eliminar, seleccionar y graficar los datos de cada sección de la encuesta.

4.8.1.LIMITACIONES DE LOS MÉTODOS

Las limitaciones nos permiten una evaluación más precisa de los hallazgos, los cuales, nos ayudaron a determinar hasta qué punto los resultados pueden generalizarse o ser aplicables a diferentes poblaciones.

4.8.1.1. SESGO DE AUTOINFORME EN EL CUESTIONARIO

Cuando la información se obtiene a través de cuestionarios autoadministrados, los resultados pueden estar sesgados debido a la tendencia de los participantes a

sobreinformar conductas saludables o subestimar comportamientos no saludables. Este sesgo puede afectar la precisión de las mediciones y la relación entre las variables estudiadas, como el comportamiento alimentario, el sobrepeso y obesidad, lo que puede llevar a conclusiones erróneas sobre las causas y la prevalencia.

4.8.1.2. LIMITACIONES EN LA MUESTRA

Las limitaciones de la muestra pueden incluir un tamaño reducido, debido a la escasa participación en las jornadas de salud de la comunidad UACMita, lo que podría limitar la generalización de los resultados. En este sentido, sería útil una discusión sobre la población en general y cómo los resultados podrían variar entre diferentes grupos, lo que enriquecería la interpretación de los hallazgos. Además, se sugiere realizar investigaciones futuras que incluyan muestras más diversas y de mayor tamaño, lo que permitiría mejorar la generalización de los resultados.

4.8.1.3. SESGO ANTROPOMÉTRICO

La falta de precisión en la medición de la composición corporal puede dar lugar a resultados erróneos sobre la relación entre el sobrepeso, obesidad y los factores de riesgo para enfermedades como diabetes o enfermedades cardiovasculares. Si el estudio se basa en el IMC como la principal medición, es probable que se subestime o sobrestime el riesgo de enfermedades en individuos con diferentes proporciones

de masa muscular o grasa corporal. Por ello, es recomendable el uso de métodos más precisos como la bioimpedancia o la DXA (absorciometría dual de rayos X) para evaluar mejor la composición corporal y la distribución de la grasa.

4.8.2. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

4.8.2.1. EDAD

De acuerdo con la base de datos principal, se contó con un total de 409 participantes, de los cuales se descartaron 37, ya que no cumplían con el rango de edad seleccionado para el estudio (18 a 59 años), quedando un total de 372 participantes.

4.8.2.2. PERTENECIENTES A LA UACM

De los 372 participantes, se eliminaron 62, debido a que eran externos a la comunidad UACMita, quedando un total de 310 participantes pertenecientes a los siguientes sectores dentro de la comunidad UACMita: académico, estudiantil, administrativo, vigilancia e intendencia.

4.8.2.3. ENCUESTA INCONCLUSA

Se eliminaron 37 participantes por no haber completado la encuesta al 100% ni proporcionado todos los datos antropométricos, quedando un total de 273 participantes con la encuesta completamente contestada.

4.8.2.4. PARTICIPANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

De acuerdo con nuestro estudio, se analizaron 91 participantes con un IMC superior a 25, los cuales, según los valores validados por la OMS, se clasifican como pacientes con sobrepeso. Asimismo, 59 participantes presentaron un IMC superior a 30, siendo clasificados con obesidad, lo que permitió analizar un total de 150 participantes.

4.8.2.5. PARTICIPANTES CON PESO NORMAL Y DESNUTRICIÓN

Por último, los datos antropométricos de 113 participantes mostraron un IMC inferior a 25, lo que, según los valores validados por la OMS, los clasifica como pacientes con peso normal. Además, 10 participantes presentaron un IMC inferior a 18.5, siendo clasificados con desnutrición, lo que permitió analizar un total de 123 participantes.

SOBREPESO

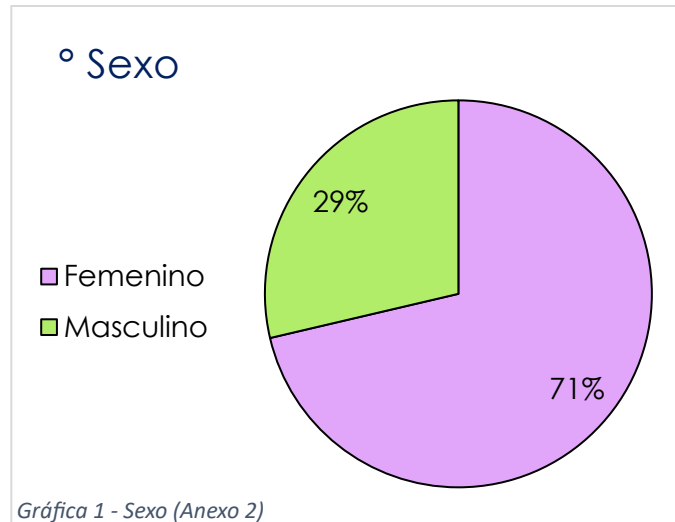
Y

OBESIDAD

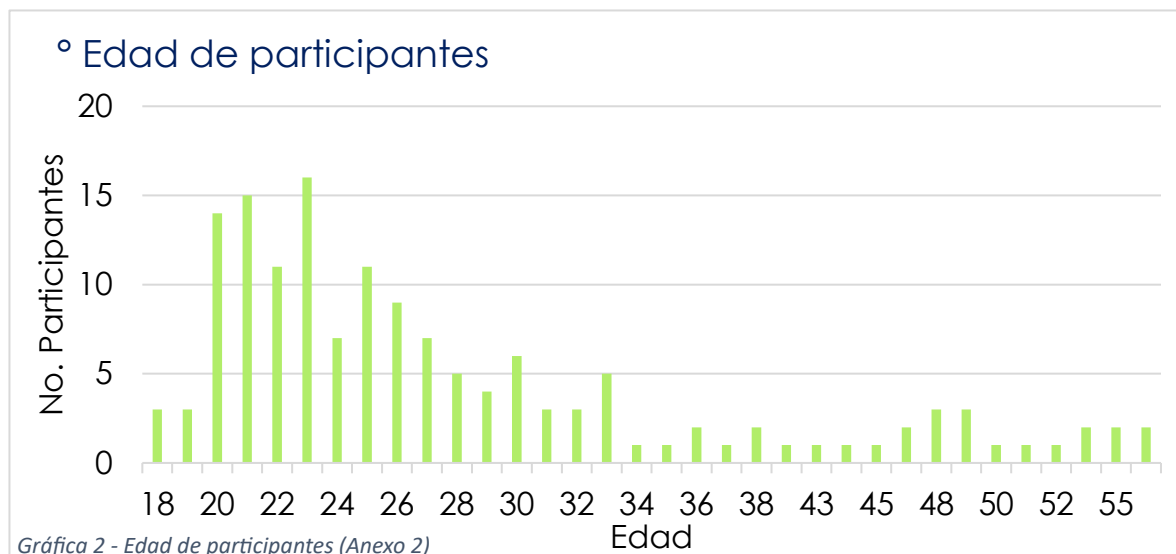
4.8.3.DATOS PERSONALES

Respecto al sexo, la muestra estuvo conformada por un 71% (n= 107) de mujeres y un 29% (n= 43) de hombres; algunos padecen sobrepeso y otros, obesidad.

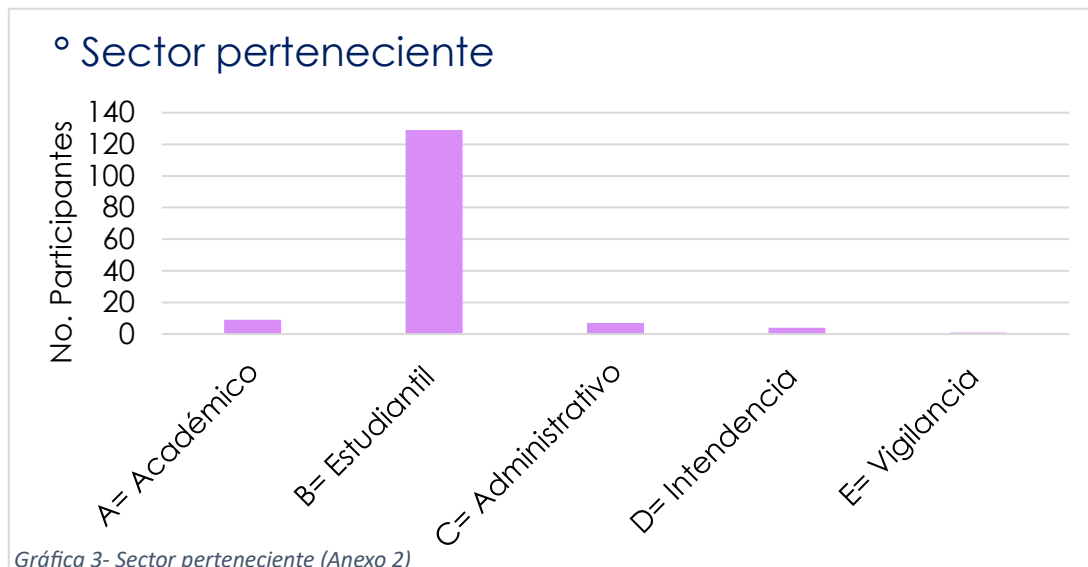
(Gráfica 1)



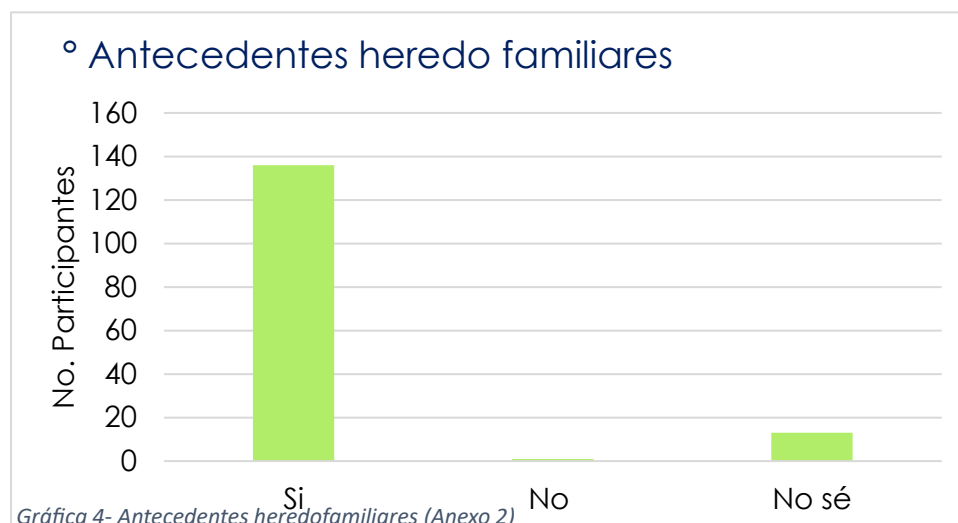
La edad de los participantes estuvo comprendida de entre los 18 años y 59 años, de los cuales la moda fue la edad de 23 con 16 participantes. (Gráfica 2)



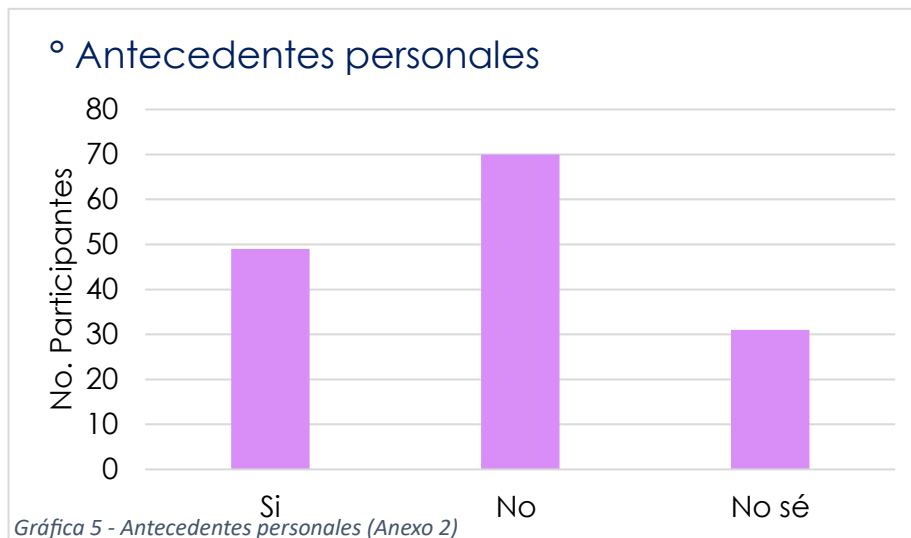
De acuerdo con la participación de los sectores en la Jornada de Salud “Día de ponerse al día con tu salud” de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Plantel San Lorenzo Tezonco, la participación mayoritaria fue del sector estudiantil, con un 86% (n= 129), siguiendo el sector académico, con un 6% (n= 9), después el sector administrativo, con el 5% (n=7), intendencia con un 2% (n=4) y, por último, vigilancia con un 1% (n=1). (Gráfica 3)



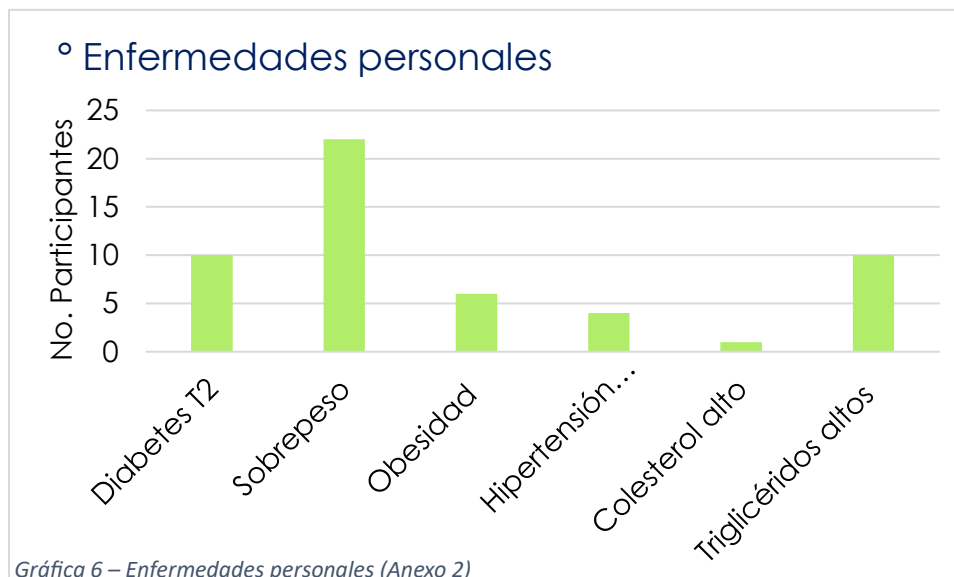
Es importante conocer los antecedentes heredofamiliares, para saber su predisposición a enfermedades de los participantes. (Gráfica 4)



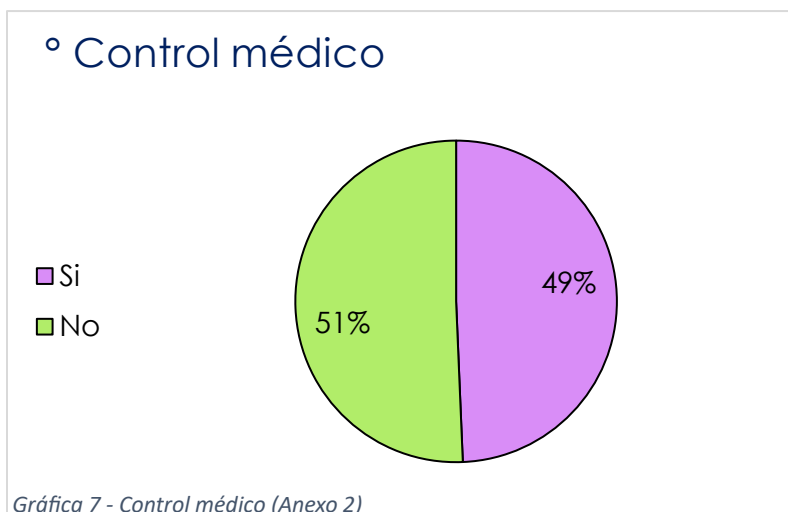
La gráfica muestra un porcentaje de participantes que no sabían sobre su estado de salud “No sé”, equivalente al 21% (n= 31); el 47% (n= 70) de los participantes contestaron que “No” padecían de alguna enfermedad, sin embargo, y de acuerdo a nuestro estudio, son participantes con sobrepeso y/u obesidad. (Gráfica 5)



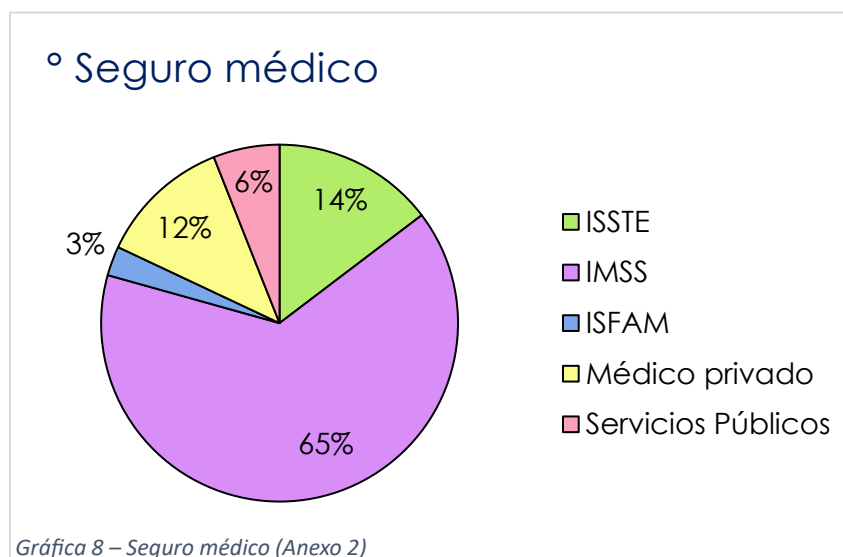
De los 49 participantes que indicaron “Sí” padecer una o más enfermedades, dos de las más frecuentes fueron: la diabetes T2 (n= 10) y los triglicéridos altos (n= 10). (Gráfica 6)



La siguiente gráfica muestra el control preventivo de los participantes que acuden mínimo 1 vez al año al médico, dando como resultado un 49% (n= 74) de los que sí acuden y 51% (n= 76) que no acuden a un chequeo anual. (Gráfica 7)

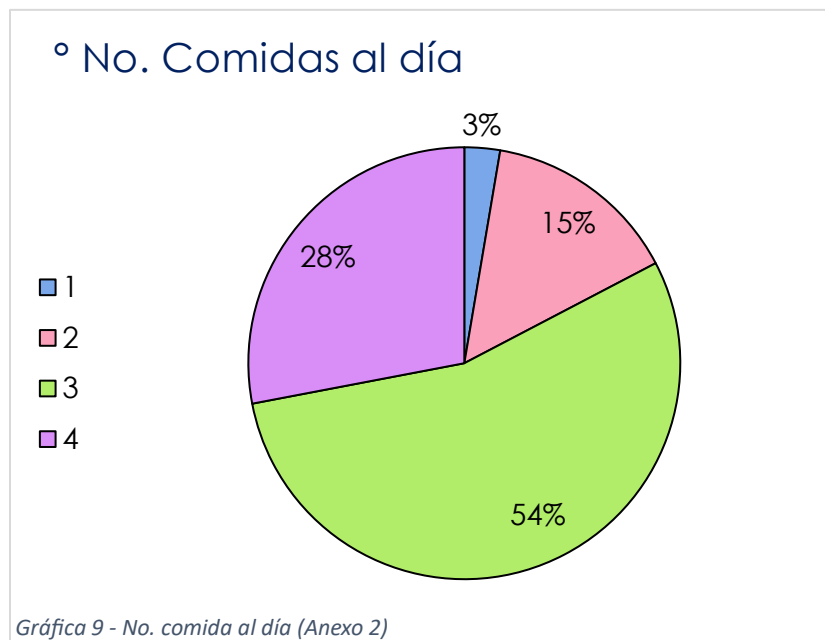


El mayor porcentaje de los participantes cuenta con el seguro médico IMSS, con un 65% (n= 97), continuando con el seguro médico ISSTE con un 14% (n= 22) y no menos importante un 12% (n= 18) de participantes que cuentan con atención privada. (Gráfica 8)

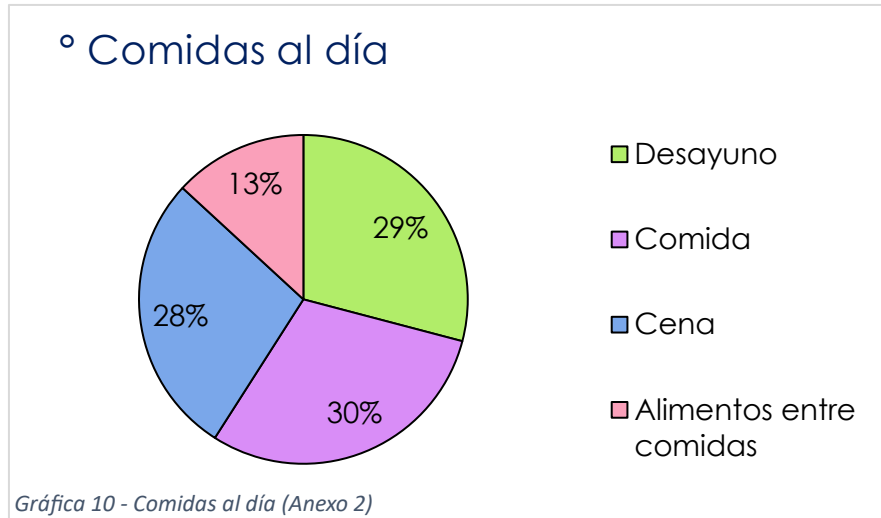


4.8.4. DIETÉTICOS

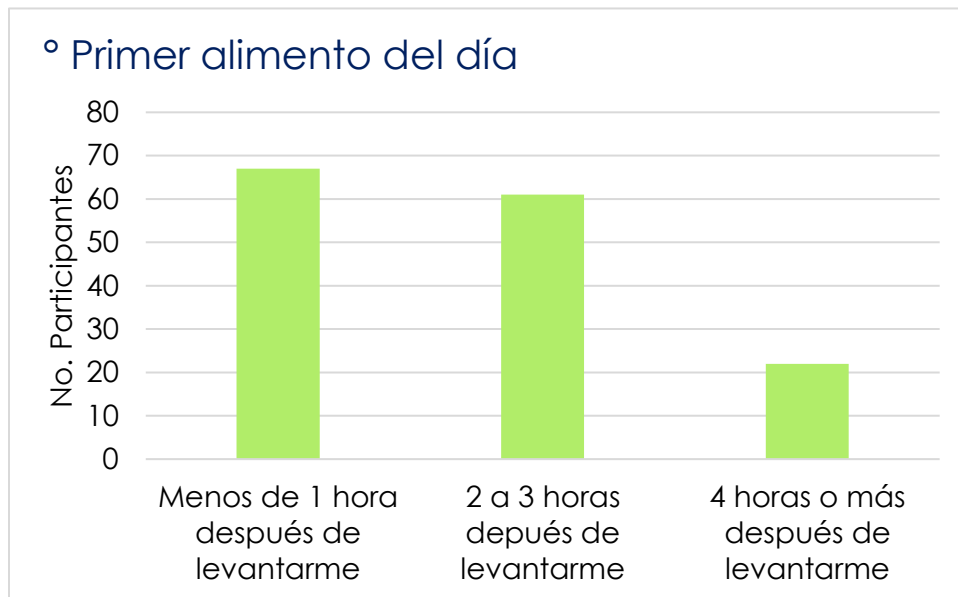
Realizar al menos tres comidas al día es ideal para obtener los nutrientes adecuados para el cuerpo. Por ello es bueno saber que el 54% (n= 82) y el 28% (n= 42) de los participantes cumplen con sus 3 o más comidas al día, como se muestra en la siguiente gráfica. (*Gráfica 9*)



Continuando con la gráfica 9, los participantes que comen 3 o más veces al día, incluyen el desayuno, comida, cena y alimentos entre comidas. De los 150 participantes, el 29% (n= 135) realiza el desayuno, 30% (n= 139) la comida, 28% (n= 129) la cena y 13% (n= 61) alimentos entre comidas. (*Gráfica 10*)

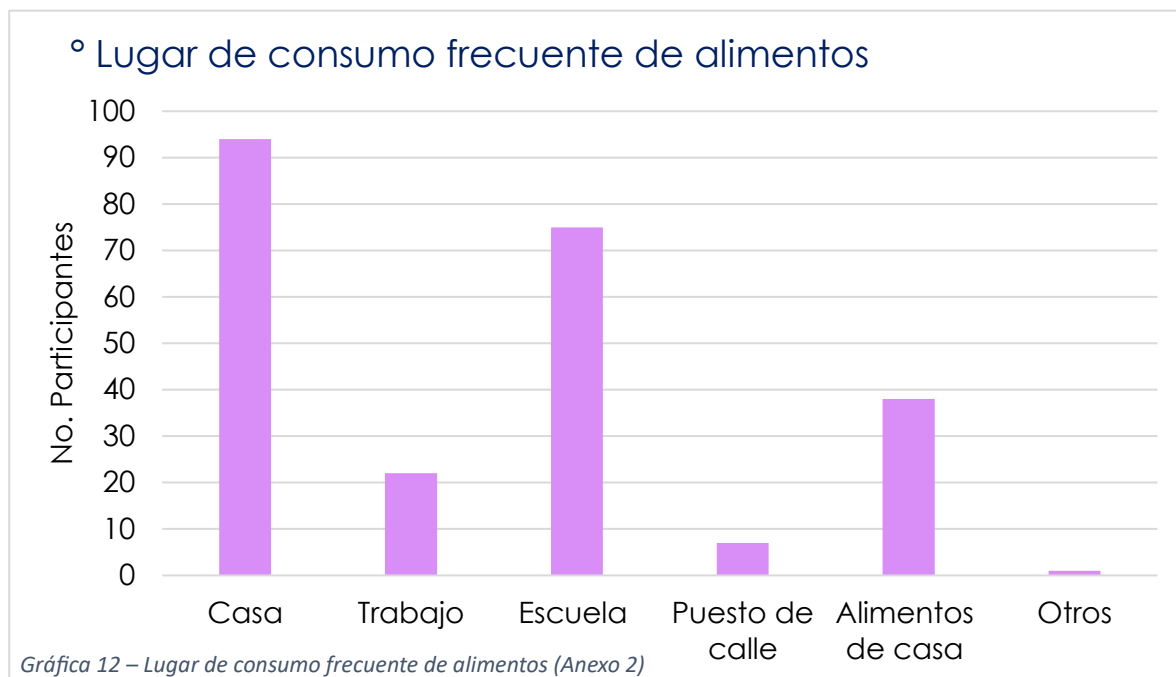


El primer alimento del día es considerado uno de los más importantes, aportando un requerimiento energético óptimo para el cuerpo; ocupando el primer lugar el 44% (n= 67) de los participantes, consumiendo su primer alimento antes de la hora al levantarse. (Gráfica 11)

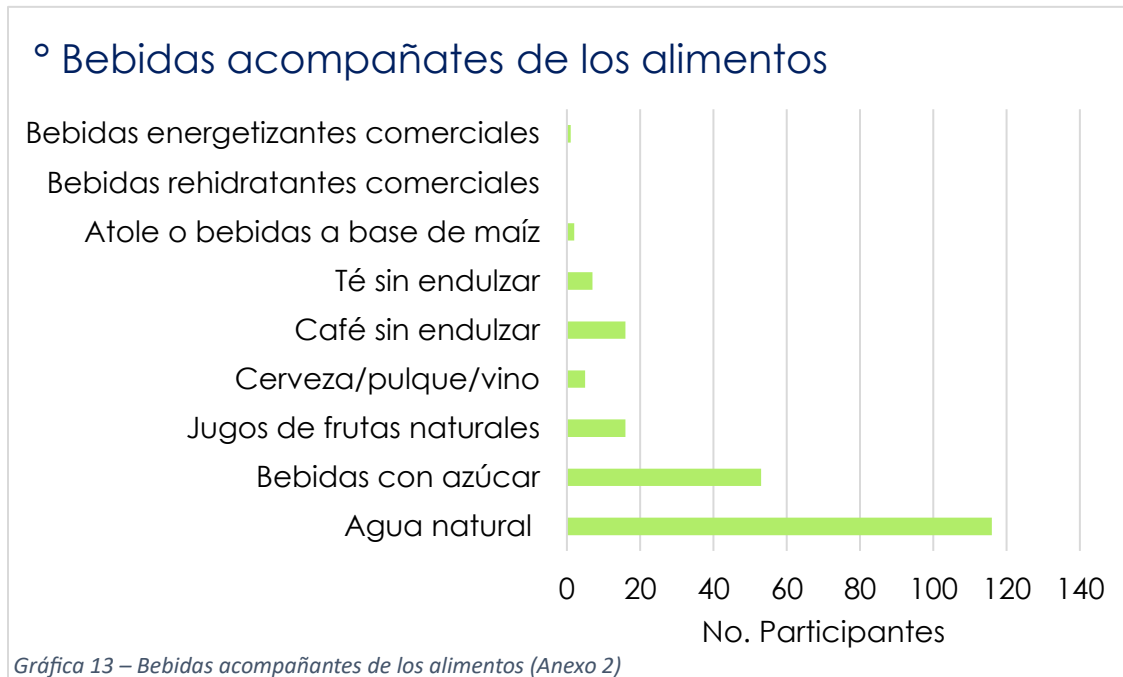


Gráfica 11 – Primer alimento del día (Anexo 2)

El consumo preferente de alimentos hechos en casa aporta una mejor calidad nutricional, siempre y cuando se prepare de forma adecuada, variada, equilibrada e inocua. Sin embargo, el consumo frecuente de alimentos en otros establecimientos es notorio en los participantes, considerando de estos, el alto contenido de grasas saturadas, sales y azúcares. (Gráfica 12)

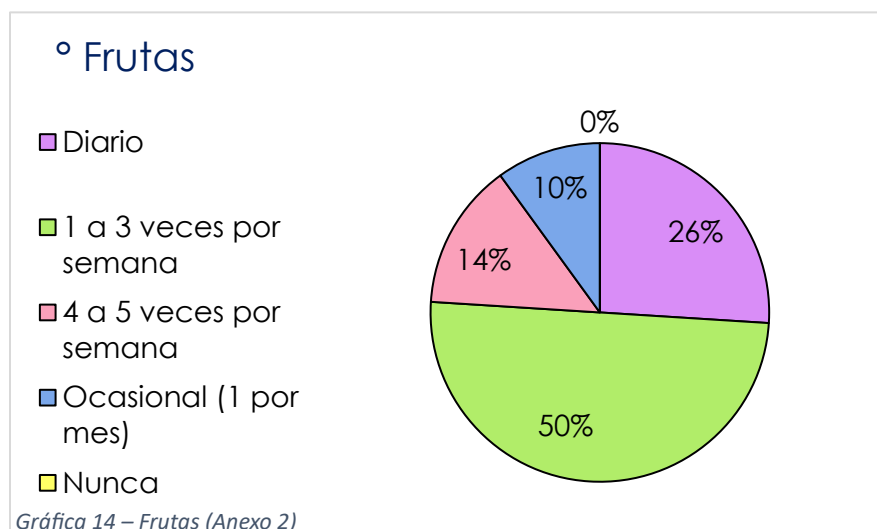


El acompañamiento de agua natural al consumir alimentos, desempeña un papel vital en los procesos corporales, como el transporte de nutrientes y la eliminación de productos de desecho; 116 de los participantes indicaron acompañar sus alimentos con agua natural; por otra parte, 53 de los participantes no descartan las bebidas con azúcar al consumir alimentos. (Gráfica 13)

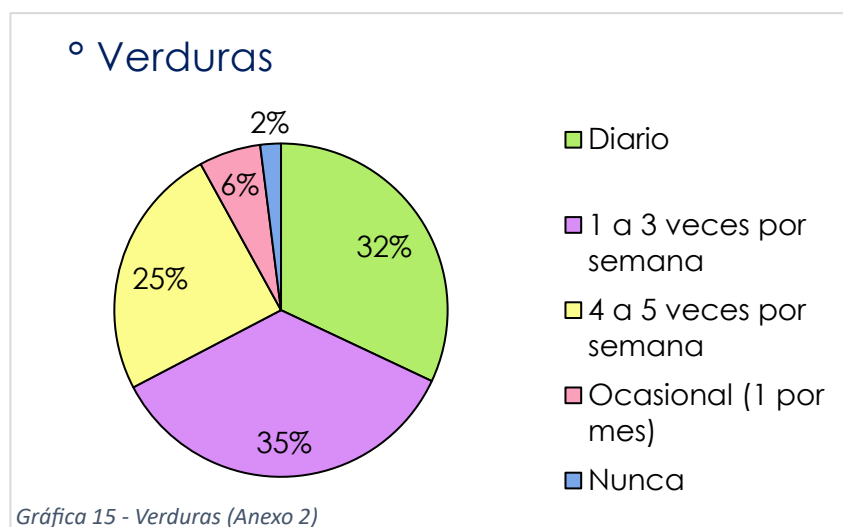


4.8.4.1. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

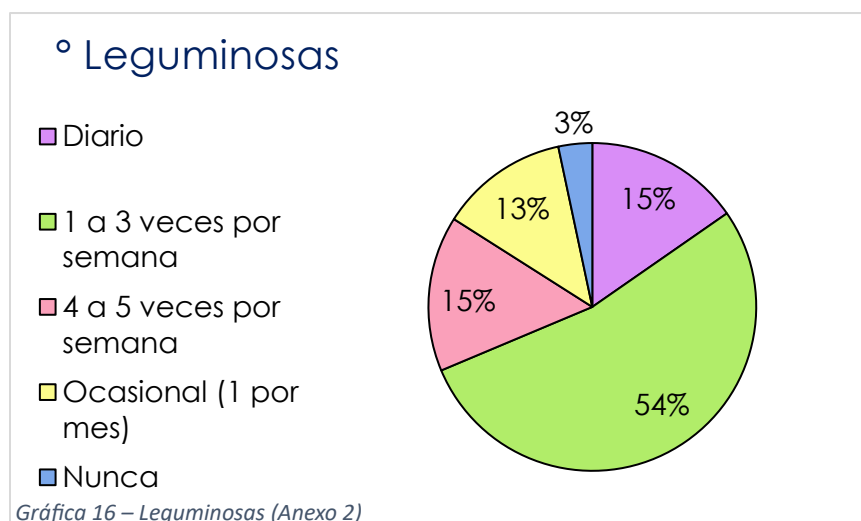
La gráfica muestra que el 26% (n= 39) de los participantes consume frutas diariamente. De acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 2 a 4 equivalentes de frutas al día, siempre y cuando no presenten alguna patología que lo amerite. (Gráfica 14)



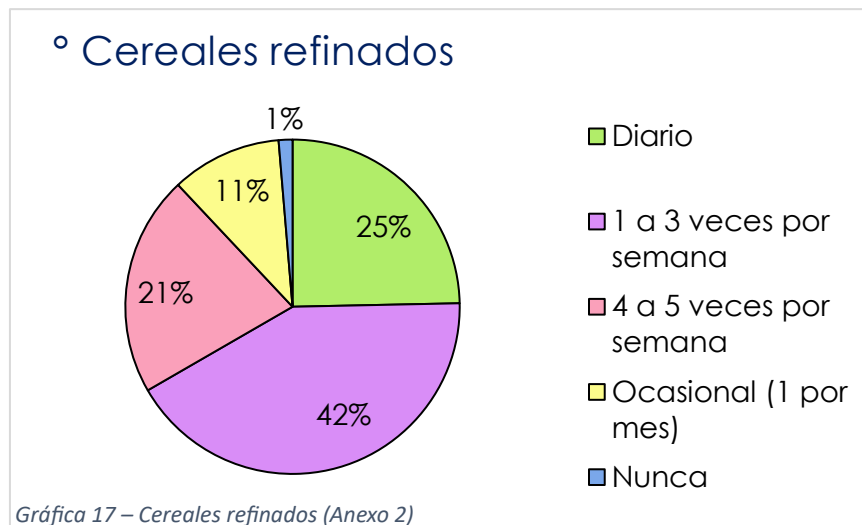
La mayoría de los participantes consume de 1 a 3 veces por semana verduras, dando el 35% (n= 53), como se observa en la siguiente gráfica, de acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 3 a 5 equivalentes de verduras al día. (Gráfica 15)



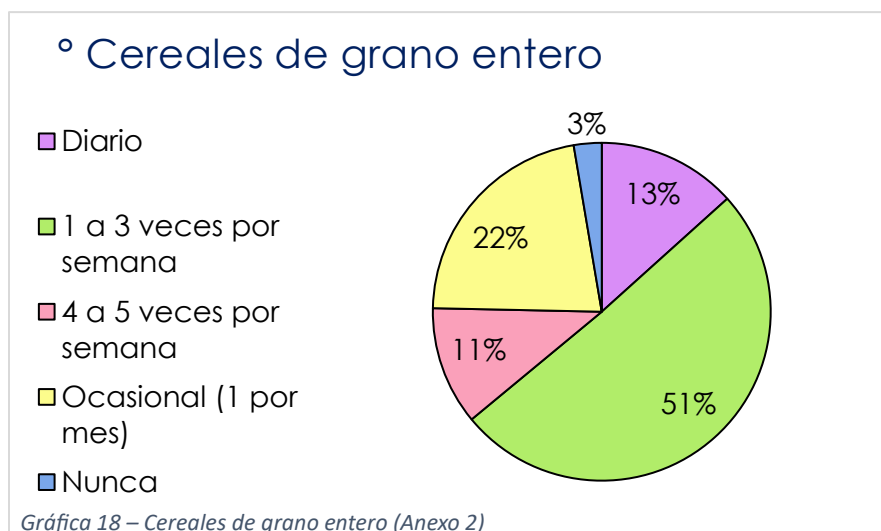
De acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 1 a 2 equivalentes de leguminosas (frijol, habas, lentejas, garbanzo, soya) al día. Más del 50% de los participantes indicó que consume de 1 a 3 veces por semana leguminosas y el 3% (n= 5) indicó que nunca las consume. (Gráfica 16)



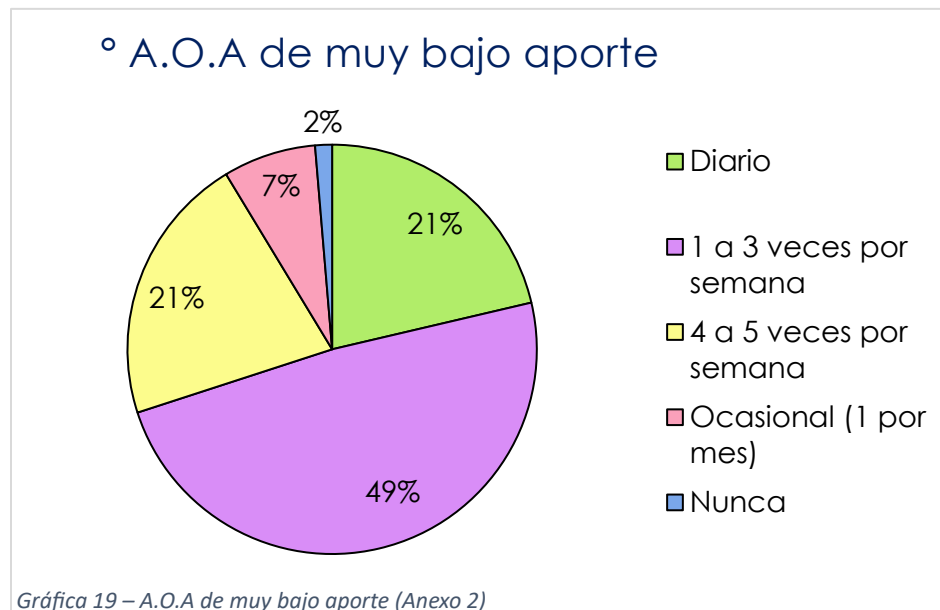
La gráfica muestra que el 25% (n= 37) de los participantes consume cereales refinados (arroz, trigo, pan blanco, bolillo, pastas) diario y el 11% (n= 16) menciona que ocasionalmente, de acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 6 a 11 equivalentes de cereales al día. (Gráfica 17)



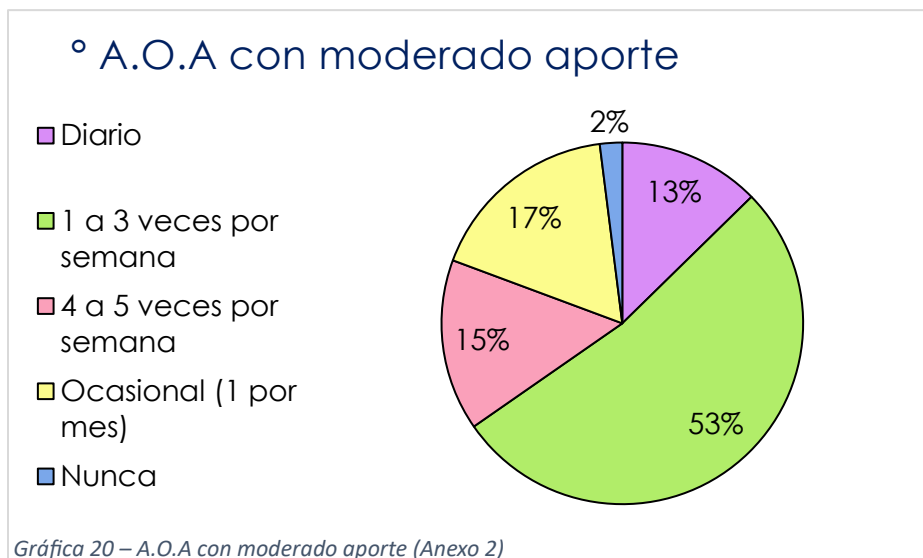
En la siguiente gráfica se observa que el 51% (n= 76) de los participantes consume cereales de grano entero (arroz integral, trigo integral, maíz, amaranto, quinoa, papa, camote) de 1 a 3 veces por semana y el 3% (n= 4) menciona que nunca los consume. (Gráfica 18)



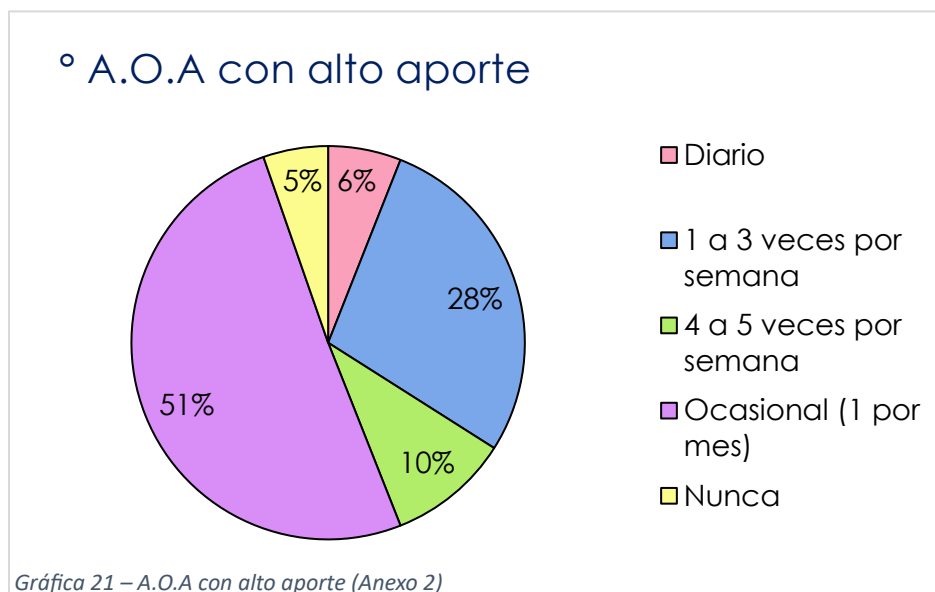
Los participantes que consumen de 1 a 3 veces por semana Alimentos de Origen Animal (A.O.A) de muy bajo aporte (pollo sin piel, pescado, clara de huevo, quesos blancos), abarcan el 49% (n= 73), como se observa en la siguiente gráfica. De acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 2 a 4 equivalentes de A.O.A al día. (Gráfica 19)



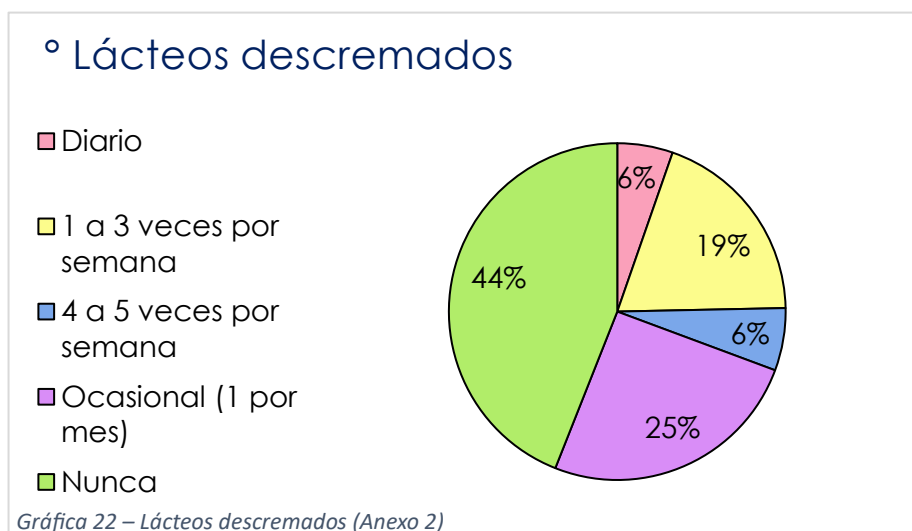
El 15% (n= 23) de los participantes mencionó que consume A.O.A con moderado aporte (huevo completo, pollo con piel, cortes de carne con grasa) de 4 a 5 veces por semana y el 53% (n= 79), 1 a 3 veces por semana, como lo indica la siguiente gráfica. (Gráfica 20)



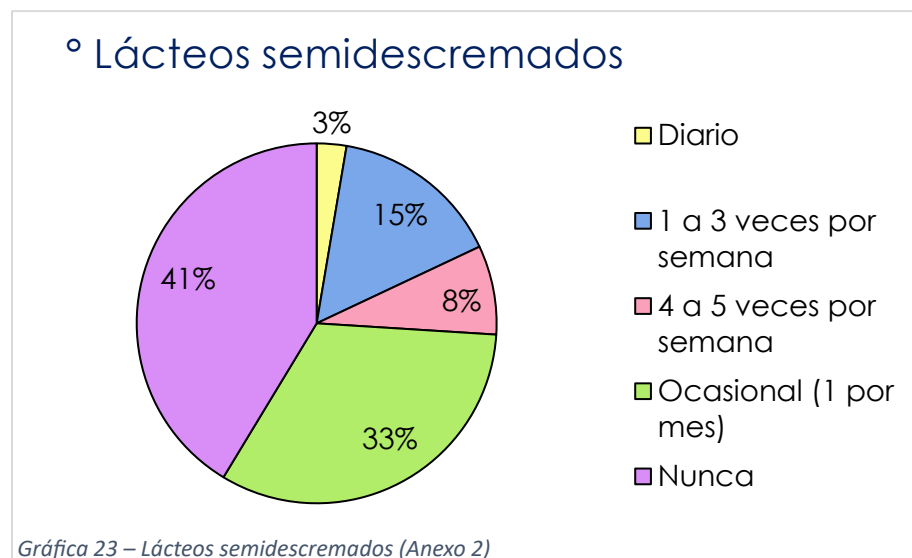
Más del 50% de los participantes indicó que consume ocasionalmente (1 por mes) Alimentos de Origen Animal (A.O.A) con alto aporte (carnitas, chicharrón, vísceras, suadero, sesos, quesos amarillos) y el 6% (n= 9) indicó que diario las consume. (Gráfica 21). El alto consumo, específicamente de estos alimentos, tiene como consecuencia un alto aporte de grasas dañinas para la salud, causando sobrepeso y obesidad.



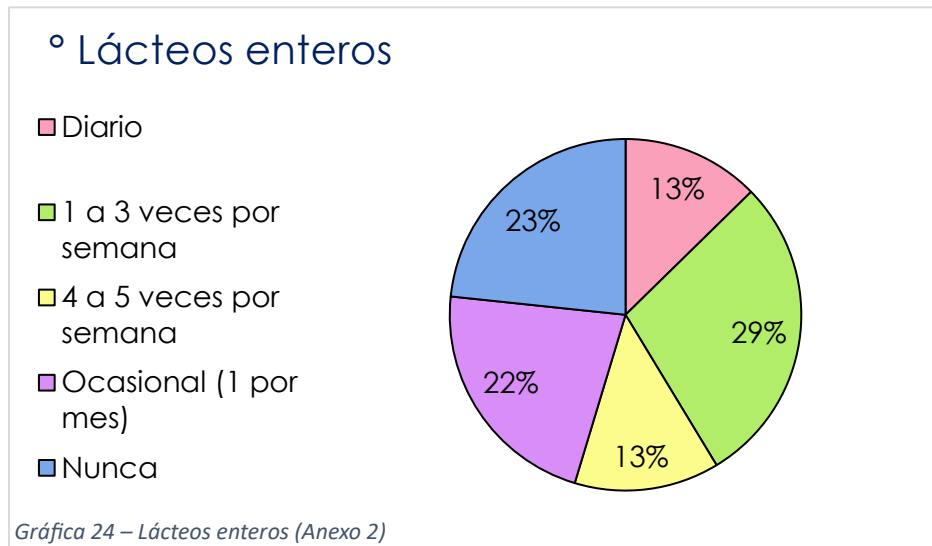
Los especialistas en nutrición recomiendan el consumo de 1 a 3 equivalentes de lácteos al día (descremados, semidescremados y enteros). La gráfica nos muestra que el 25% (n= 38) de los participantes, ocasionalmente (1 por mes) consume lácteos descremados y 44% (n= 66) nunca los consume. (Gráfica 22)



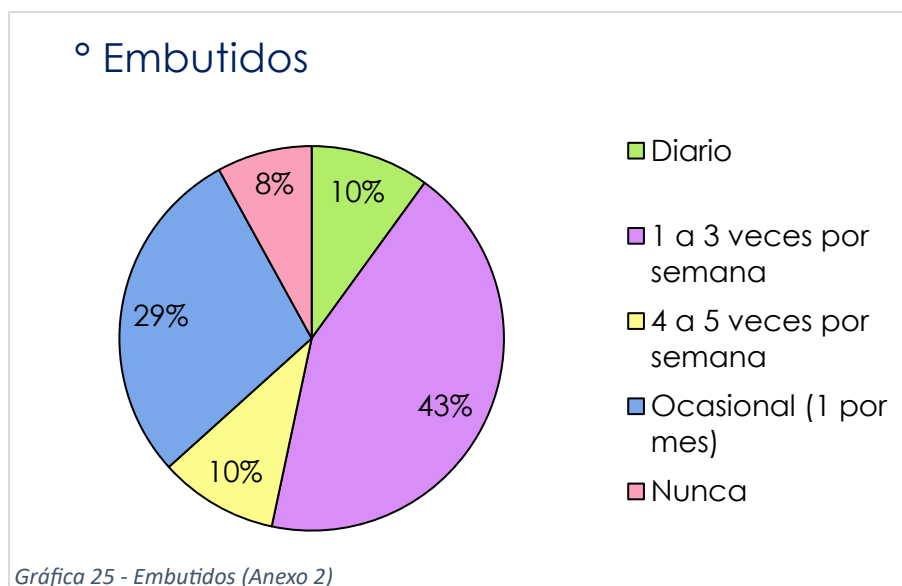
El 41% (n= 62) de los participantes indicó que nunca consume lácteos semidescremados y, por otra parte, el 3% (n= 4) diario consume lácteos semidescremados, como lo indica la gráfica. (Gráfica 23)



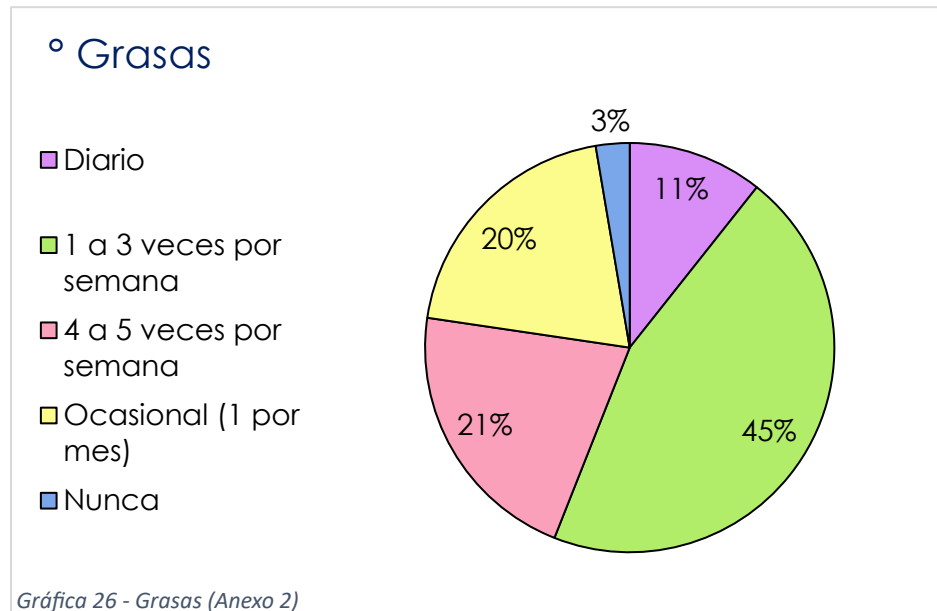
En la siguiente gráfica observamos que el 29% (n= 43) de los participantes, consume lácteos enteros 1 a 3 veces por semana, el 22% (n= 33) ocasionalmente y el 23% (n= 35) nunca. (Gráfica 24)



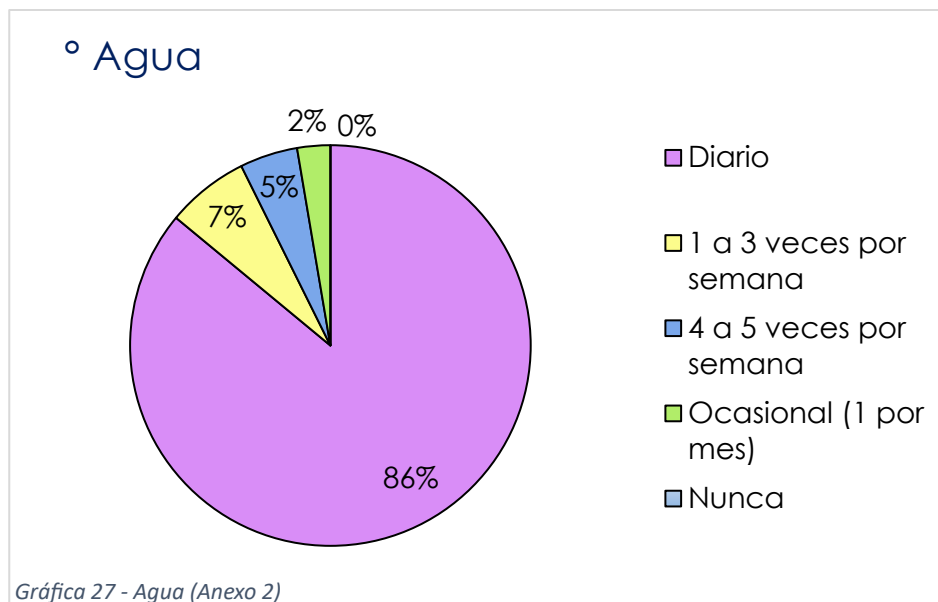
Los participantes que consumen embutidos (jamón, salchicha, mortadela, salami, pepperoni, chorizo, longaniza, tocino) de 1 a 3 veces por semana, abarcan el 43% (n= 65) de la siguiente gráfica y el 8% (n= 12) nunca lo consume. (Gráfica 25)



Los especialistas en nutrición, recomiendan el consumo de 7 a 9 equivalentes de grasas al día (con proteína y sin proteína). La gráfica nos muestra que el 11% (n= 16) de los participantes consume diariamente grasas y, el 3% (n= 4) nunca las consume. (Gráfica 26)

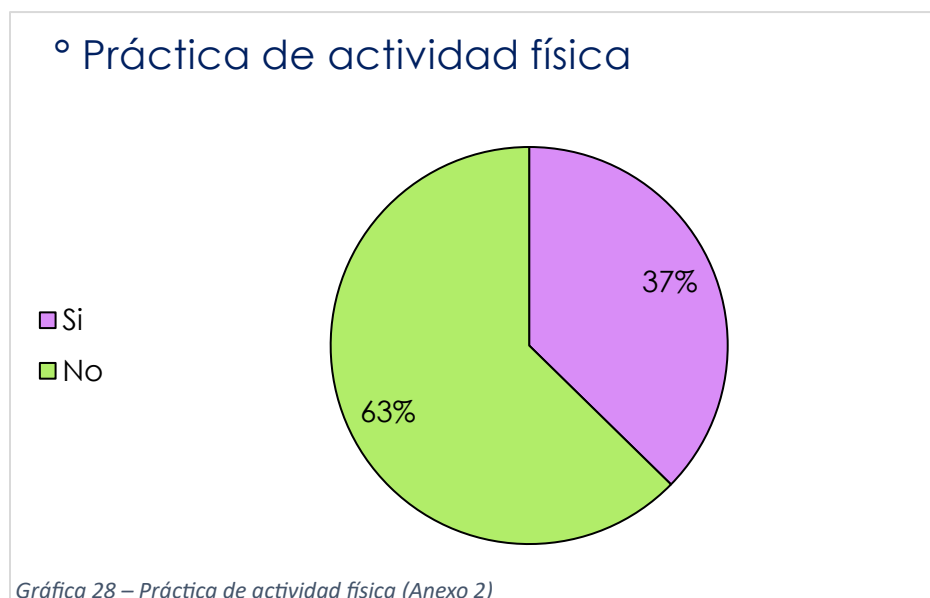


El consumo de agua, de acuerdo con los expertos, actualmente es de 1.5 a 3 litros al día, sin embargo, y como se observa en la gráfica, el 5% (n= 7) de los participantes consume de 4 a 5 veces por semana agua y el 7% (n= 10) de 1 a 3 veces por semana, causando una señal alarmante de estos pacientes, dado que el consumo vital de agua a diario es de suma importancia para los procesos metabólicos. (Gráfica 27)

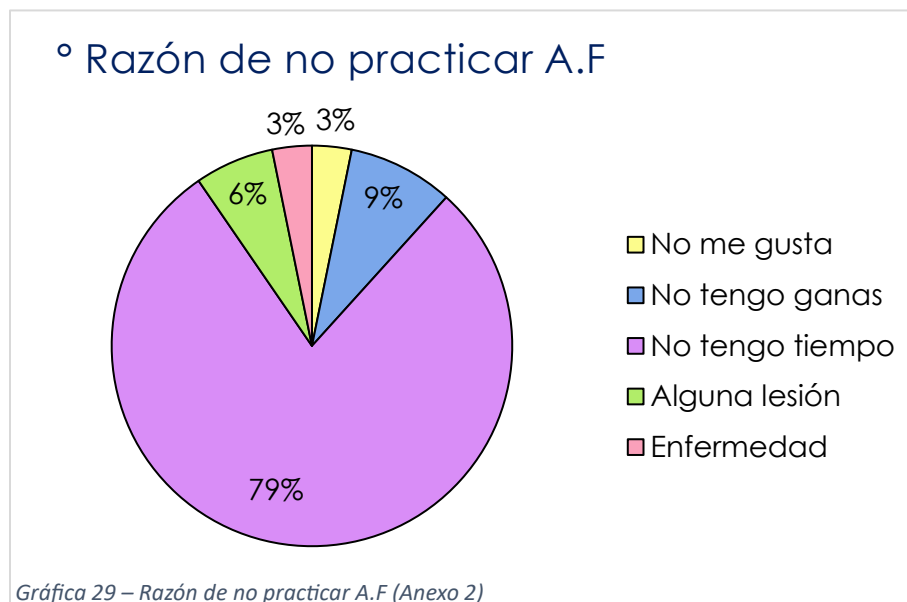


4.8.5. ACTIVIDAD FÍSICA

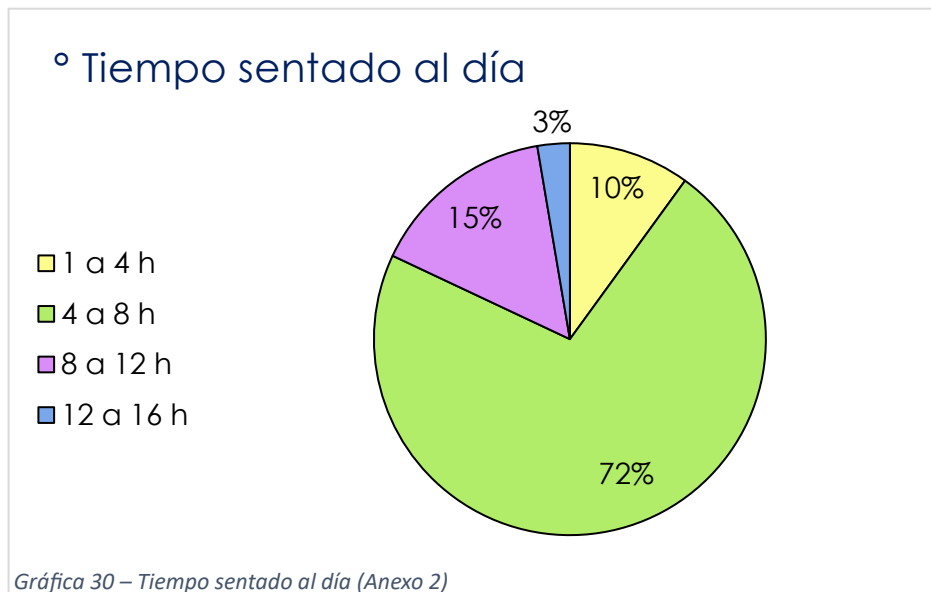
El realizar actividad física contribuye para mantener un óptimo estado de salud y, de esta forma, prevenir Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). El 63% (n= 94) de los participantes no realiza actividad física, mientras que el 37% (n= 56) sí realiza alguna actividad física. (Gráfica 28)



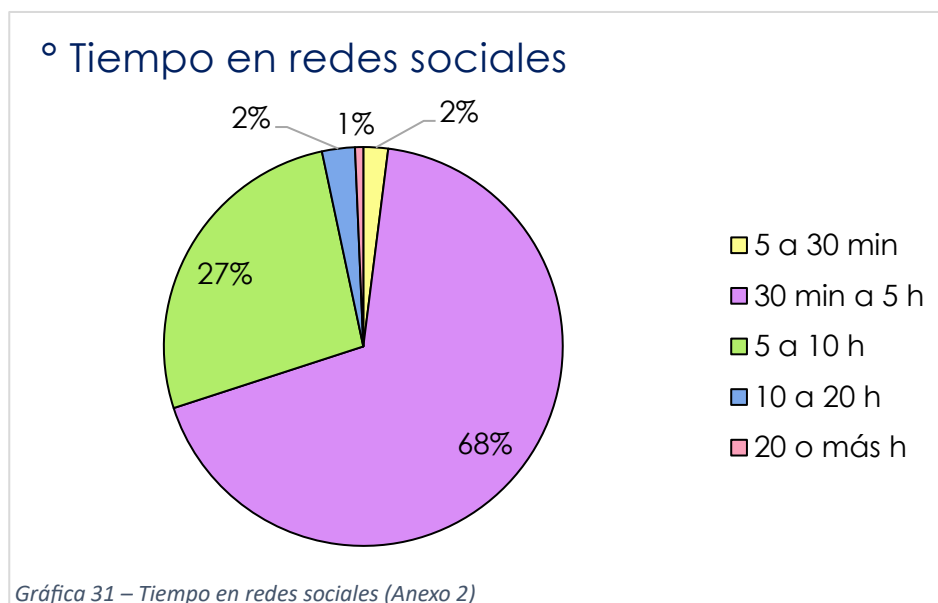
Hay diferentes razones para no realizar algún tipo de actividad física, sin embargo, dentro de las más destacadas están las que se muestran en la gráfica. Los 94 participantes que mencionaron no realizar algún tipo de actividad física en la gráfica anterior (*Gráfica 28*), 79% (n= 74) no tiene tiempo de realizar actividad física, el 9% (n= 8) no tiene ganas y el 3% (n= 3) por algún tipo de enfermedad. (*Gráfica 29*)



De acuerdo con la siguiente gráfica, nos muestra que la mayoría de los participantes, pasan sentados de 4 a 8 horas al día, dando un total de 72% (n= 108) y el 15% (n= 23) de 8 a 12 horas. Es evidente que, al ser estudiantes, pasen más horas sentados, debido a sus clases. (*Gráfica 30*)

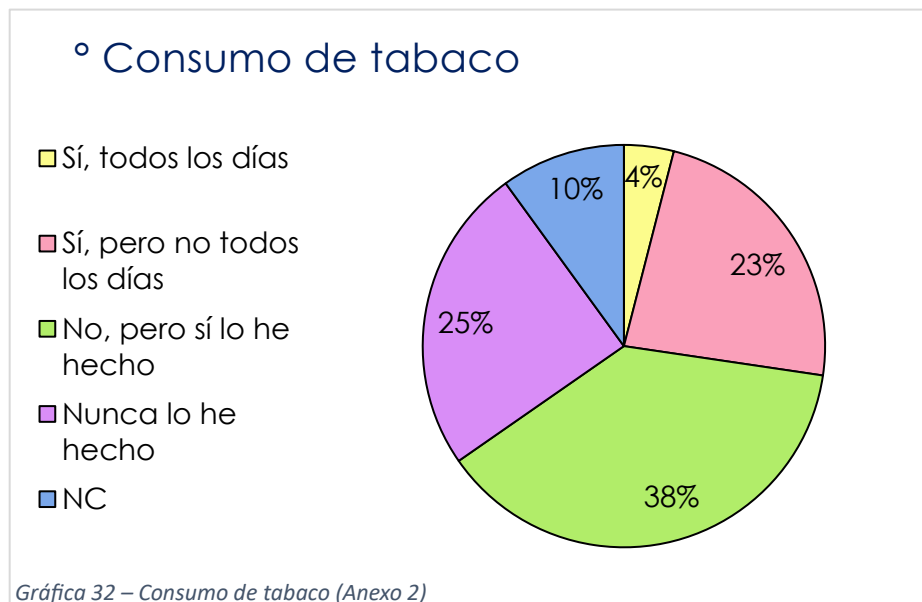


Actualmente, una de las conductas con mayor frecuencia en los adultos es el uso de redes sociales. La gráfica muestra que el 68% (n= 102) de los participantes usa redes sociales de 30 min a 5 h al día, y el 27% (n= 40) de 5 a 10 h. (Gráfica 31)

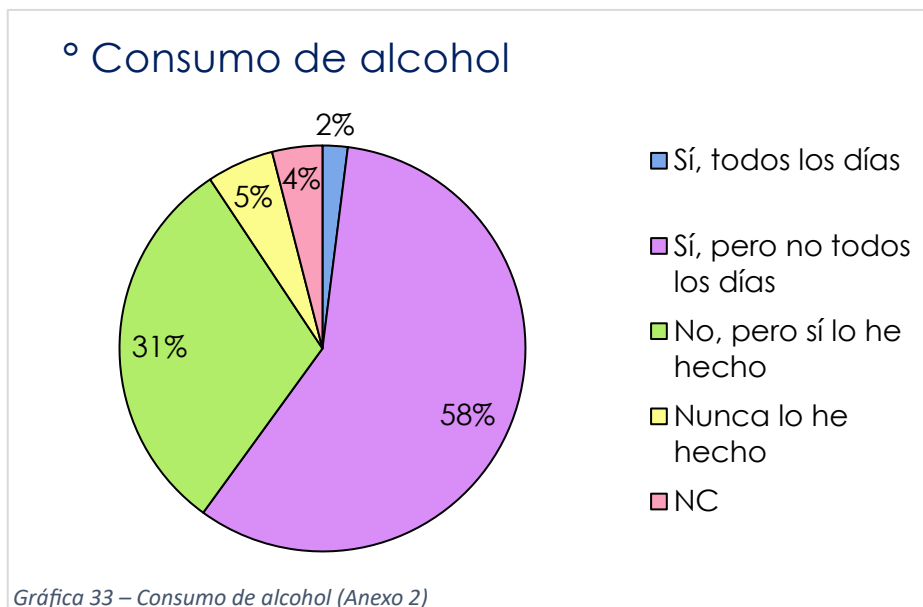


4.8.6. CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

El frecuente consumo de tabaco repercute a la salud e influye en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). El 38% (n= 57) de los participantes no consume actualmente tabaco, pero sí lo ha hecho y, el 23% (n= 35) indicó que sí, pero no todos los días, sin embargo, el 4% (n= 6) sí lo consume todos los días. (*Gráfica 32*)



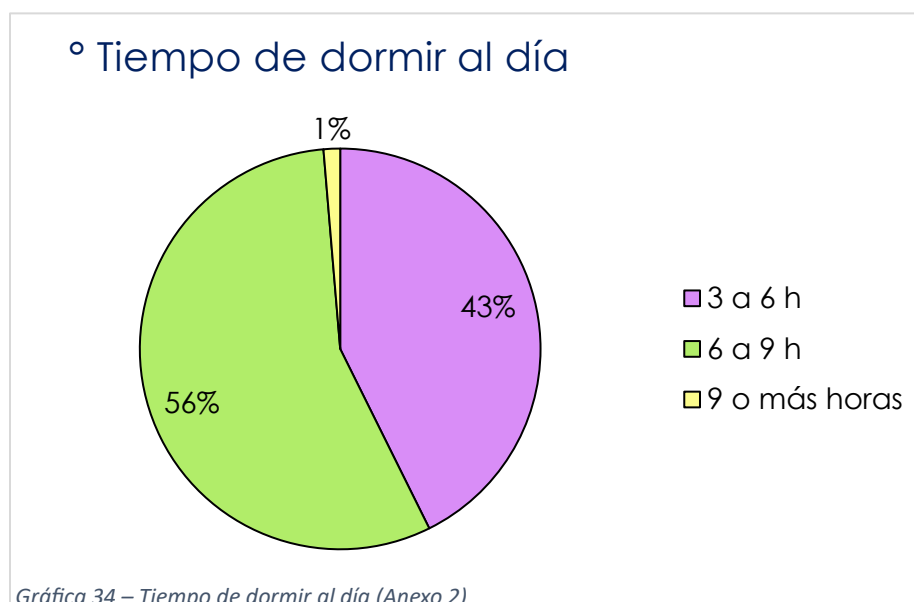
Al igual que el tabaco, el alcohol repercute de manera significativa en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y en la aparición de algunas de estas. El 2% (n= 3) de los participantes mencionaron que, sí consume alcohol todos los días, mientras que el 58% (n= 87) sí lo consume, pero no todos los días. (*Gráfica 33*)



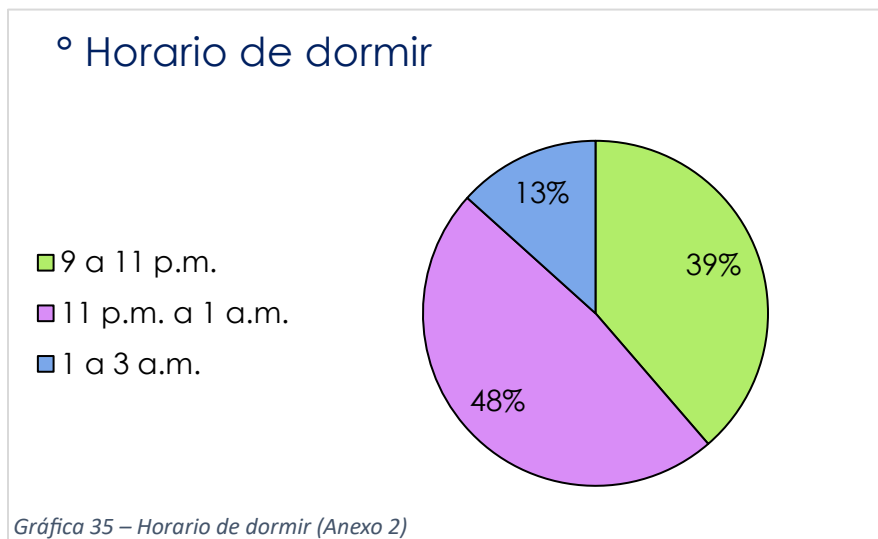
4.8.7. HÁBITOS DE SUEÑO

El 56% (n= 84) de los participantes mencionó dormir de 6 a 9 horas al día, mientras que el 43% (n= 64) de 3 a 6 horas. El dormir adecuadamente mantiene el cuerpo en un estado de equilibrio, obteniendo una regeneración a nivel celular y metabólico.

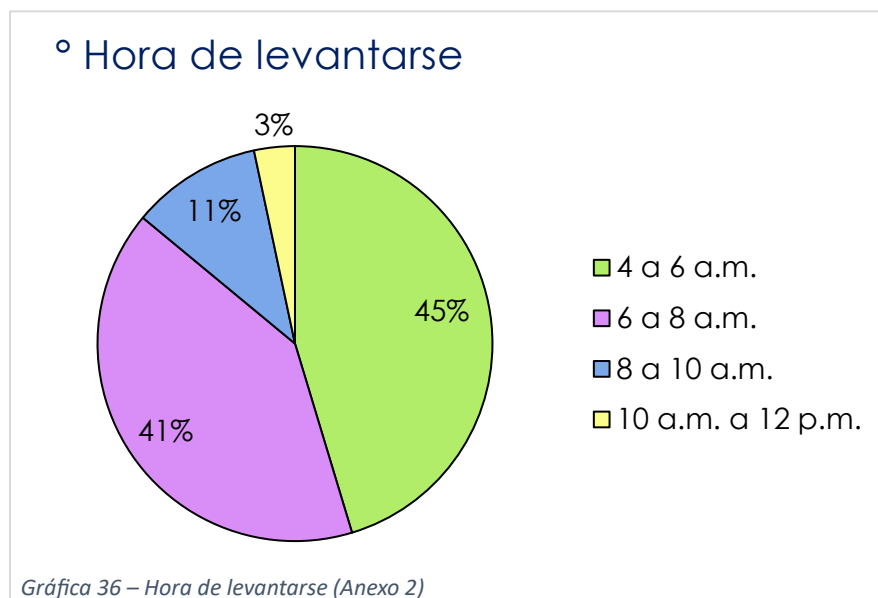
(Gráfica 34)



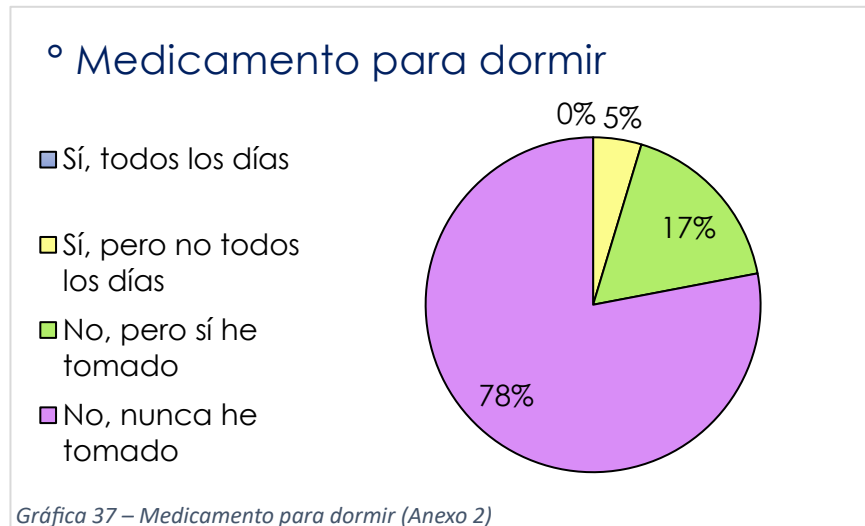
La hora de dormir más frecuente entre los participantes es de 11 p.m. a 1 a.m., obteniendo un 48% (n= 72) en la gráfica. Considerando siempre importante las horas de descanso para un mejor rendimiento energético. (Gráfica 35)



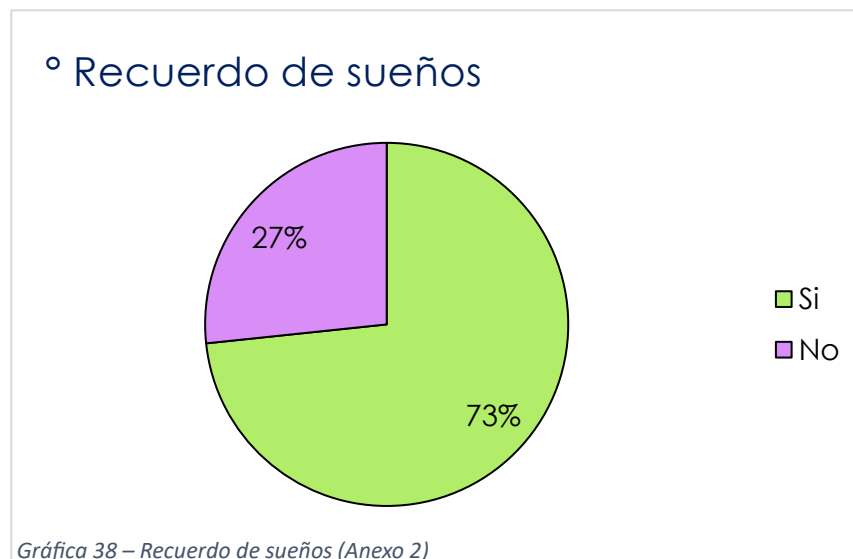
La gráfica indica que el 45% (n= 68) de los participantes se levanta de 4 a 6 a.m., y el 41% (n= 61) de 6 a 8 a.m. (Gráfica 36)



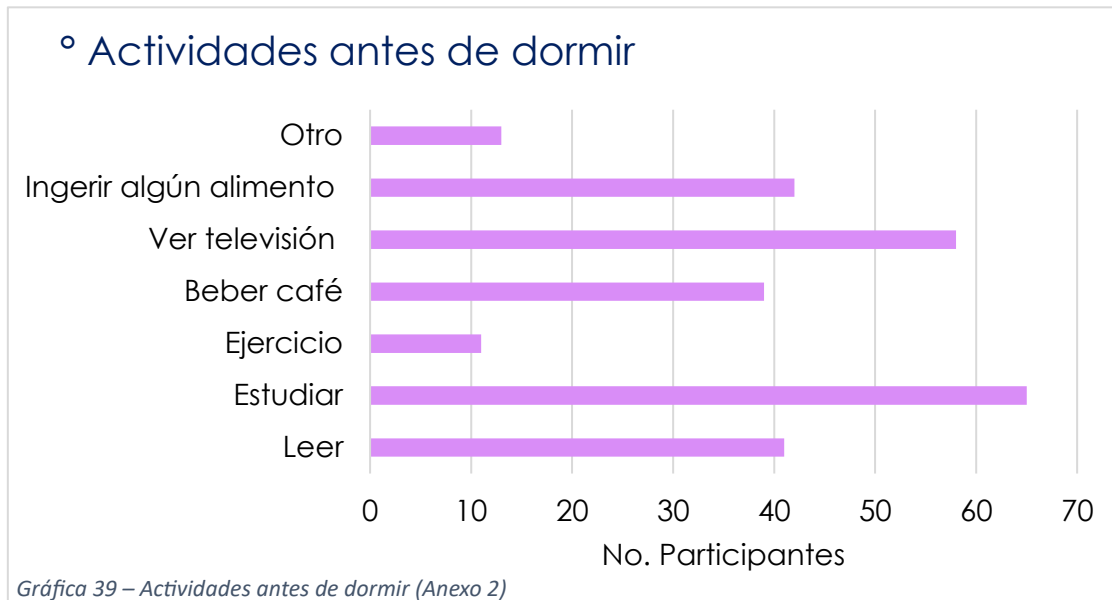
Más de la mitad de los participantes indicó que nunca ha tomado medicamentos para conciliar el sueño, siendo un 78% (n= 117), mientras que el 5% (n= 7) sí toma medicamentos, pero no todos los días. (Gráfica 37)



El 27% (n= 40) de los participantes mencionó que no recuerda sus sueños y el 73% (n= 110) si lo recuerda. (Gráfica 38)



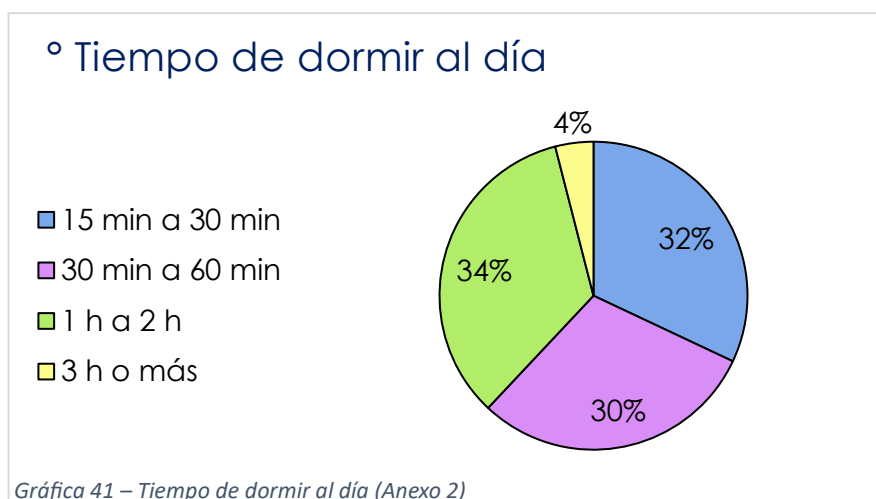
De acuerdo a la gráfica, se observa que las actividades antes de dormir más recurrentes en los participantes son: estudiar con un 24% (n= 65), ver televisión con un 22% (n= 58) e ingerir alimentos con un 16% (n= 42). (Gráfica 39)



El 33% (n= 50) de los participantes afirmó dormir durante el día, mientras que el 67% (n= 100) negó dormir durante el día. (Gráfica 40)



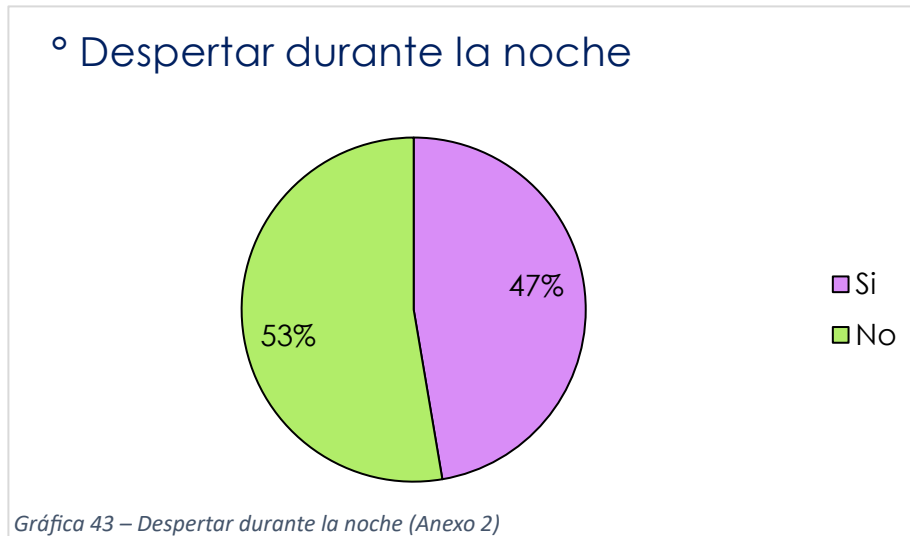
De acuerdo con el 33% (n= 50) de los participantes que se muestra en la gráfica anterior (*Gráfica 40*), los cuales, afirmaron dormir durante el día, la presente gráfica muestra el tiempo que duermen. El 34% (n= 17) de los participantes suele dormir de 1 a 2 horas y el 4% (n= 2) 3 o más horas. (*Gráfica 41*)



El no poder conciliar el sueño se asocia con diferentes factores, entre ellos el estrés, hábitos que alteran el sueño como, por ejemplo, el celular, la TV, etcétera. 51% de los participantes indicó sí tener problemas para conciliar el sueño y el 49% restante, no. Dormir lo suficiente es importante para la salud. (*Gráfica 42*)



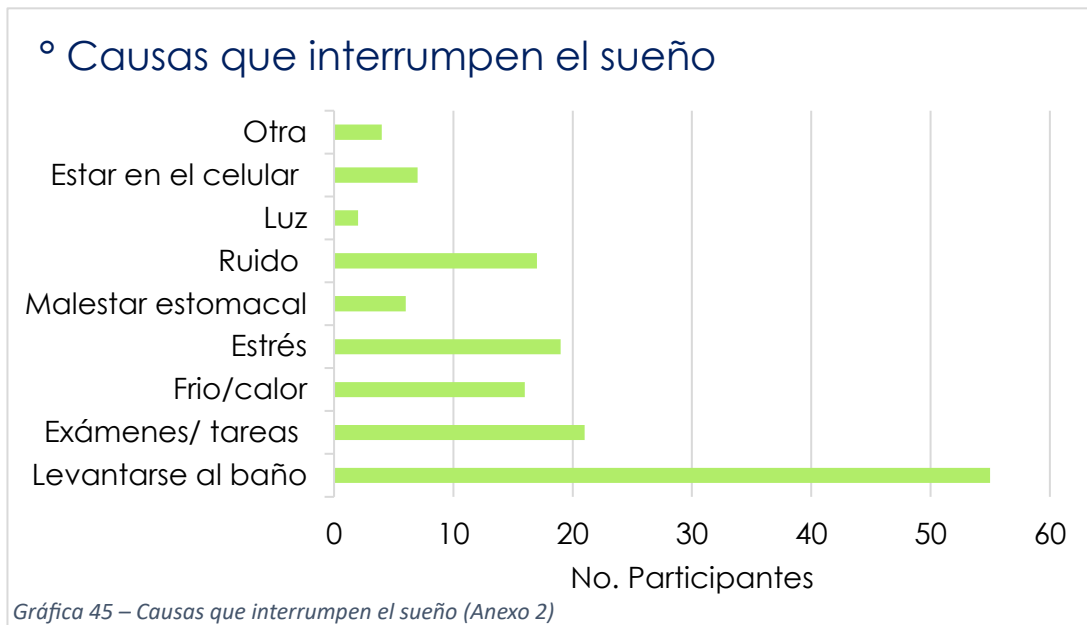
El 47% (n= 71) de los participantes afirmó despertar durante la noche, mientras que el 53% (n= 79) no se despierta en la noche. (*Gráfica 43*)



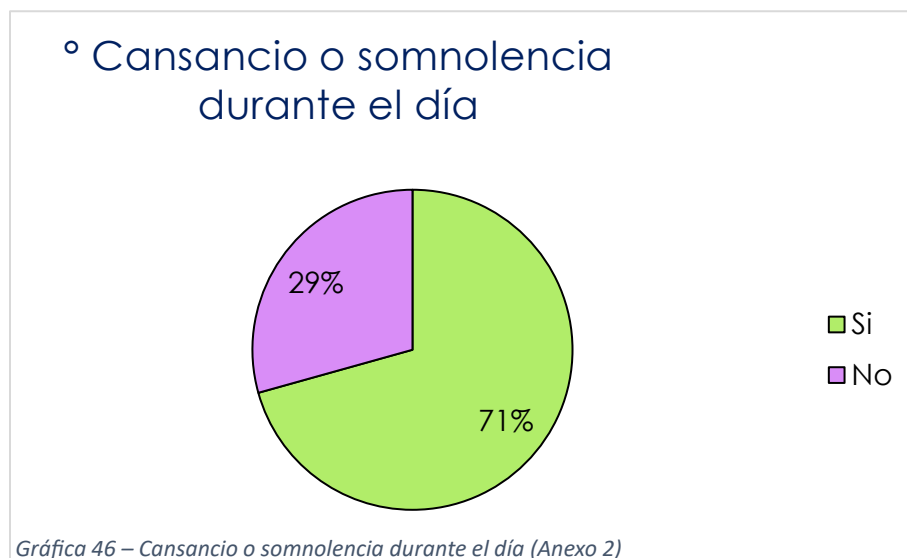
De los 71 (41%) participantes que afirmaron despertar durante la noche en la gráfica 43, el 87% (n= 62) se despierta de 1 a 2 veces, mientras que el 13% (n= 9) 3 veces o más durante la noche. (*Gráfica 44*)



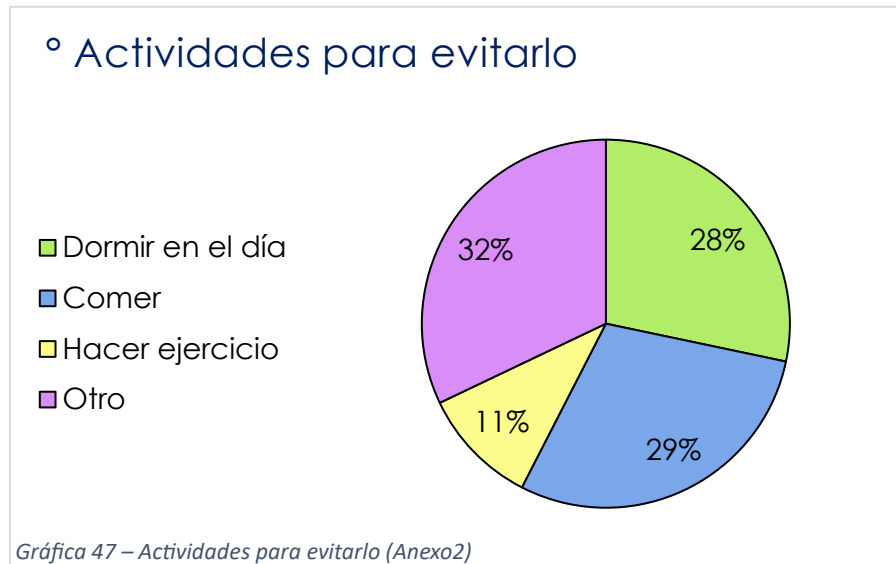
En la presente gráfica se muestran algunos de los factores que interrumpen el sueño de los participantes de la gráfica 43, los cuales, señalaron más de 1 opción. El top 3 de las causas más frecuentes son: levantarse al baño, seguido de exámenes/tareas y estrés. (Gráfica 45)



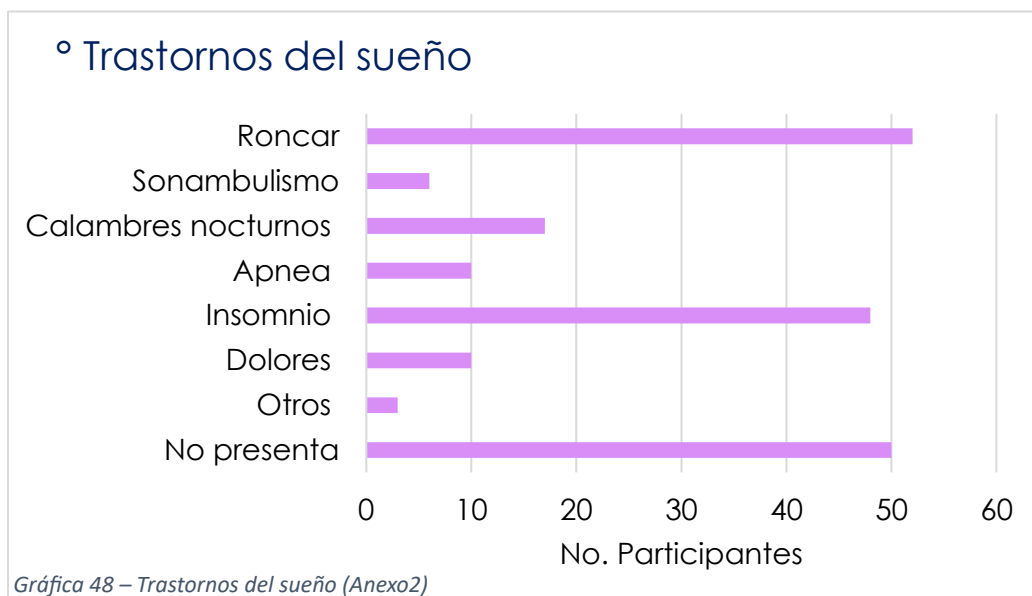
El 71% (n= 106) de los participantes indicó sentirse cansado o con somnolencia en el transcurso del día, a pesar de las horas que hayan dormido. (Gráfica 46)



Los 106 participantes que afirmaron sentirse cansados o con somnolencia en el lapso de su día, optaron por realizar actividades para evitarlo, el 29% prefiere comer, 28% dormir en el día, 11% hacer ejercicio y 32% otra actividad. (Gráfica 47)



De acuerdo con los trastornos del sueño, los pacientes se identificaron con estos conjuntos de alteraciones, los cuales, seleccionaron más de uno. Dentro de los 3 primeros se encuentran: roncar, insomnio y calambres nocturnos. (Gráfica 48)

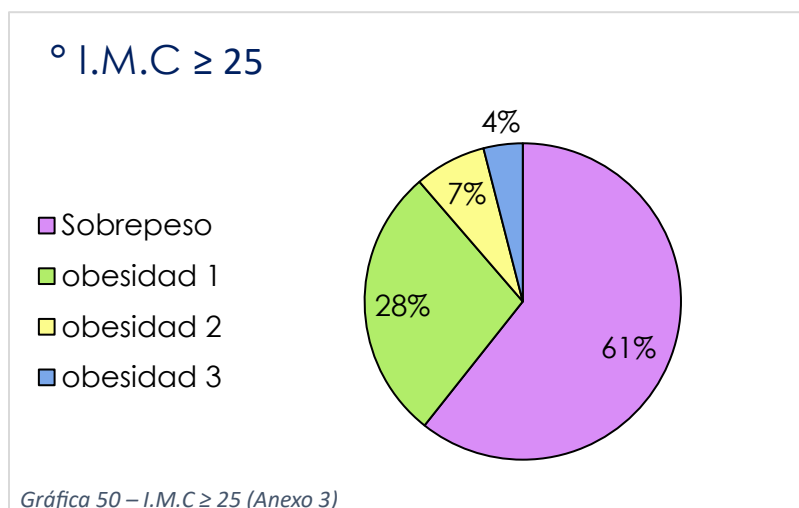


Los estimulantes para evitar el sueño, sin duda, son una buena opción, sin embargo, no se deben consumir en exceso. Los pacientes que afirmaron el consumo de estimulantes constan de un 33% (n= 49). (Gráfica 49)

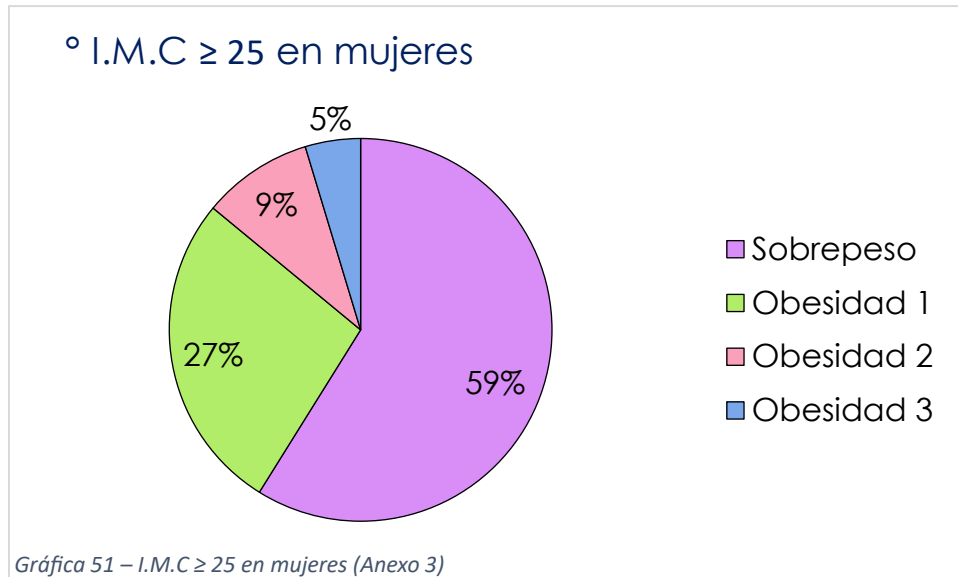


4.8.8. ANTROPOMETRÍA

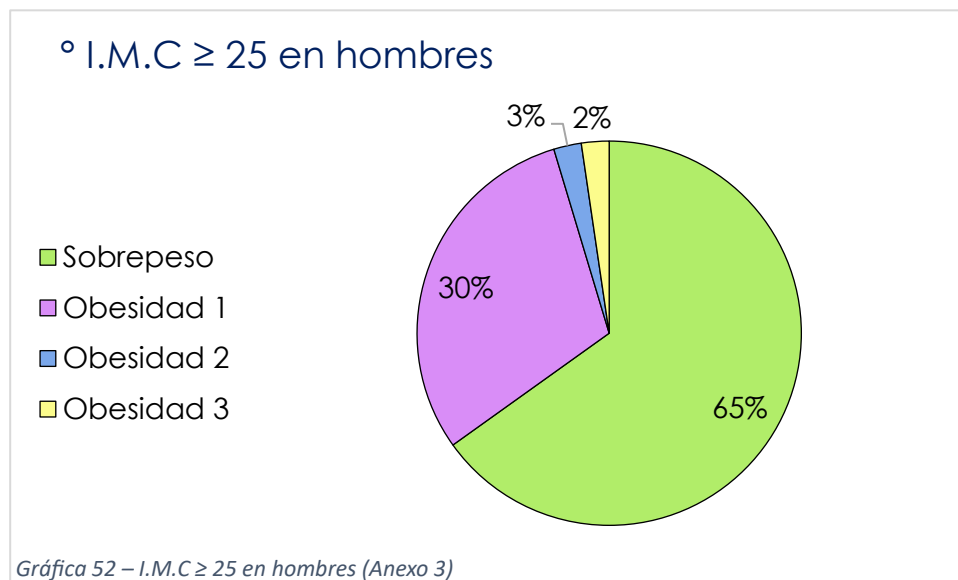
De los 150 participantes, se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 25, siendo este el rango para clasificar de sobrepeso a obesidad. El 61% (n= 91) de los participantes tuvieron sobrepeso, 28% (n= 42) obesidad tipo 1, 7% (n= 11) obesidad tipo 2 y 4% (n= 6) obesidad tipo 3. (Gráfica 50)



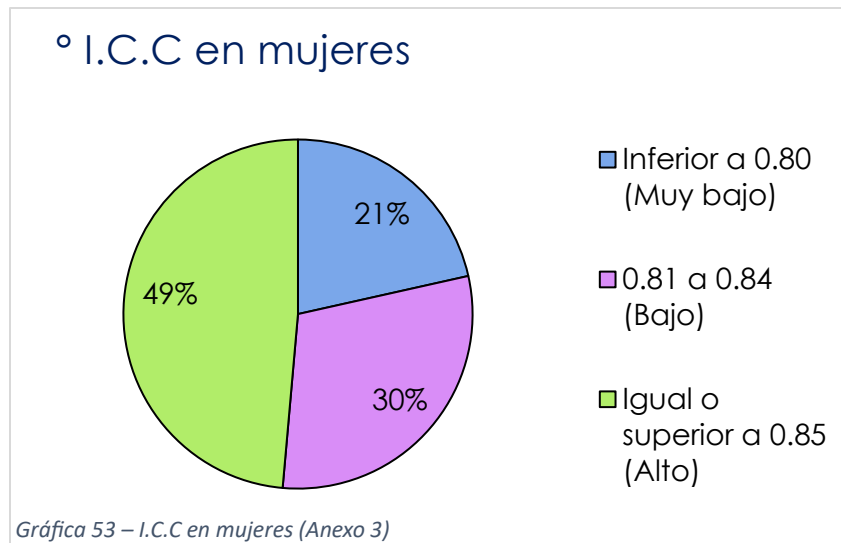
La gráfica muestra el IMC superior a 25 de las 107 mujeres, entre sobrepeso y los diferentes tipos de obesidad. (Gráfica 51)



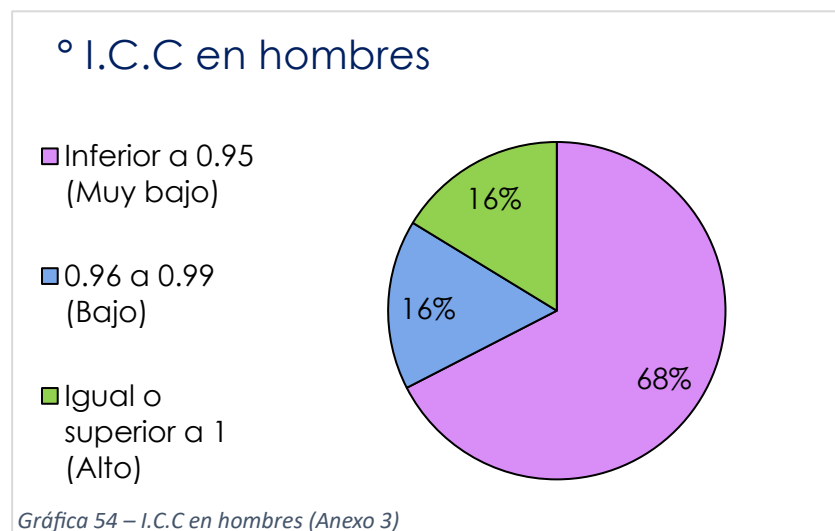
La gráfica muestra el IMC superior a 25 de los 43 hombres, entre sobrepeso y los diferentes tipos de obesidad. (Gráfica 52)



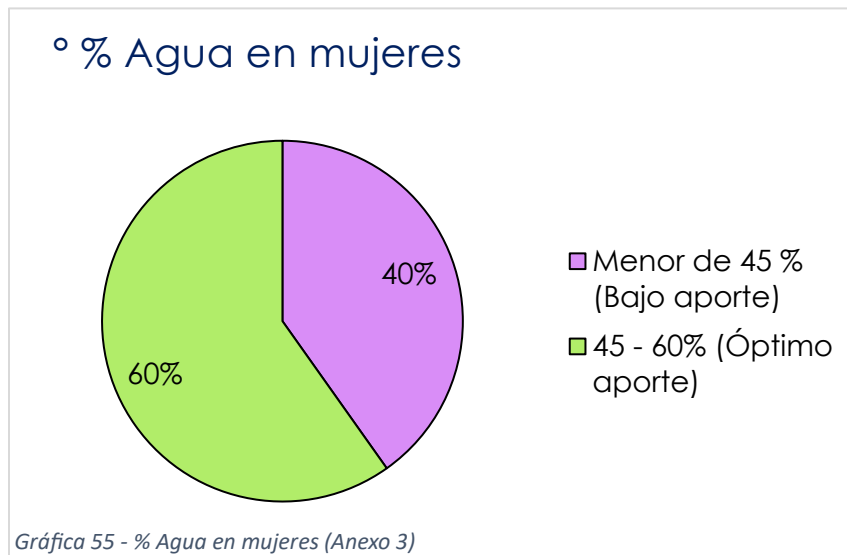
Para sacar el Índice Cintura-Cadera (I.C.C) de los 150 participantes, se dividió entre mujeres y hombres de acuerdo con los valores propuestos por la OMS (*Tabla 3*). La gráfica de I.C.C de las 107 participantes, muestra que el 49% (n= 52) tiene un valor igual o superior a 0.85, indicando un alto riesgo cardiovascular. (*Gráfica 53*)



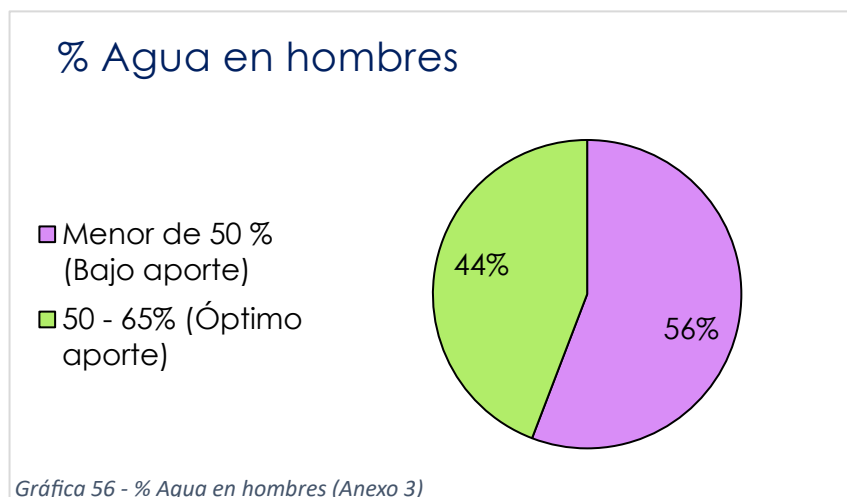
La gráfica de I.C.C de los 43 participantes, muestra que el 16% (n= 7) tiene un valor igual o superior a 1, indicando un alto riesgo cardiovascular. (*Gráfica 54*)



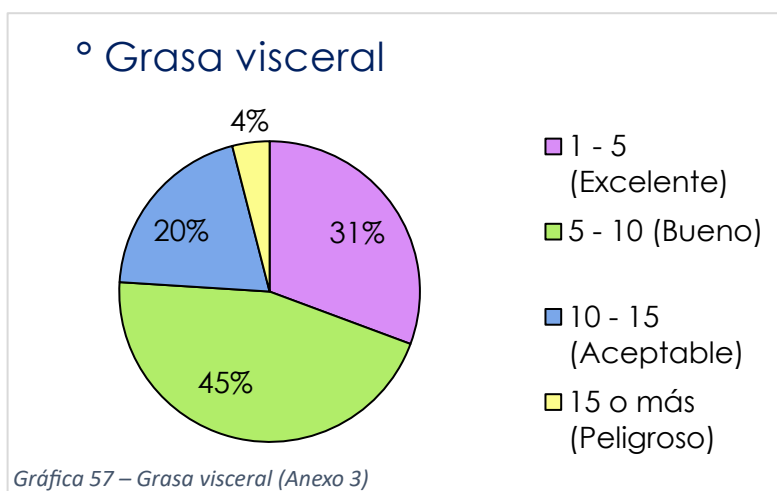
Se realizó la división de los 150 participantes entre hombres y mujeres, dado que, los parámetros de porcentaje de agua son diferentes. La gráfica muestra que el 60% (n= 64) de las mujeres tiene un óptimo contenido de agua (45–60%) y el 40% (n= 43) bajo aporte de agua (menor a 45%). (Gráfica 55)



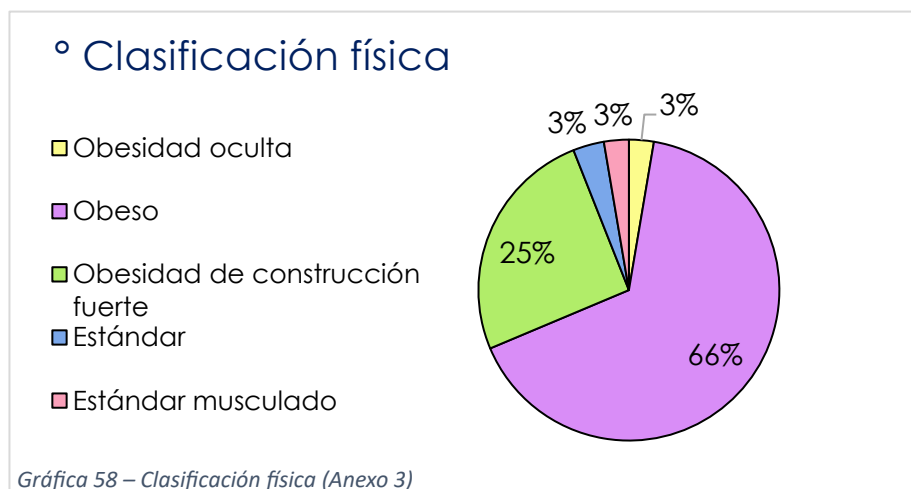
La gráfica muestra que el 44% (n= 19) de los hombres, tiene un óptimo contenido de agua (50–65%) y el 56% (n= 24) baja cantidad de agua (menor a 50%). (Gráfica 56)



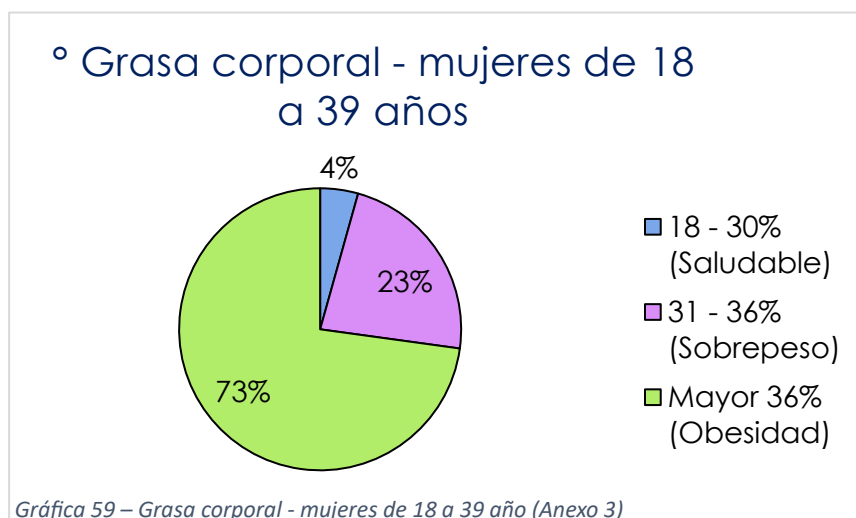
Un nivel de grasa visceral excesivo, es factor de riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, enfermedades renales, colesterol alto, etcétera. La siguiente gráfica muestra que el 20% (n= 30) de los participantes refieren un nivel de puntuación de 10 a 15, lo que indica una grasa visceral aceptable y, el 4% (n= 6), 15 o más, lo que indica una grasa visceral peligrosa. (Gráfica 57)



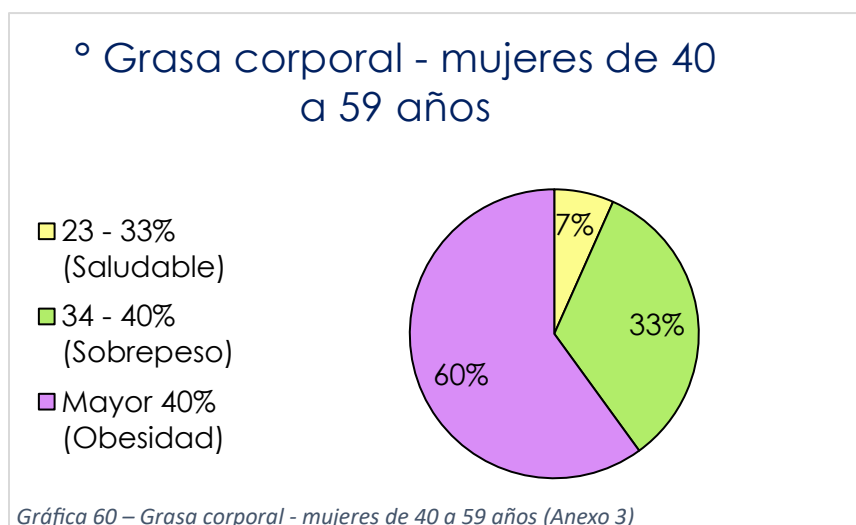
Con la ayuda de la báscula de bioimpedancia, se obtuvo una puntuación de la clasificación física, en donde el 66% (n= 99) de los participantes se situaron en estado obeso y el 25% (n= 38) en obesidad de construcción fuerte. (Gráfica 58)



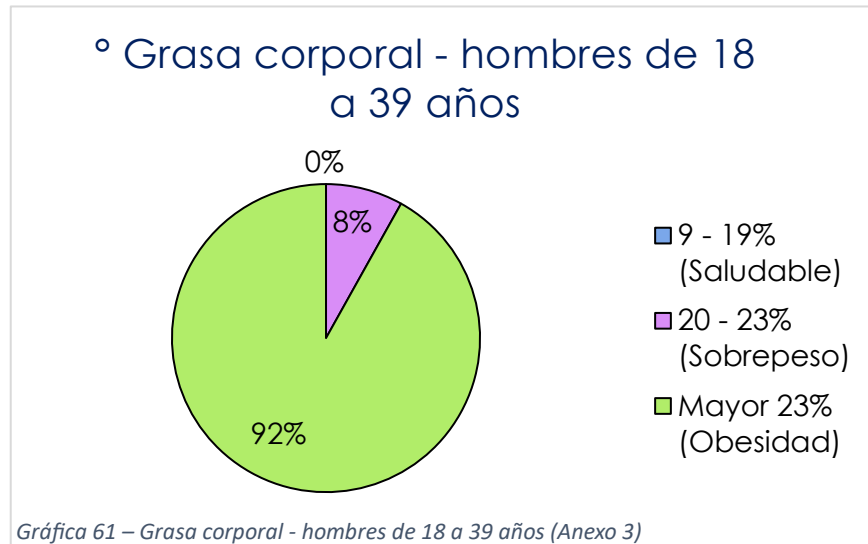
Este indicador de la báscula de bioimpedancia representa la proporción de grasa respecto al peso corporal, de acuerdo con los rangos por sexo y edad. La primera gráfica de grasa corporal en mujeres de 18 a 39 años (n= 92), muestra que el 73% (n= 67) tiene un rango mayor a 36% de grasa corporal, indicando la presencia de obesidad, y el 23% (n= 21) sobrepeso (31-36%). (Gráfica 59)



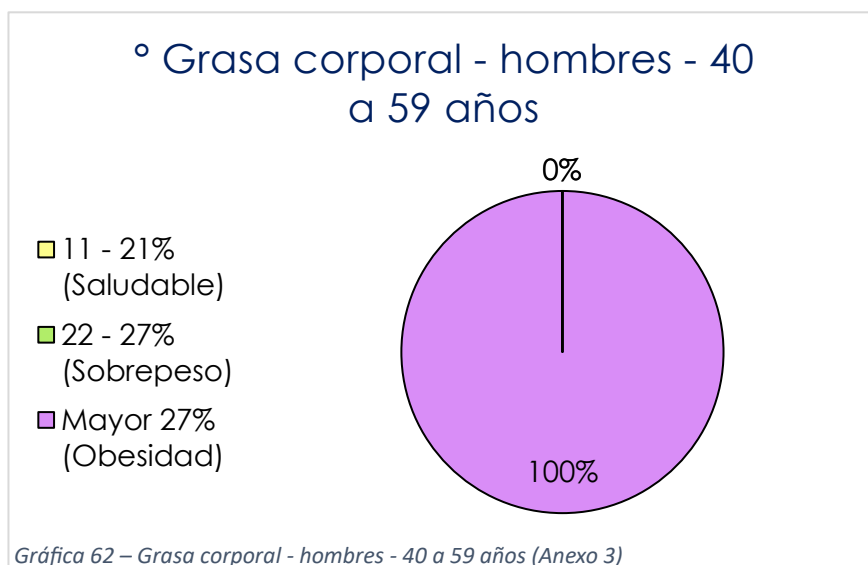
La segunda gráfica de grasa corporal en mujeres de 40 a 59 años (n= 15), muestra que el 60% (n= 9) tiene un rango mayor a 40% de grasa corporal, indicando la presencia de obesidad, y el 33% (n= 5) sobrepeso (34-40%). (Gráfica 60)



La tercera gráfica de grasa corporal en hombres de 18 a 39 años (n= 37), muestra que el 92% (n= 34) tiene un rango mayor a 23% de grasa corporal, indicando la presencia de obesidad, y el 8% (n= 3) sobrepeso (20-23%). (Gráfica 61)

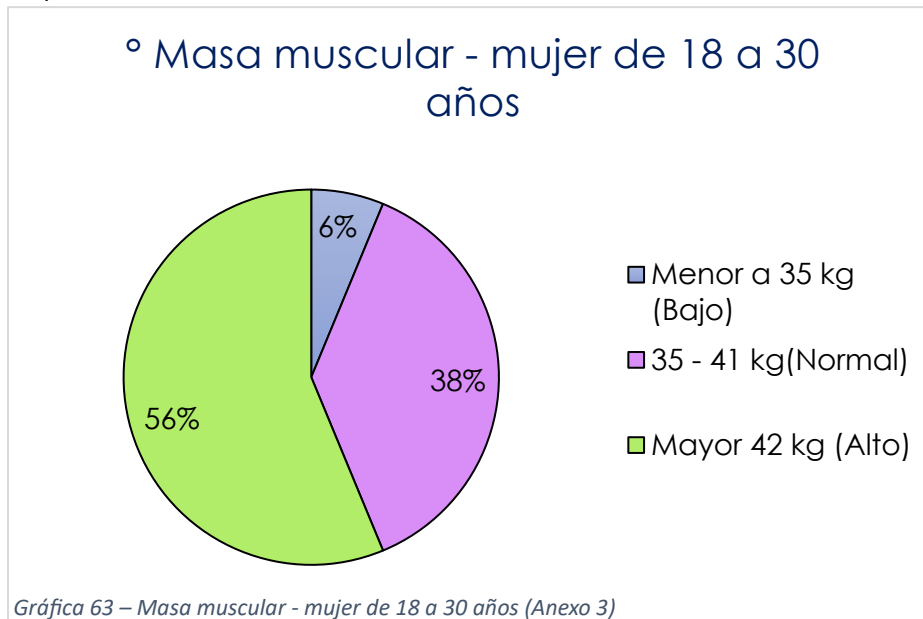


La cuarta gráfica de grasa corporal en hombres de 40 a 59 años (n= 6), muestra que el 100% (n= 6) tiene un rango mayor a 27% de grasa corporal, indicando la presencia de obesidad. (Gráfica 62)



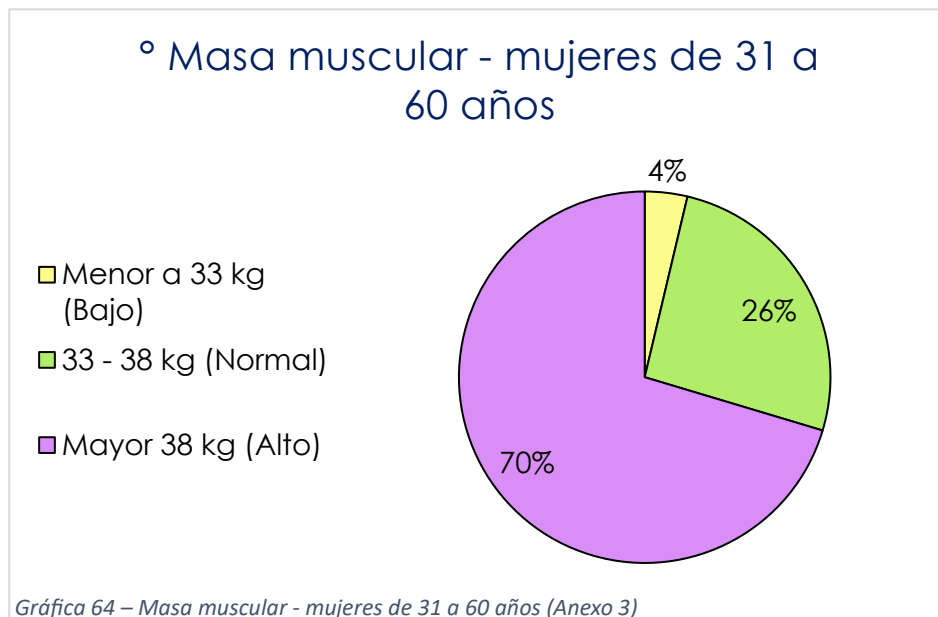
Este indicador de la báscula de bioimpedancia representa un nivel de masa muscular, salud y forma física, de acuerdo con los rangos por sexo y edad. La primera gráfica de masa muscular en mujeres de 18 a 30 años (n= 80), muestra que el 56% (n= 45) tiene un rango mayor a 42 kg, indicando un alto peso de masa muscular, y el 38% (n= 30) tiene un rango normal de masa muscular de 35-41 kg.

(Gráfica 63)

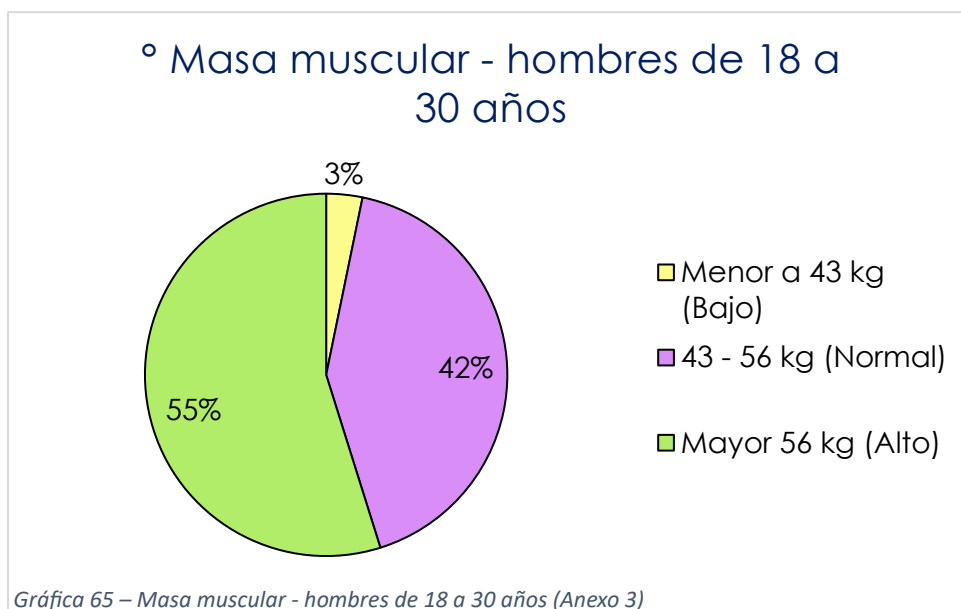


La segunda gráfica de masa muscular en mujeres de 31 a 60 años (n= 27), muestra que el 70% (n= 19) tiene un rango mayor a 38 kg, indicando un alto peso de masa muscular, y el 26% (n= 7) tiene un rango normal de masa muscular de 33-38 kg.

(Gráfica 64)

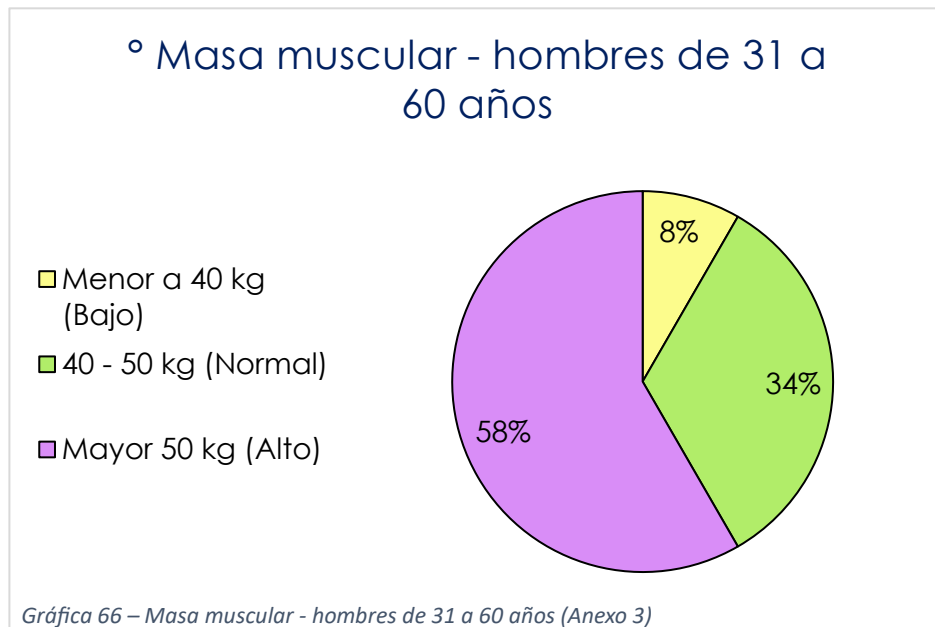


La tercera gráfica de masa muscular en hombres de 18 a 30 años (n= 31), muestra que el 55% (n= 17) tiene un rango mayor a 56 kg, indicando un alto peso de masa muscular, y el 42% (n= 13) tiene un rango normal de masa muscular de 43-56 kg. (Gráfica 65)



La cuarta gráfica de masa muscular en hombres de 31 a 60 años (n= 12), muestra que el 58% (n= 7) tiene un rango mayor a 50 kg, indicando un alto peso de masa muscular, y el 34% (n= 4) tiene un rango normal de masa muscular de 40-50 kg.

(Gráfica 66)



PESO NORMAL

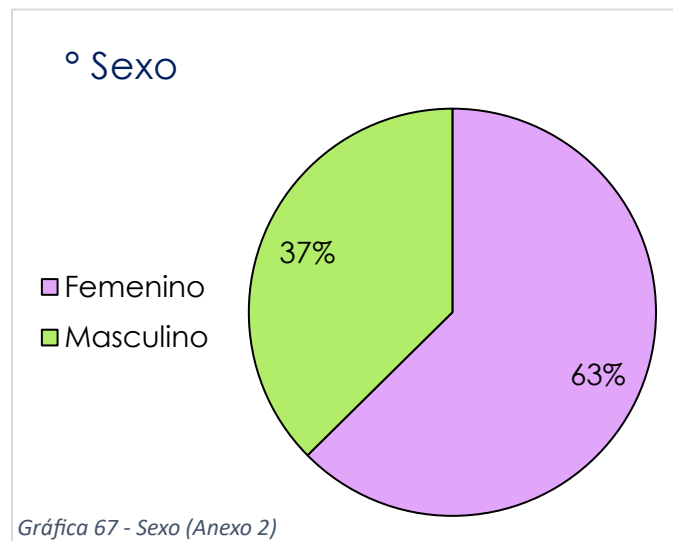
Y

DESNUTRICIÓN

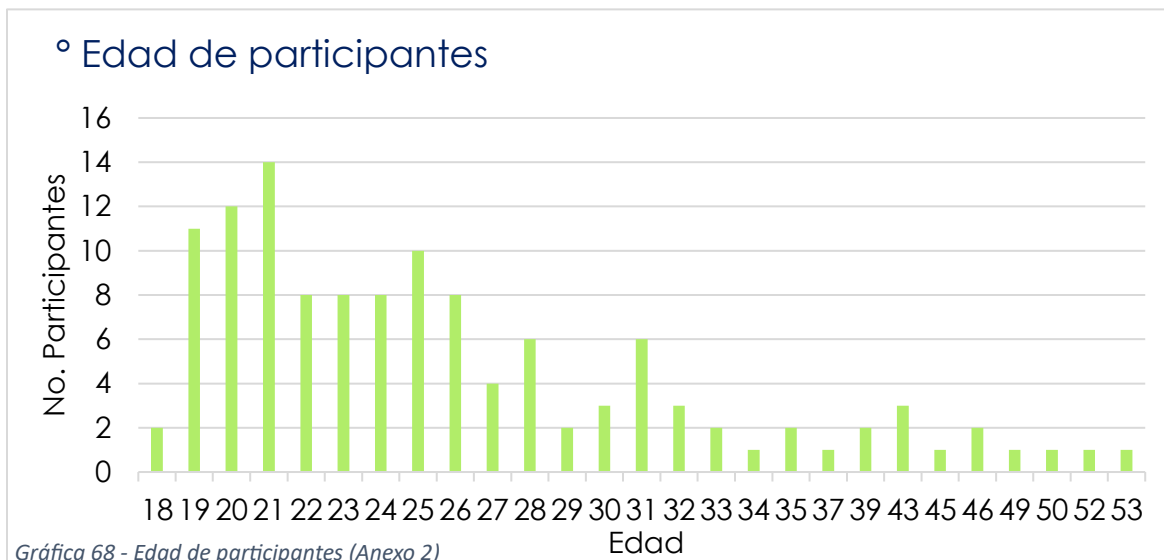
4.8.9. DATOS PERSONALES

Respecto al sexo, la muestra estuvo conformada por un 63% (n= 77) de mujeres y un 37% (n= 46) de hombres, algunos con peso normal y otros con desnutrición.

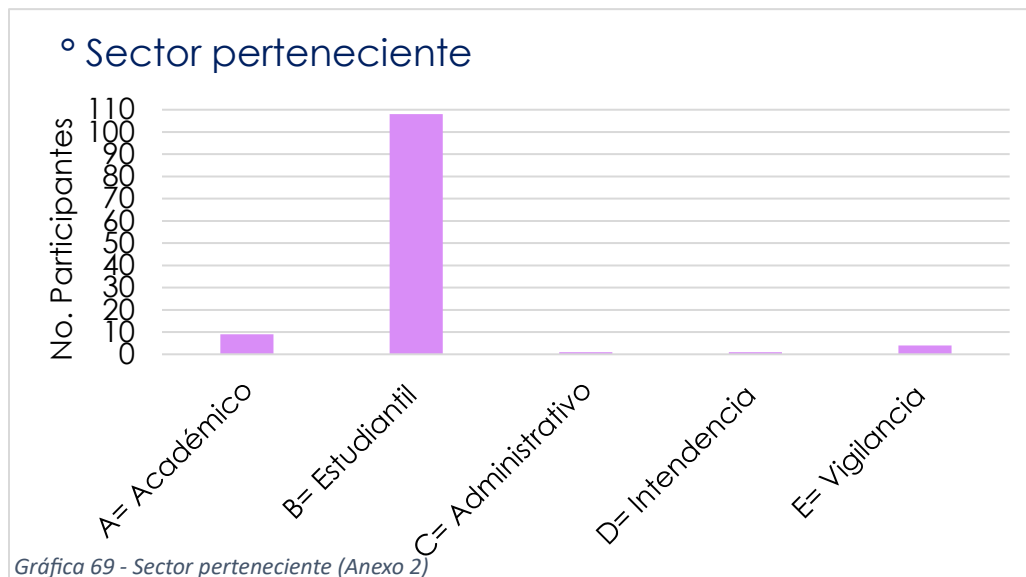
(Gráfica 67)



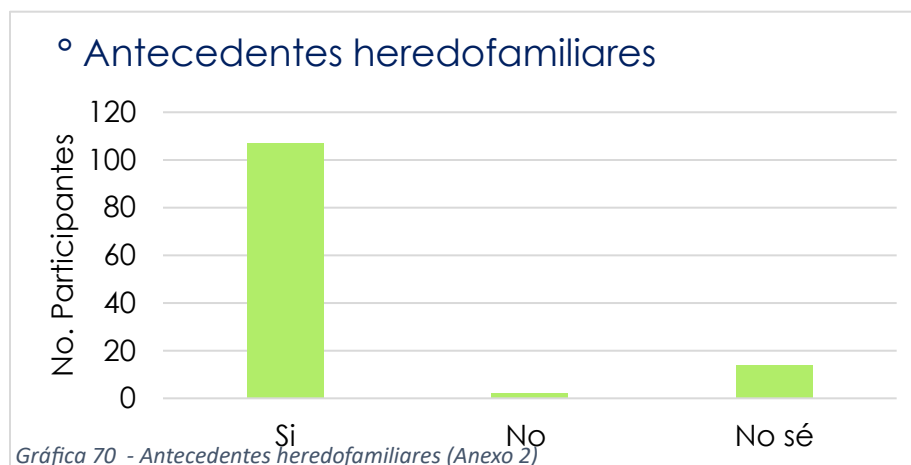
La edad de los participantes, estuvo comprendida de entre los 18 años y 59 años, de los cuales la moda fue la edad de 21 con 14 participantes. (Gráfica 68)



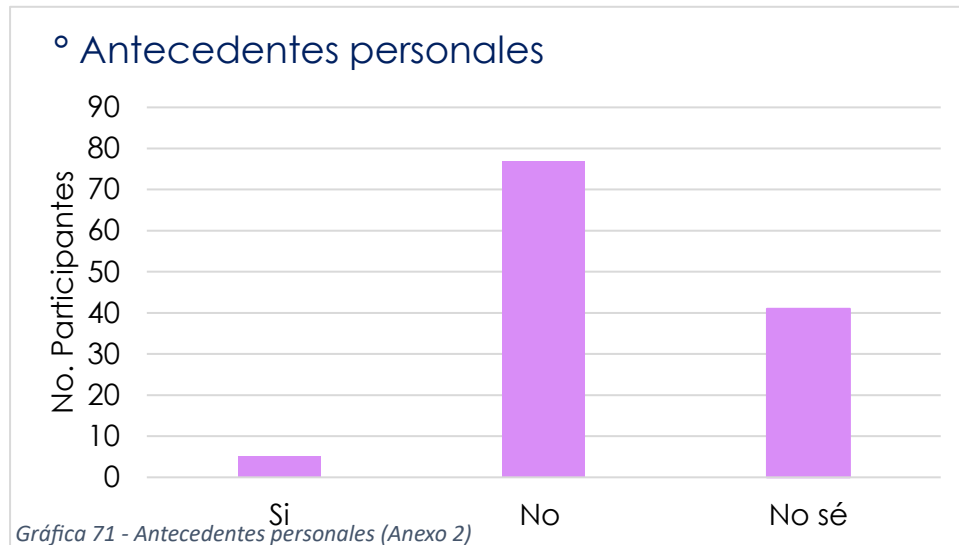
De acuerdo con la participación de los sectores en la Jornada de Salud “Día de ponerse al día con tu salud” la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Plantel San Lorenzo Tezonco, la participación mayoritaria fue del sector estudiantil, con un 88% (n= 108), siguiendo el sector académico, con un 7% (n= 9), después el sector de vigilancia, con el 3% (n=4), intendencia con un 1% (n=1) y, por último, el sector administrativo con un 1% (n=1). (Gráfica 69)



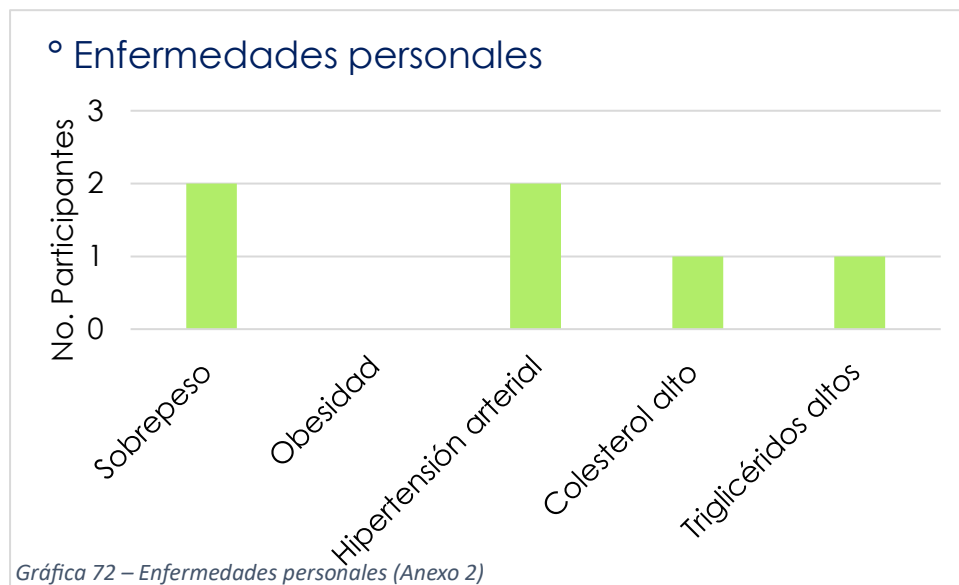
Es importante conocer los antecedentes heredofamiliares, para saber su predisposición a enfermedades de los participantes. (Gráfica 70)



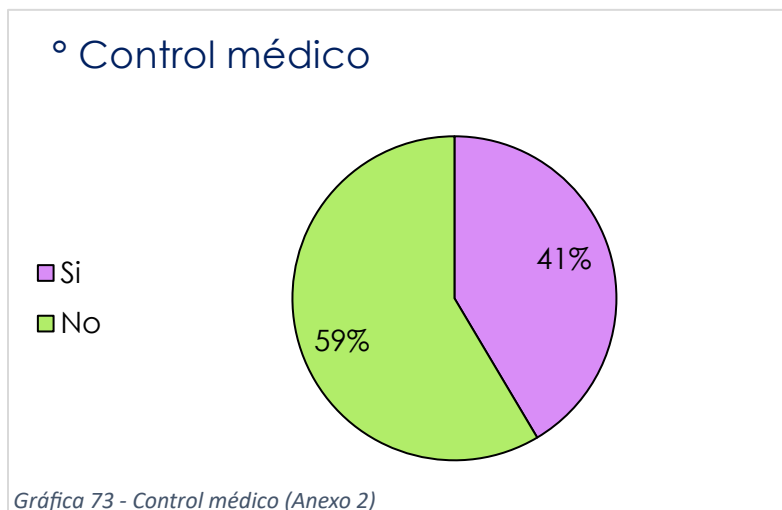
La gráfica muestra un porcentaje de participantes que no sabían sobre su estado de salud “No sé”, equivalente al 33% (n= 41); el 63% (n= 77) de los participantes contestaron que “No” padecían de alguna enfermedad. (*Gráfica 71*)



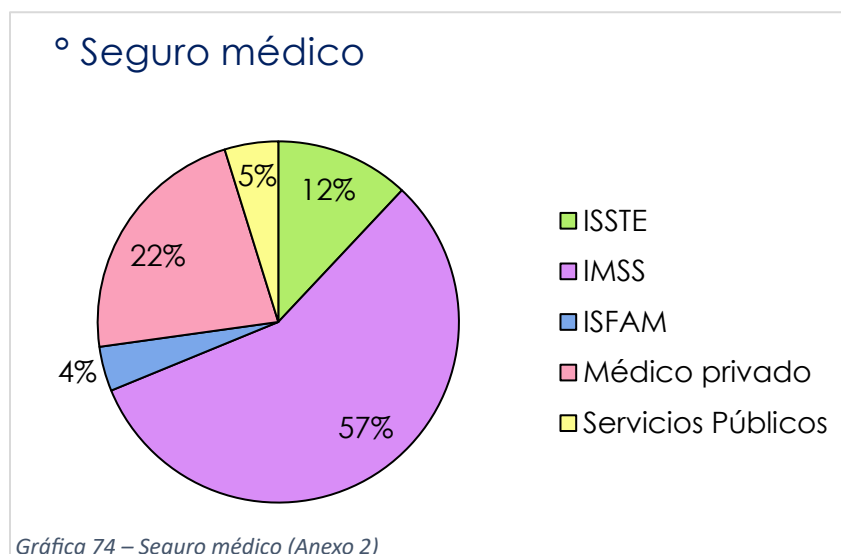
De los 5 participantes que indicaron “Si” padecer una o más enfermedades, la más frecuente fue hipertensión arterial (n= 2). (*Gráfica 72*)



La siguiente gráfica muestra el control preventivo de los participantes que acuden mínimo 1 vez al año al médico, dando como resultado un 41% (n= 51) de los que sí acuden y, 59% (n= 72) que no acuden a un chequeo anual. (Gráfica 73)

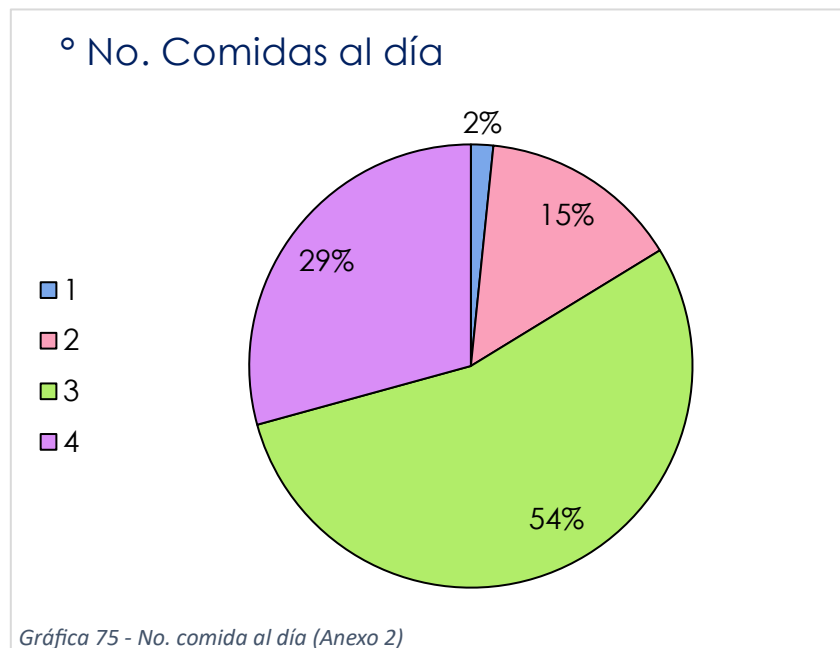


El mayor porcentaje de los participantes cuenta con el seguro médico IMSS, con un 57% (n= 71), continuando con atención privada, 22% (n= 28) y no menos importante, con un 12% (n= 15) de participantes que cuentan con seguro médico ISSTE. (Gráfica 74)

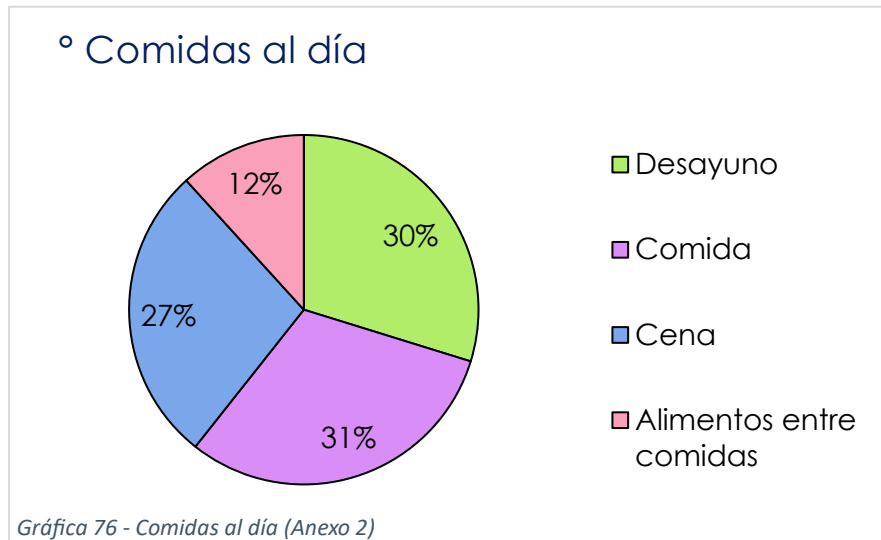


4.8.10. DIETÉTICOS

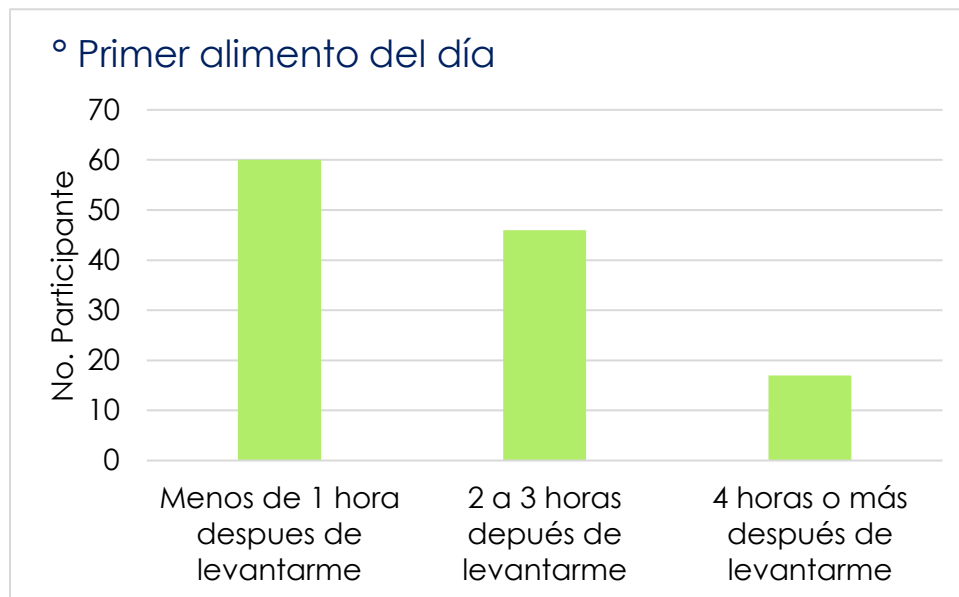
Realizar al menos tres comidas al día es ideal para obtener los nutrientes adecuados para el cuerpo. Por ello es bueno saber que el 54% (n= 67) y el 29% (n= 36) de los participantes cumplen con sus 3 o más comidas al día, como se muestra en la siguiente gráfica. (*Gráfica 75*)



Continuando con la gráfica 75, los participantes que comen 3 o más veces al día incluyen el desayuno, comida, cena y alimentos entre comidas. De los 123 participantes, el 30% (n= 109) realiza el desayuno, 31% (n= 113) la comida, 27% (n= 101) la cena y 12% (n= 43) alimentos entre comidas. (*Gráfica 76*)

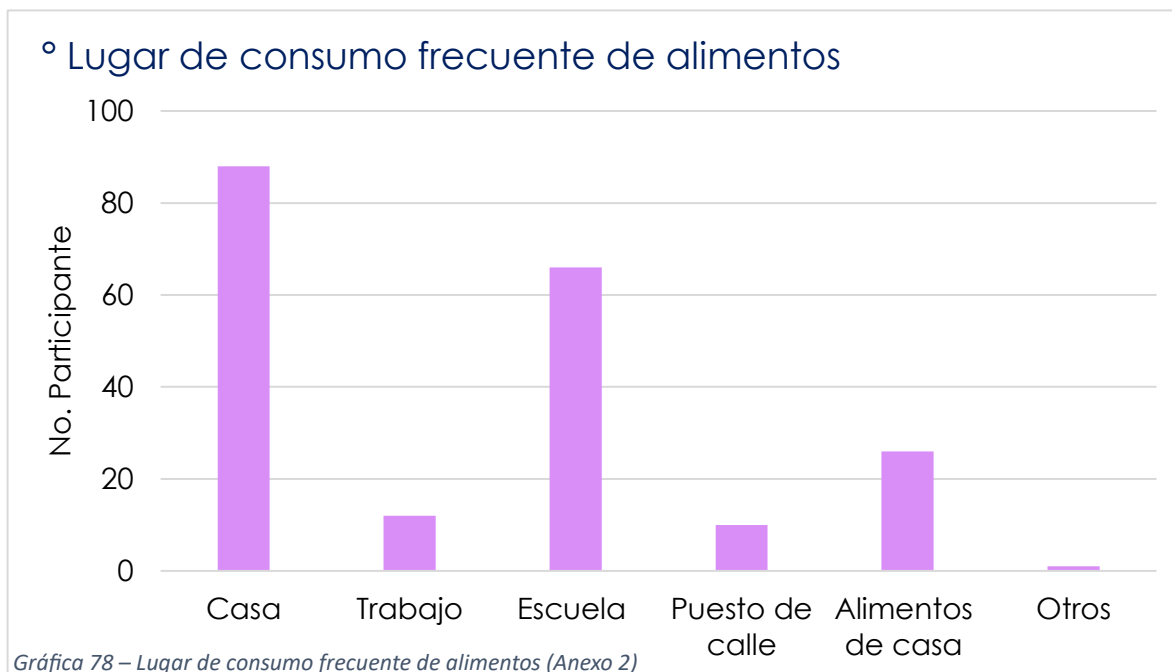


El primer alimento del día es considerado uno de los más importantes, aportando un requerimiento energético óptimo para el cuerpo; ocupando el primer lugar el 49% (n= 60) de los participantes, consumiendo su primer alimento antes de la hora al levantarse. (Gráfica 77)

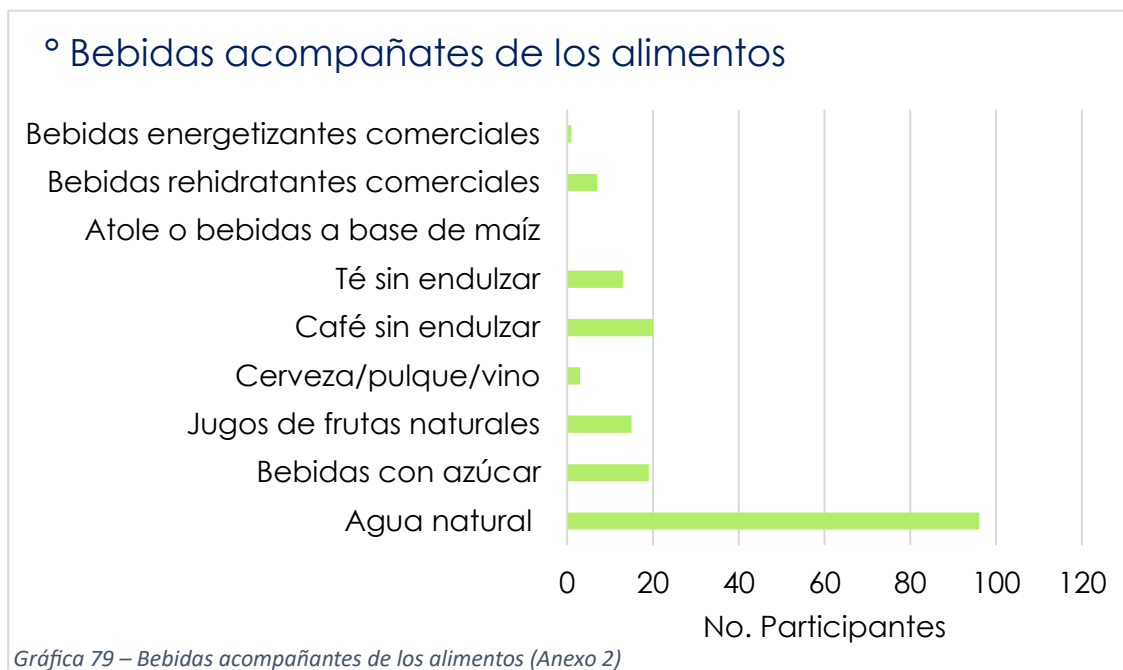


Gráfica 77 – Primer alimento del día (Anexo 2)

El consumo preferente de alimentos hechos en casa, aporta una mejor calidad nutricional, siempre y cuando se prepare de forma adecuada, variada, equilibrada e inocua. Sin embargo, el consumo frecuente de alimentos en otros establecimientos es notorio en los participantes, considerando de estos el alto contenido de grasas saturadas, sales y azúcares. (Gráfica 78)



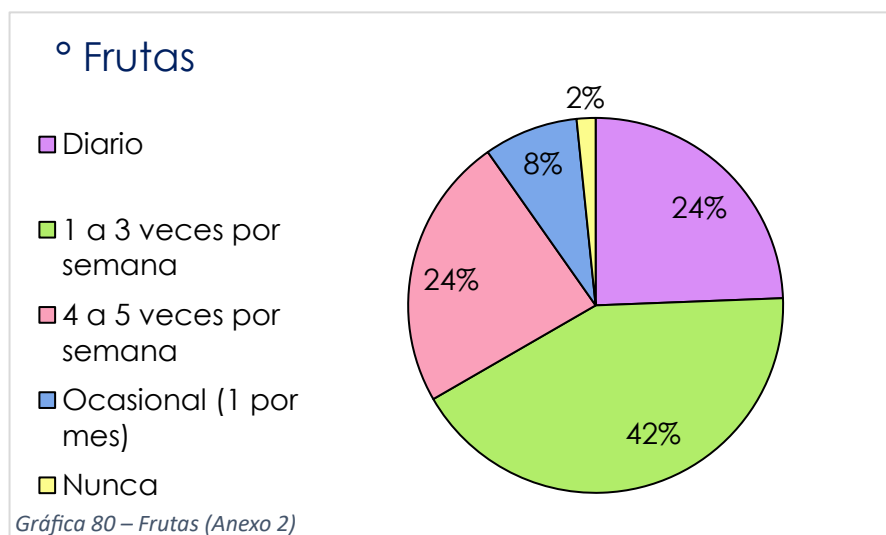
El acompañamiento de agua natural al consumir alimentos, desempeña un papel vital en los procesos corporales, como el transporte de nutrientes y la eliminación de productos de desecho; 96 de los participantes indicaron acompañar sus alimentos con agua natural; por otra parte, 19 de los participantes no descartan las bebidas con azúcar al consumir alimentos. (Gráfica 79)



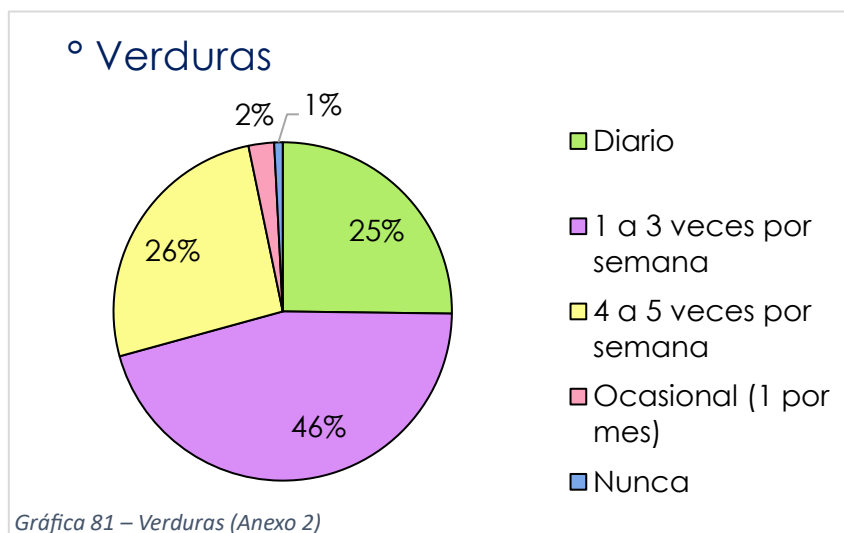
S

4.8.10.1. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

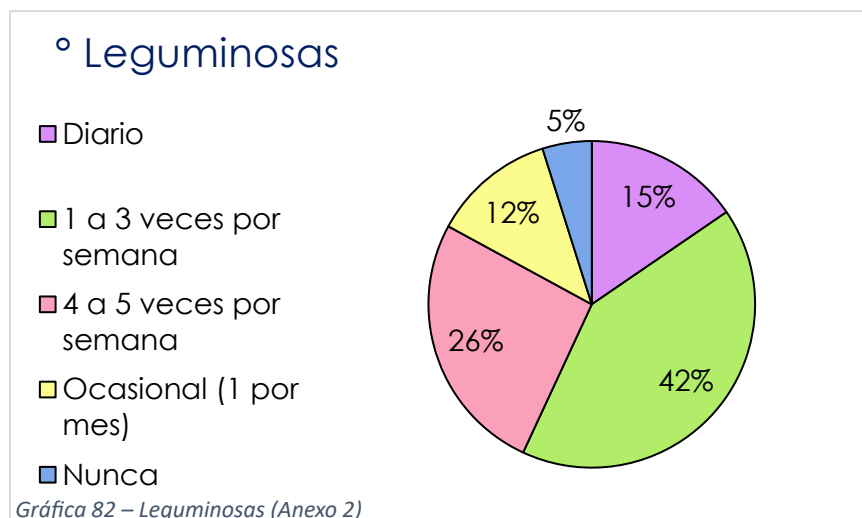
La gráfica muestra que el 24% (n= 30) de los participantes consume frutas diariamente. De acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 2 a 4 equivalentes de frutas al día, siempre y cuando no presenten alguna patología que lo amerite. (Gráfica 80)



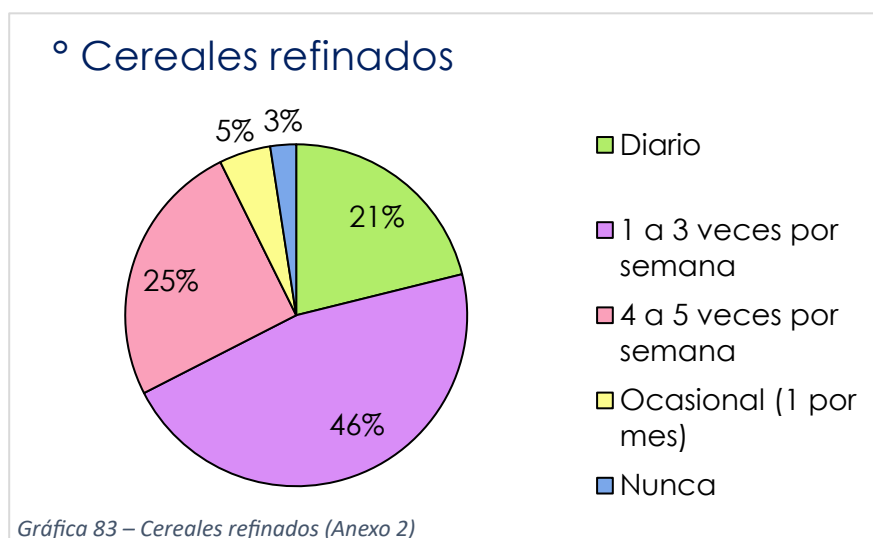
La mayoría de los participantes consume de 1 a 3 veces por semana verduras, dando el 46% (n= 56) como se observa en la siguiente gráfica, de acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 3 a 5 equivalentes de verduras al día. (Gráfica 81)



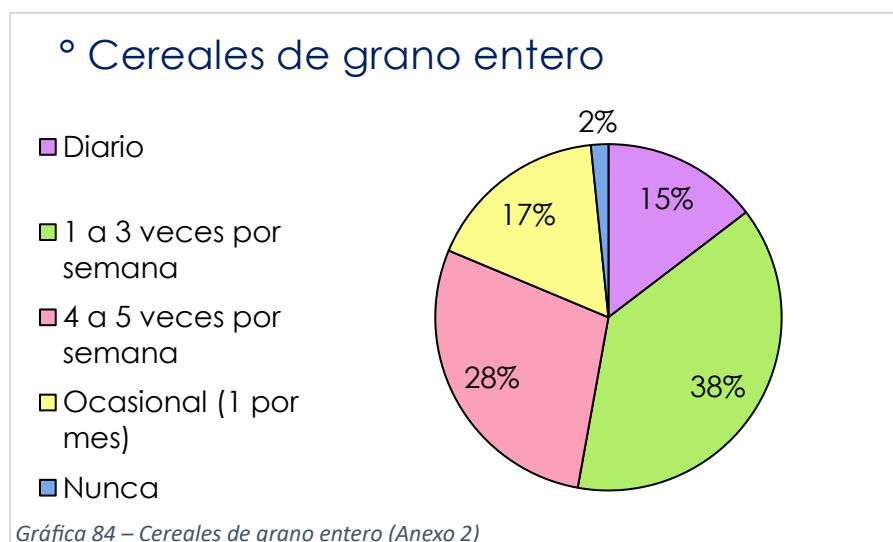
De acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 1 a 2 equivalentes de leguminosas (frijol, habas, lentejas, garbanzo, soya) al día. El 42% (n= 51) de los participantes indicó que consume de 1 a 3 veces por semana leguminosas y el 5% (n= 6) indicó que nunca las consume. (Gráfica 82)



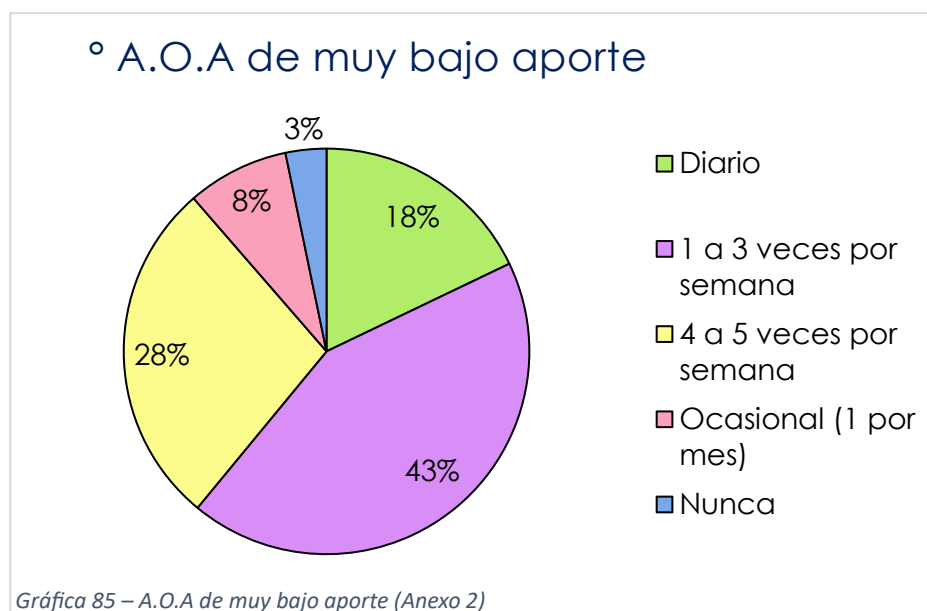
La gráfica muestra que el 21% (n= 26) de los participantes consume cereales refinados (arroz, trigo, pan blanco, bolillo, pastas) diario y el 5% (n= 6) menciona que ocasionalmente, de acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 6 a 11 equivalentes de cereales al día. (Gráfica 83)



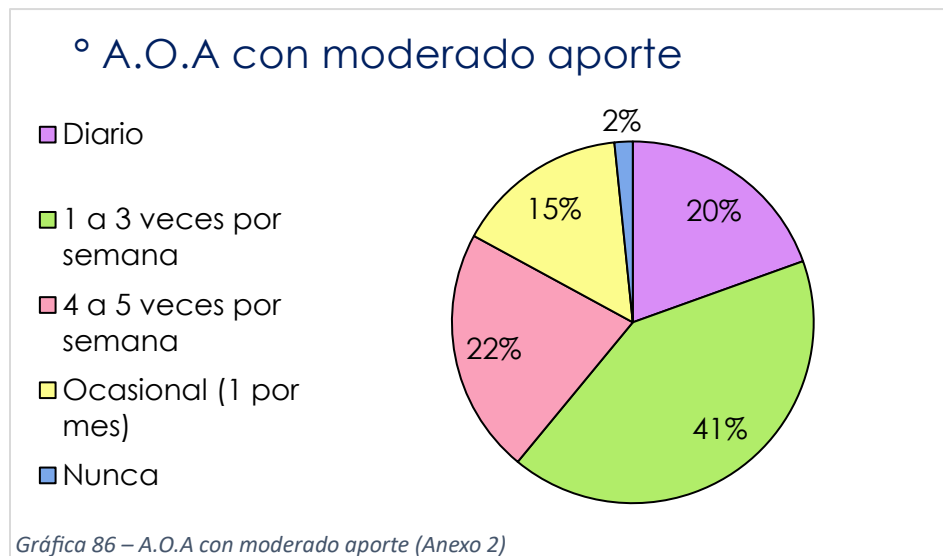
En la siguiente gráfica se observa que el 38% (n= 47) de los participantes consume cereales de grano entero (arroz integral, trigo integral, maíz, amaranto, quinoa, papa, camote) de 1 a 3 veces por semana y el 2% (n= 2) menciona que nunca los consume. (Gráfica 84)



Los participantes que consumen de 1 a 3 veces por semana Alimentos de Origen Animal (A.O.A) de muy bajo aporte (pollo sin piel, pescado, clara de huevo, quesos blancos), abarcan el 43% (n= 53), como se observa en la siguiente gráfica. De acuerdo con los especialistas en nutrición, es recomendable el consumo de 2 a 4 equivalentes de A.O.A al día. (Gráfica 85)



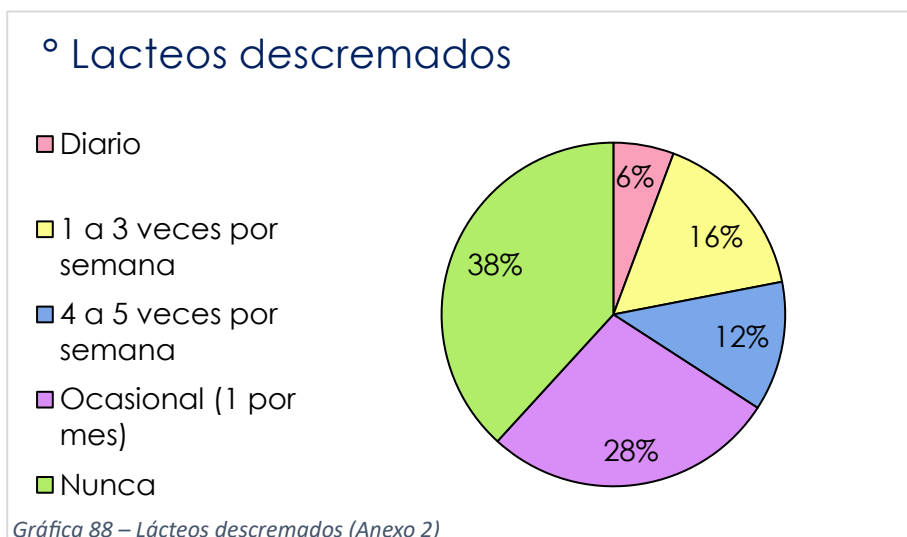
El 22% (n= 27) de los participantes mencionó que consume A.O.A con moderado aporte (huevo completo, pollo con piel, cortes de carne con grasa) de 4 a 5 veces por semana y el 41% (n=51), 1 a 3 veces por semana, como lo indica la siguiente gráfica. (Gráfica 86)



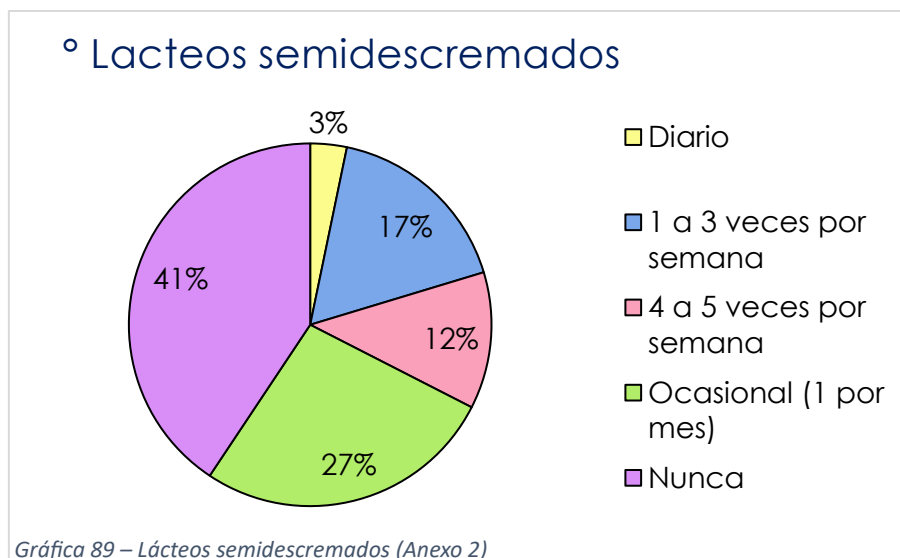
El 50% (n= 62) de los participantes indicó que consume ocasionalmente (1 por mes) Alimentos de Origen Animal (A.O.A) con alto aporte (carnitas, chicharrón, vísceras, suadero, sesos, quesos amarillos) y el 1% (n= 1) indicó que diario las consume. (Gráfica 87). El alto consumo, específicamente de estos alimentos, tiene como consecuencia un alto aporte de grasas dañinas para la salud, causando sobrepeso y obesidad.



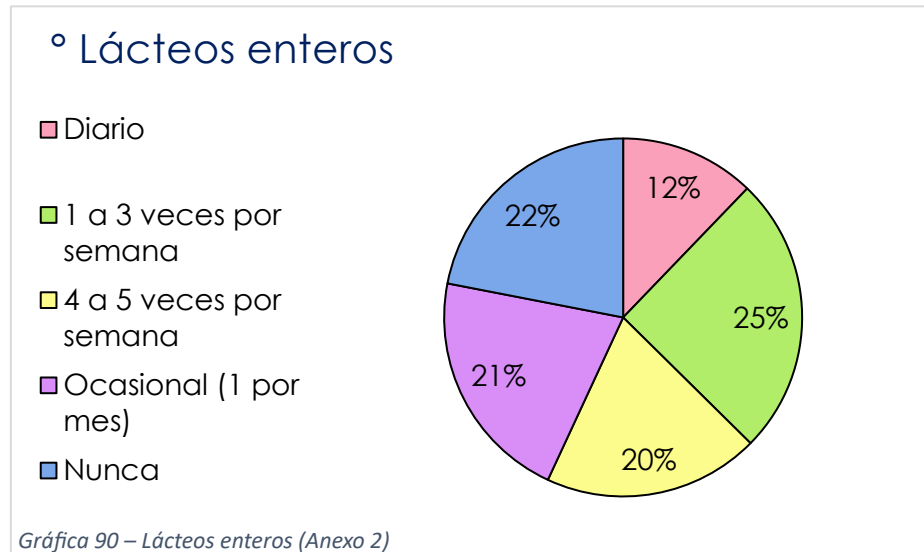
Los especialistas en nutrición recomiendan el consumo de 1 a 3 equivalentes de lácteos al día (descremados, semidescremados y enteros). La gráfica nos muestra que el 28% (n= 34) de los participantes, ocasionalmente (1 por mes) consume lácteos descremados y 38% (n= 47) nunca los consume. (Gráfica 88)



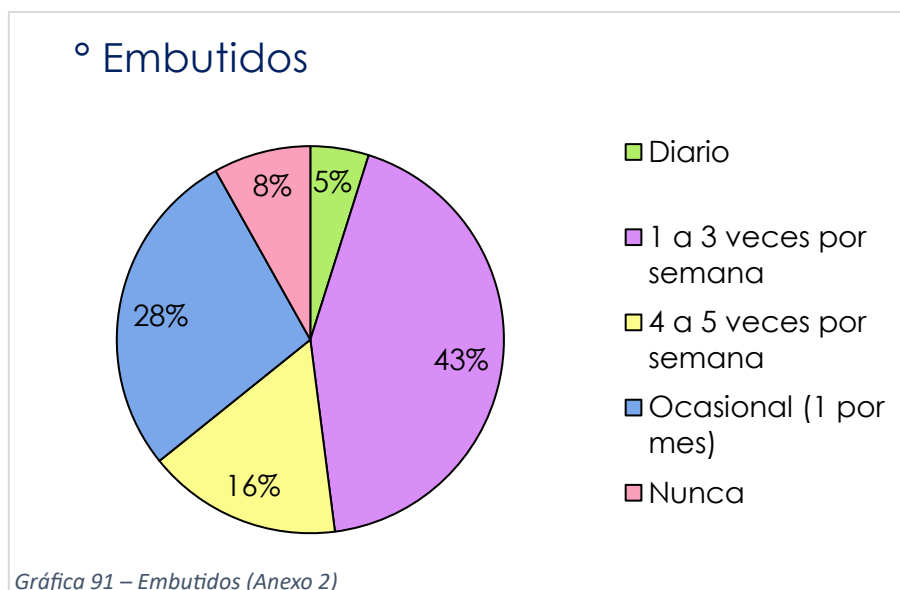
El 41% (n= 50) de los participantes indicó que nunca consume lácteos semidescremados y, por otra parte, el 3% (n= 4) diario consume lácteos semidescremados, como lo indica la gráfica. (Gráfica 89)



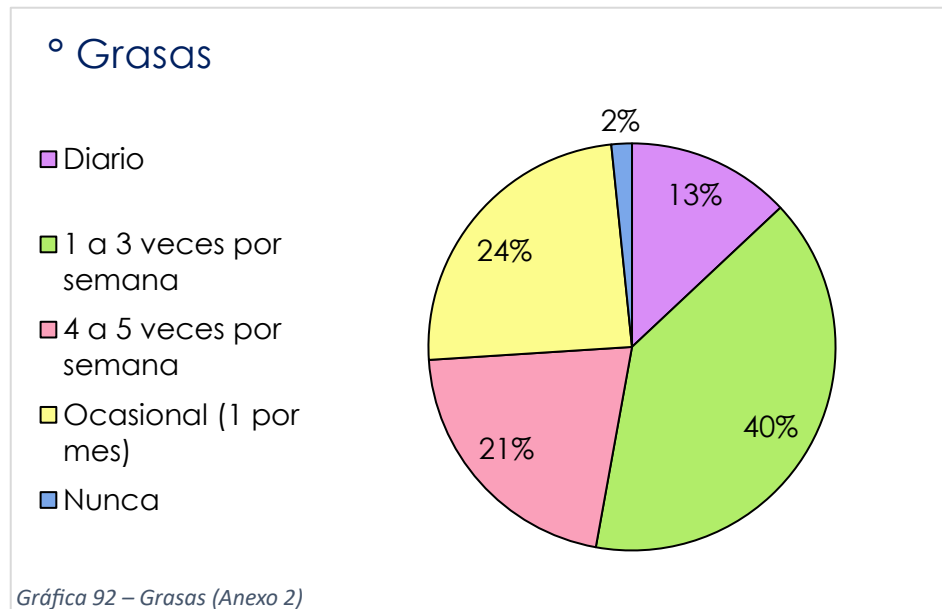
En la siguiente gráfica observamos que el 25% (n= 31) de los participantes, consume lácteos enteros 1 a 3 veces por semana, el 21% (n= 26) ocasionalmente y el 22% (n= 27) nunca. (Gráfica 90)



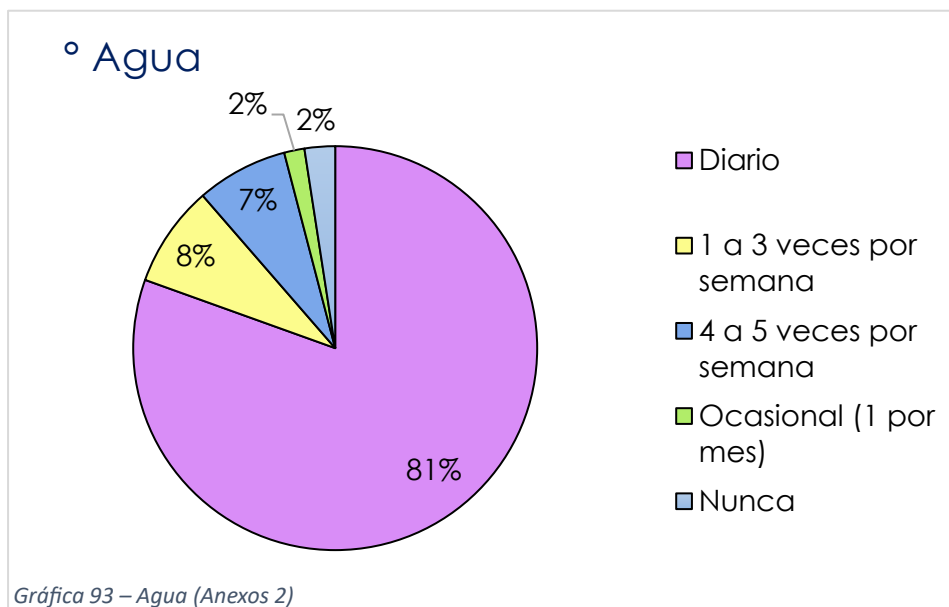
Los participantes que consumen embutidos (jamón, salchicha, mortadela, salami, pepperoni, chorizo, longaniza, tocino) de 1 a 3 veces por semana, abarcan el 43% (n= 53) de la siguiente gráfica y el 8% (n= 10) nunca lo consume. (Gráfica 91)



Se recomienda el consumo de 7 a 9 equivalentes de grasas al día (con proteína y sin proteína). La gráfica nos muestra que el 13% (n= 16) de los participantes consume diariamente grasas y, 2% (n= 2) nunca las consume. (Gráfica 92)

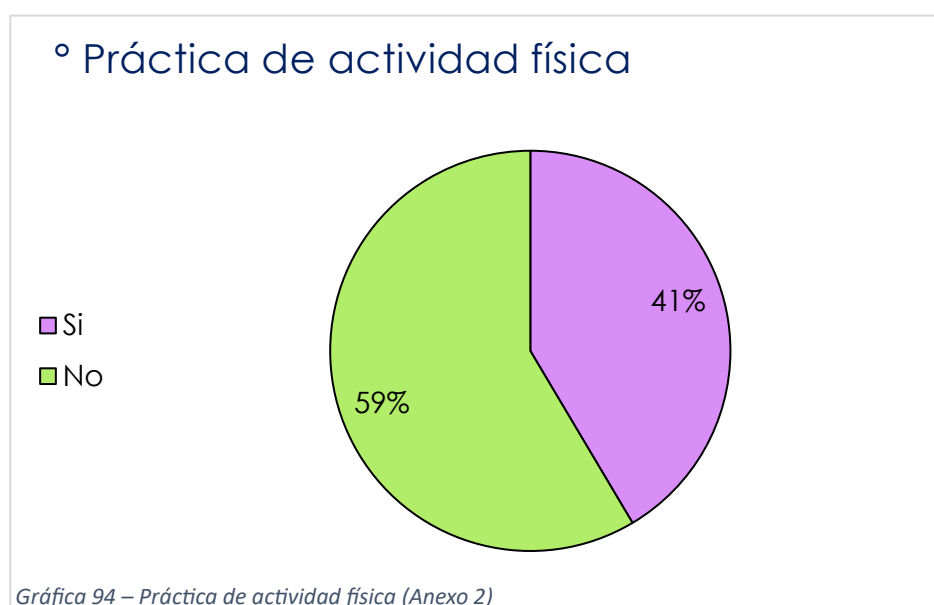


El consumo de agua, de acuerdo con los expertos, actualmente es de 1.5 a 3 litros al día, sin embargo, y como se observa en la gráfica, el 2% (n= 3) de los participantes mencionó nunca consumir agua y, el 8% (n= 10) de 1 a 3 veces por semana, causando una señal alarmante de estos pacientes, dado que el consumo vital de agua a diario es de suma importancia para los procesos metabólicos. (Gráfica 93)

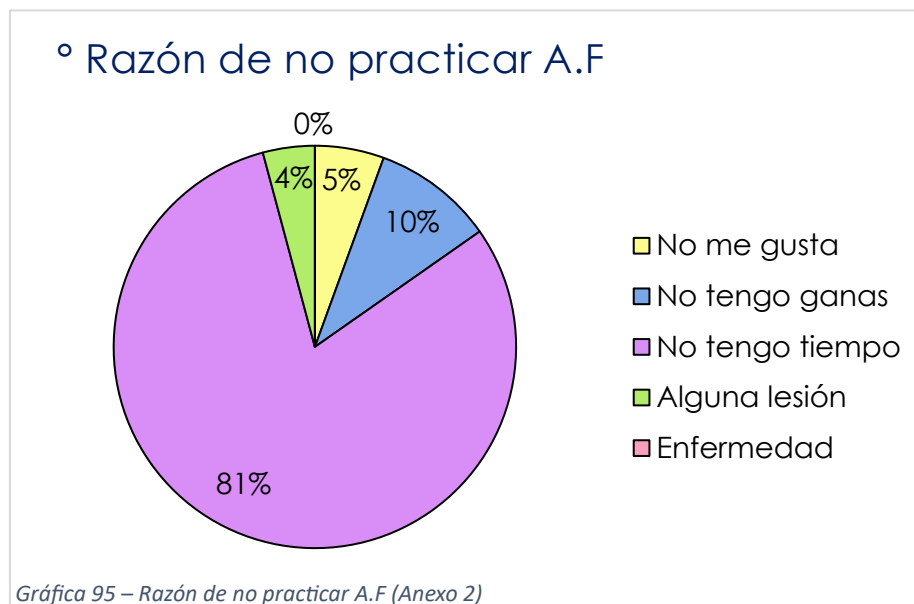


4.8.11. ACTIVIDAD FÍSICA

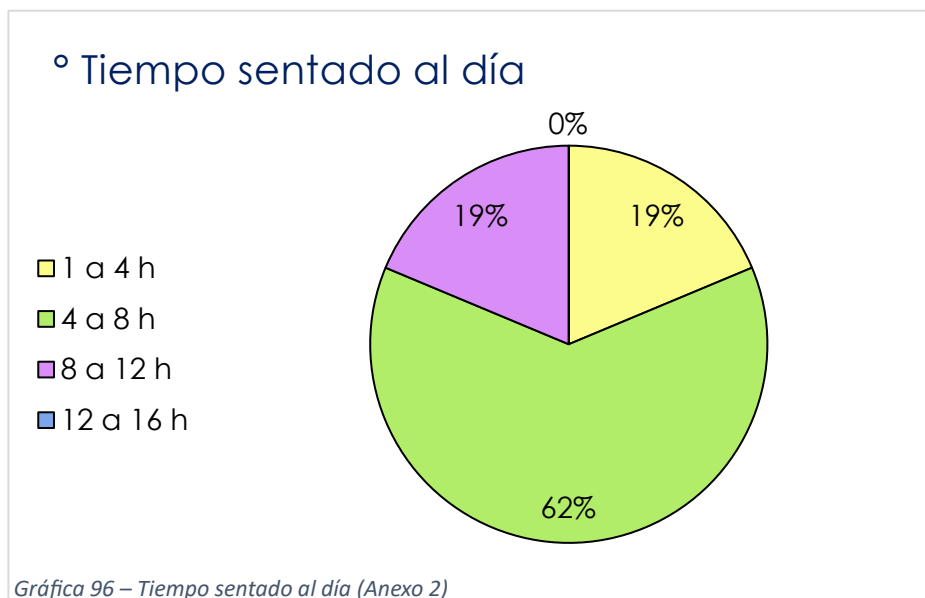
El realizar actividad física contribuye para mantener un óptimo estado de salud y, de esta forma, prevenir Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). El 59% (n= 72) de los participantes no realiza actividad física, mientras que el 41% (n= 51) sí realiza alguna actividad física. (Gráfica 94)



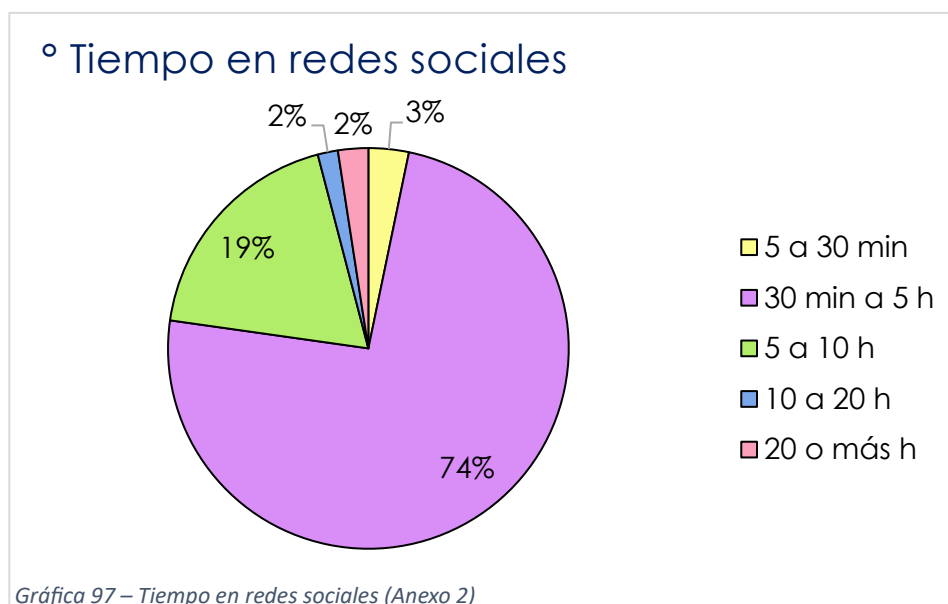
Hay diferentes razones para no realizar algún tipo de actividad física, sin embargo, dentro de las más destacadas, están las que se muestran en la gráfica. Los 72 participantes que mencionaron no realizar algún tipo de actividad física en la gráfica anterior (*Gráfica 94*), el 81% (n= 58) no tiene tiempo de realizar actividad física, el 10% (n= 7) no tiene ganas y el 5% (n= 4) no le gusta. (*Gráfica 95*)



De acuerdo con la siguiente gráfica, nos muestra que la mayoría de los participantes pasan sentados de 4 a 8 horas al día, dando un total de 62% (n= 77) y el 19% (n= 23) de 8 a 12 horas. Es evidente que, al ser estudiantes, pasen más horas sentados, debido a sus clases. (*Gráfica 96*)

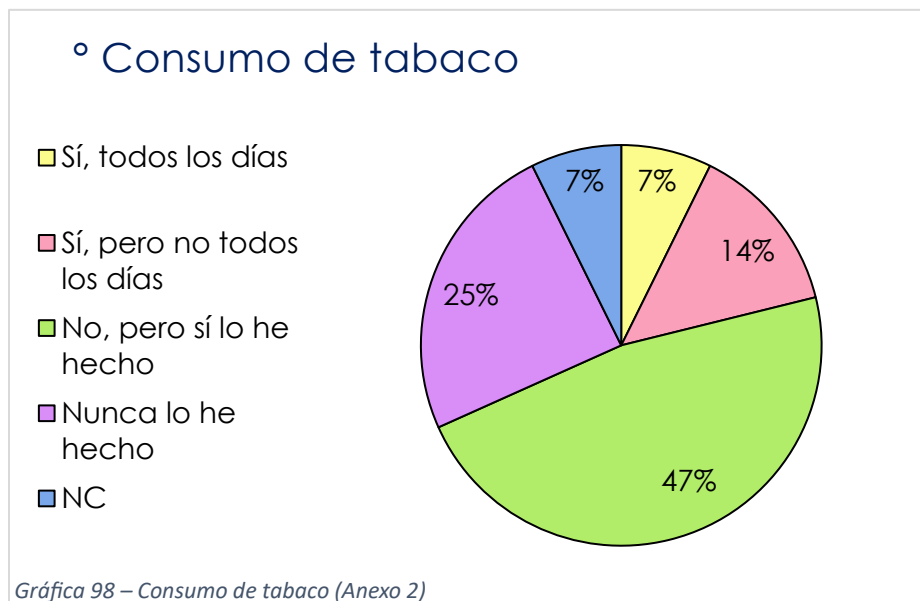


Actualmente, una de las conductas con mayor frecuencia en los adultos es el uso de redes sociales; la gráfica muestra que el 74% (n= 91) de los participantes usa redes sociales de 30 min a 5 h al día, y el 19% (n= 23) de 5 a 10 h. (Gráfica 97)

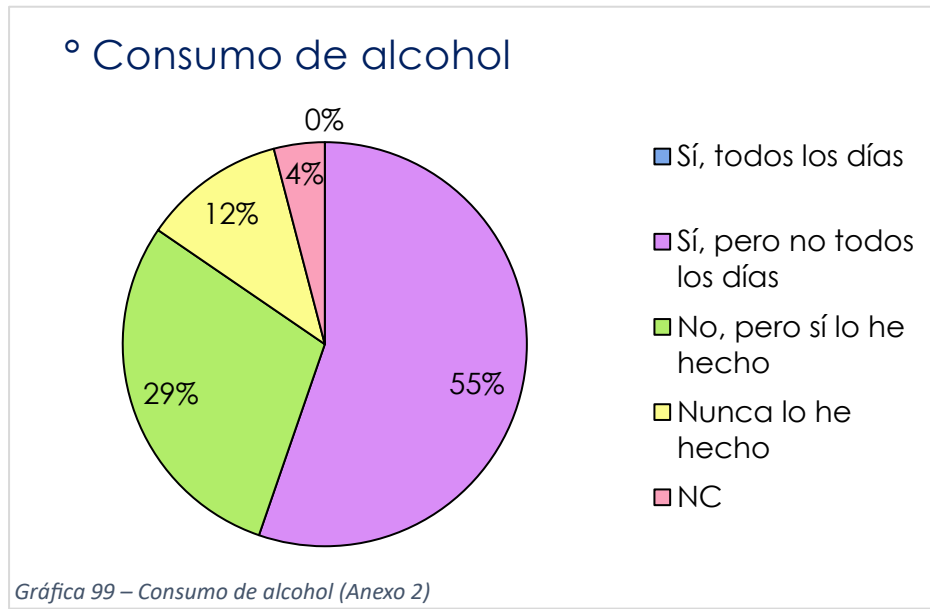


4.8.12. CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

El frecuente consumo de tabaco repercute a la salud e influye en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). El 47% (n= 58) de los participantes no consume actualmente tabaco, pero sí lo ha hecho, el 14% (n= 17) indicó que sí, pero no todos los días, y el 25% (n= 30) nunca lo ha hecho. (*Gráfica 98*)



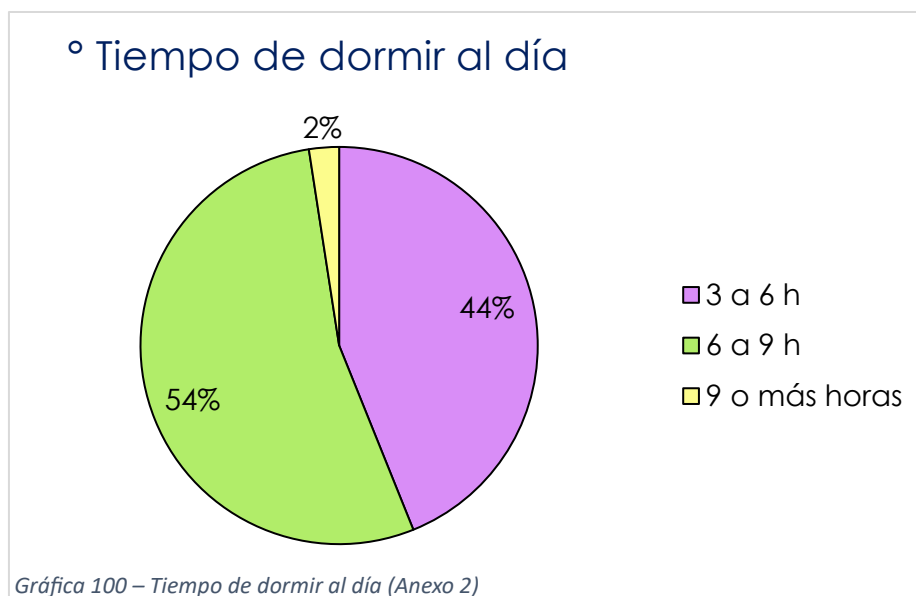
Al igual que el tabaco, el alcohol repercute de manera significativa en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y en la aparición de algunas de estas. El 55% (n= 68) de los participantes mencionaron que, sí lo consume, pero no todos los días. (*Gráfica 99*)



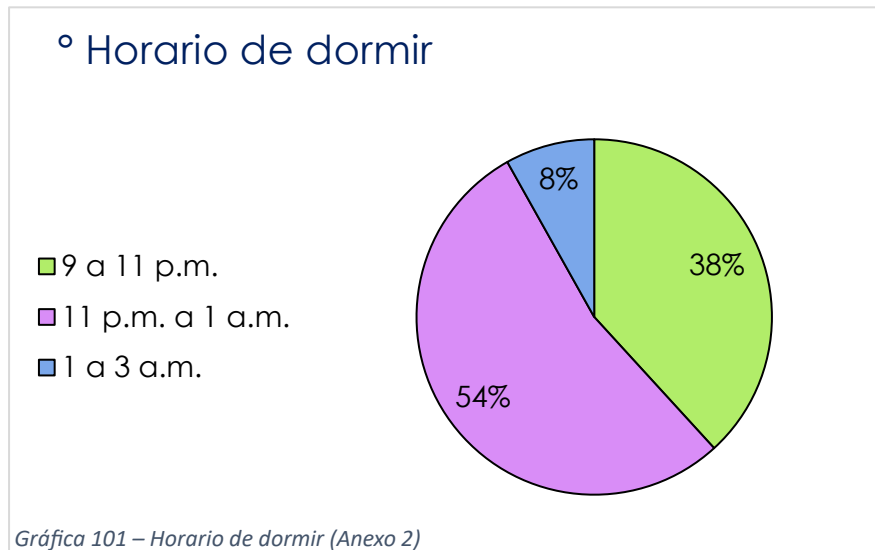
4.8.13. HÁBITOS DE SUEÑO

El 54% (n= 66) de los participantes mencionó dormir de 6 a 9 horas al día, mientras que el 44% (n= 54) de 3 a 6 horas. El dormir adecuadamente mantiene el cuerpo en un estado de equilibrio, obteniendo una regeneración a nivel celular y metabólico.

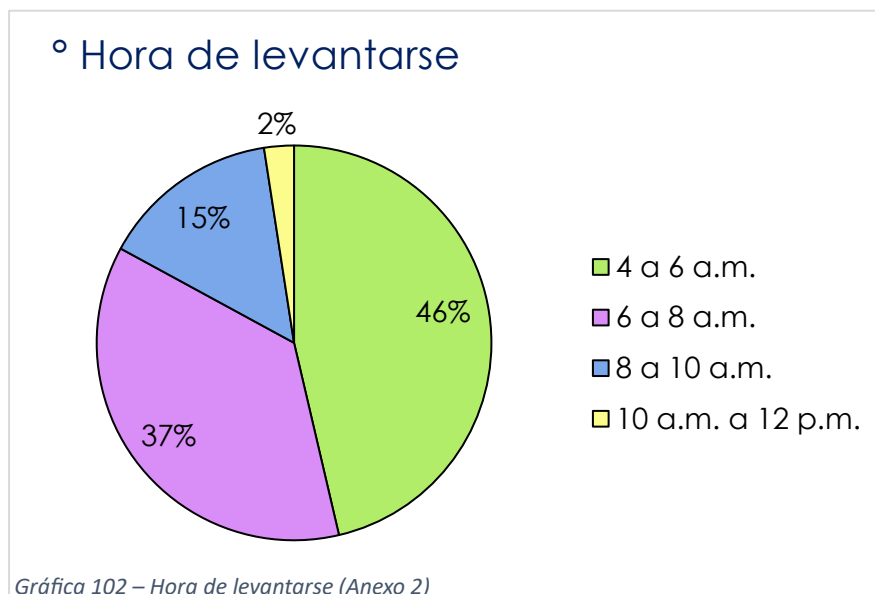
(Gráfica 100)



La hora de dormir más frecuente entre los participantes es de 11 p.m. a 1 a.m., obteniendo un 54% (n= 66) en la gráfica. Considerando siempre importante las horas de descanso para un mejor rendimiento energético. (Gráfica 101)



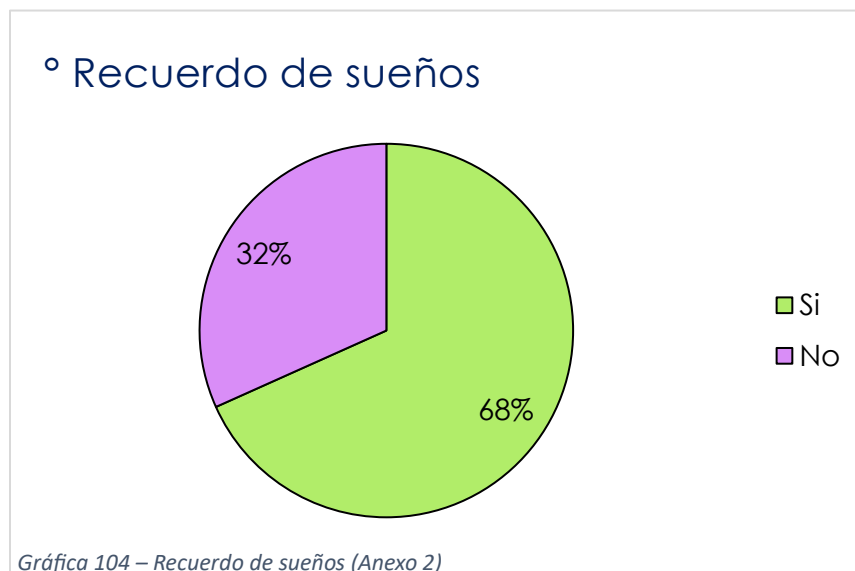
La gráfica indica que el 46% (n= 57) de los participantes se levanta de 4 a 6 a.m., y el 37% (n= 45) de 6 a 8 a.m. (Gráfica 102)



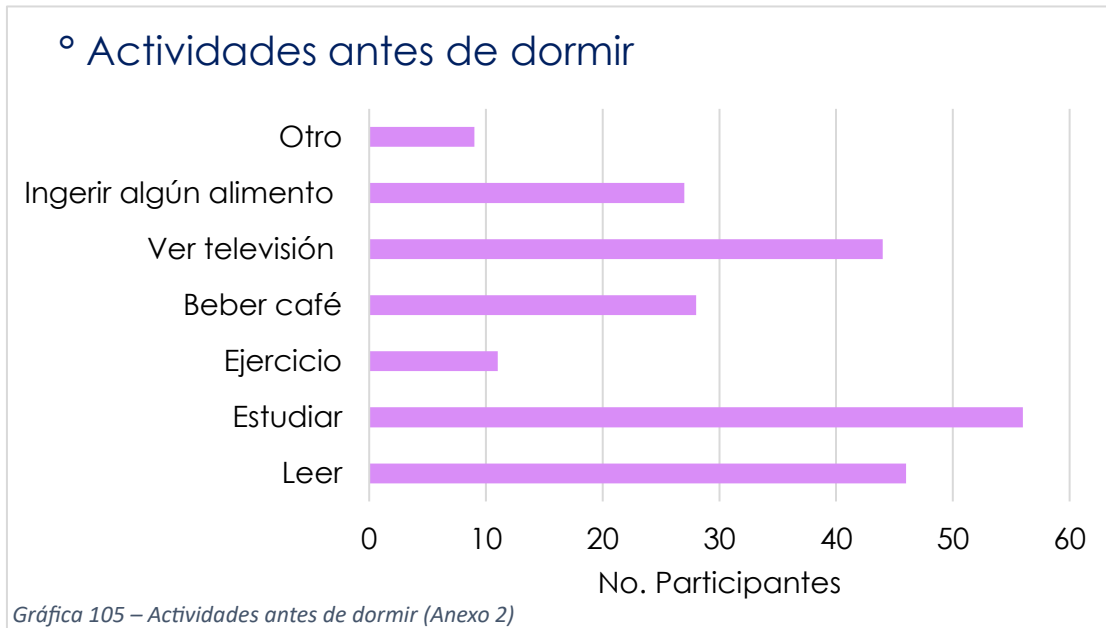
Más de la mitad de los participantes indicó que nunca ha tomado medicamentos para conciliar el sueño, siendo un 86% (n= 106), mientras que el 3% (n= 4) sí toma medicamentos todos los días. (Gráfica 103)



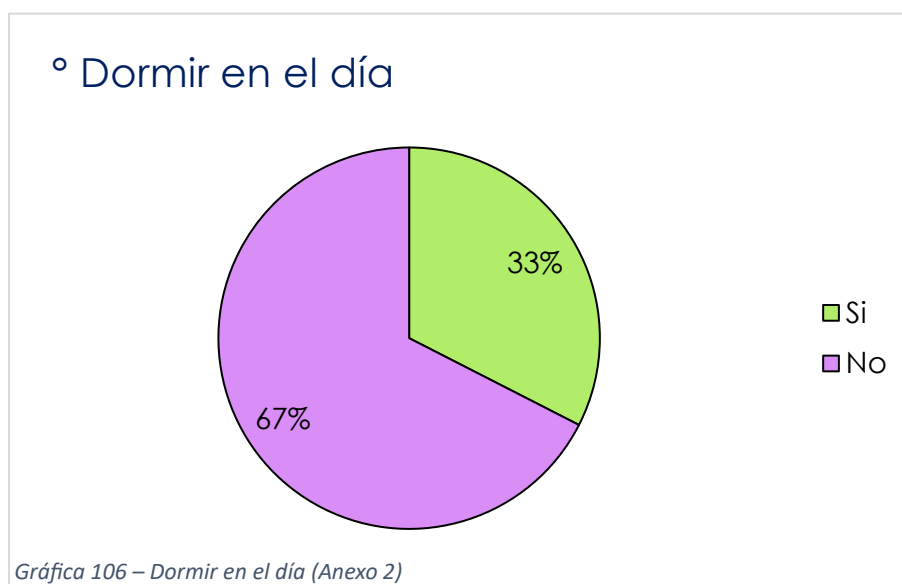
El 32% (n= 39) de los participantes mencionó que no recuerda sus sueños y el 68% (n= 84) si lo recuerda. (Gráfica 104)



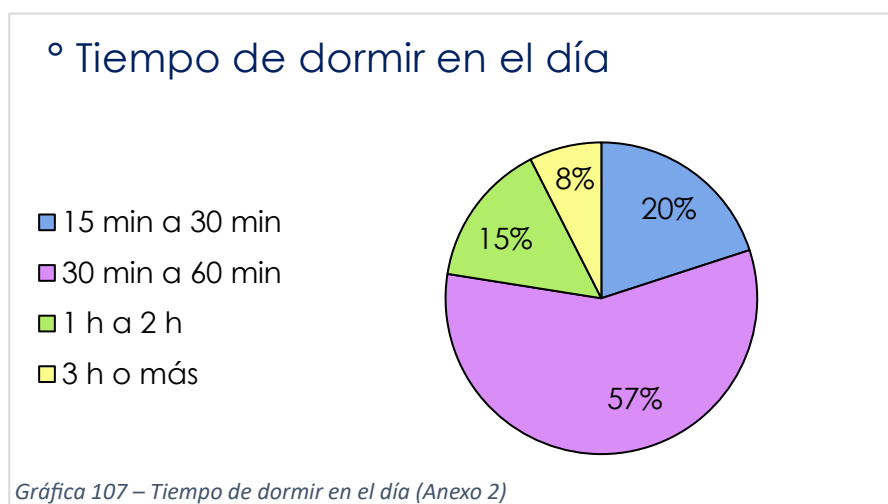
De acuerdo a la gráfica, se observa que las actividades antes de dormir más recurrentes en los participantes son estudiar con un 25% (n= 56), leer 21% (n= 46) e ingerir alimentos con un 12% (n= 27). (Gráfica 105)



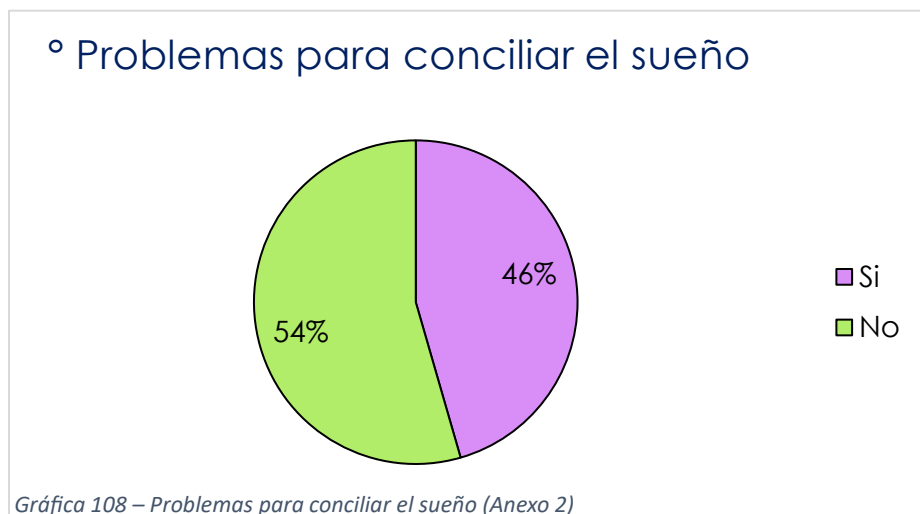
El 33% (n= 40) de los participantes afirmó dormir durante el día, mientras que el 67% (n= 83) negó dormir durante el día. (Gráfica 106)



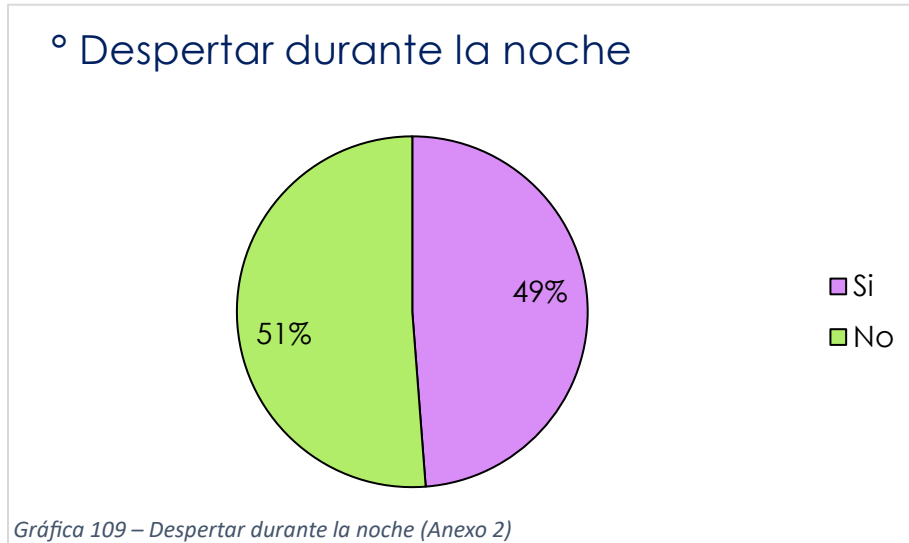
De acuerdo con el 33% (n= 40) de los participantes que se muestra en la gráfica anterior (Gráfica 106), los cuales, afirmaron dormir durante el día, la presente gráfica muestra el tiempo que duermen. El 57% (n= 23) de los participantes suele dormir de 30 a 60 min y el 15% (n= 6) de 1 a 2 horas. (Gráfica 107)



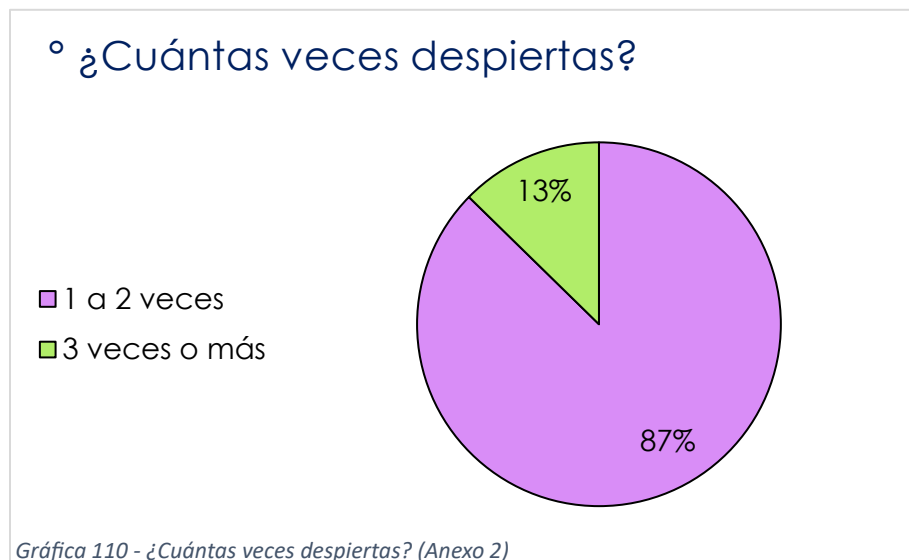
El no poder conciliar el sueño se asocia con diferentes factores, entre ellos el estrés, hábitos que alteran el sueño como, por ejemplo, el celular, la TV, etcétera. 46% de los participantes indicó, sí tener problemas para conciliar el sueño y el 54% restante, no. Dormir lo suficiente es importante para la salud. (Gráfica 108)



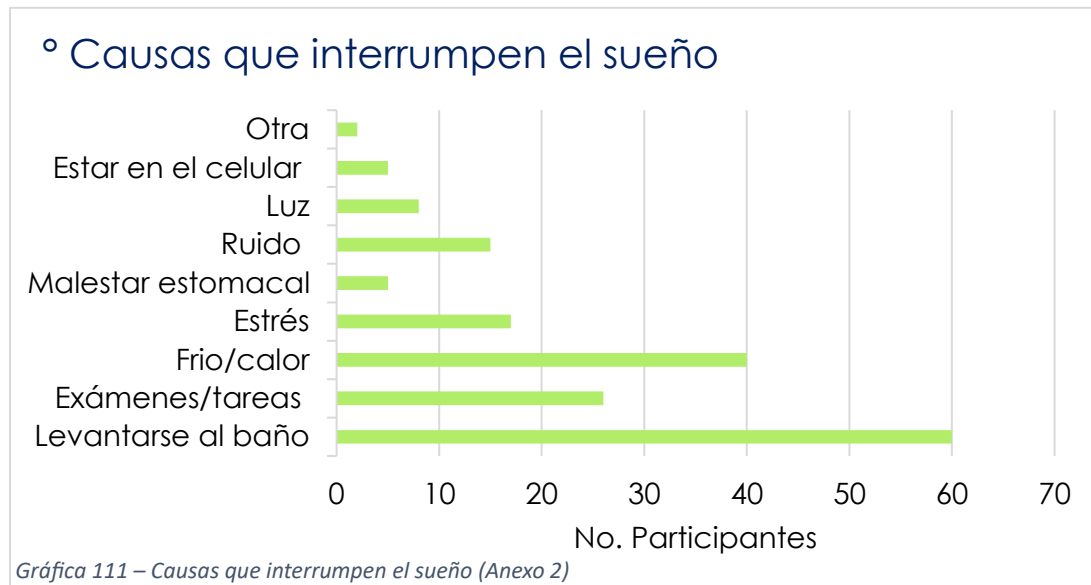
El 49% (n= 60) de los participantes afirmó despertar durante la noche, mientras que el 51% (n= 63) no se despierta en la noche. (*Gráfica 109*)



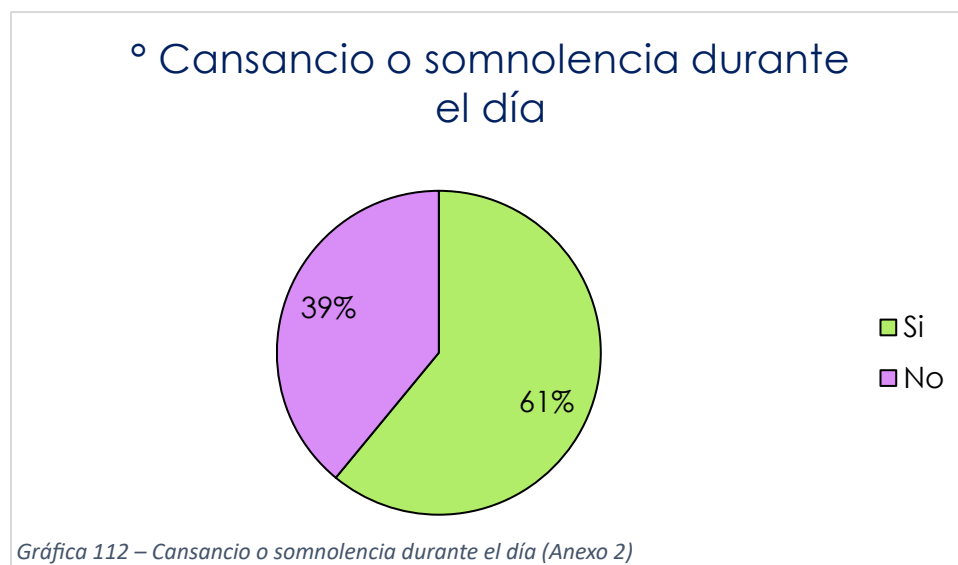
De los 60 (49%) participantes que afirmaron despertar durante la noche en la gráfica 109, el 87% (n= 56) se despierta de 1 a 2 veces, mientras que el 13% (n= 4) 3 veces o más durante la noche. (*Gráfica 110*)



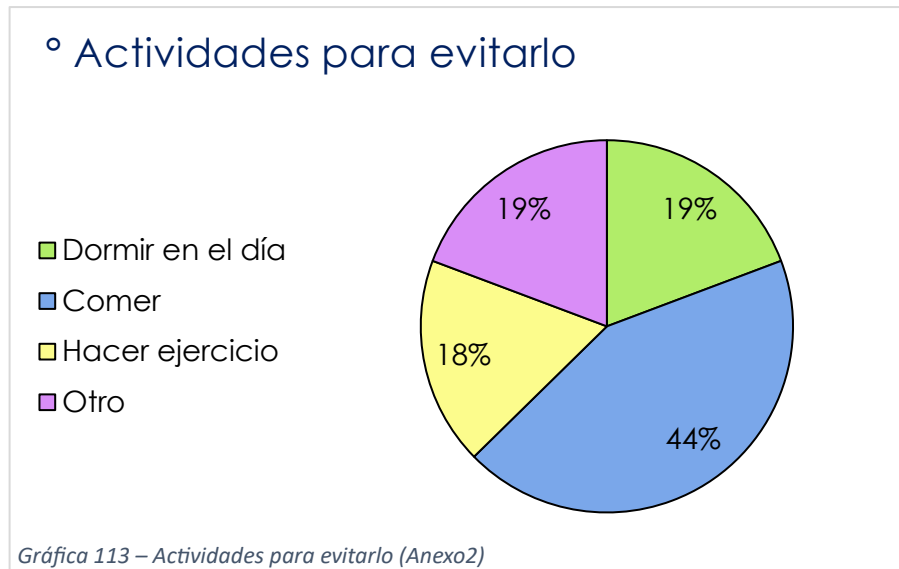
En la presente gráfica se muestran algunos de los factores que interrumpen el sueño de los participantes de la gráfica 109, los cuales, señalaron más de 1 opción. El top 3 de las causas más frecuentes son: levantarse al baño, frío/calor y exámenes/tareas. (Gráfica 111)



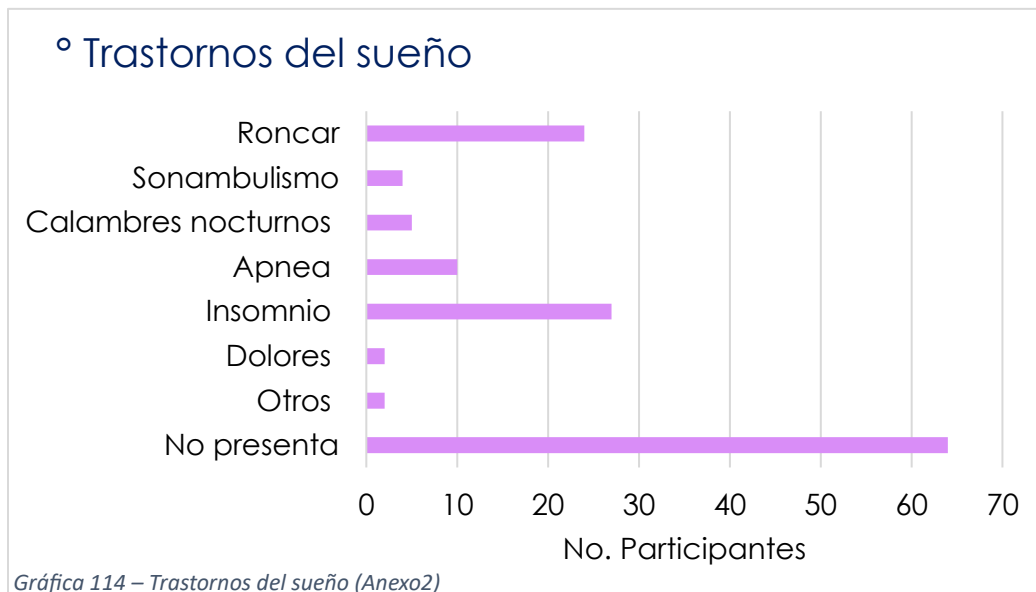
El 61% (n= 75) de los participantes indicó sentirse cansado o con somnolencia en el transcurso del día, a pesar de las horas que hayan dormido. (Gráfica 112)



Los 75 participantes que afirmaron sentirse cansados o con somnolencia en el lapso de su día, optaron por realizar actividades para evitarlo. El 44% prefiere comer, 19% dormir en el día, 18% hacer ejercicio y 19% otra actividad. (Gráfica 113)



De acuerdo con los trastornos del sueño, los pacientes se identificaron con estos conjuntos de alteraciones, los cuales, seleccionaron más de uno. Dentro de los 3 primeros se encuentra el roncar, insomnio y apnea. (Gráfica 114)

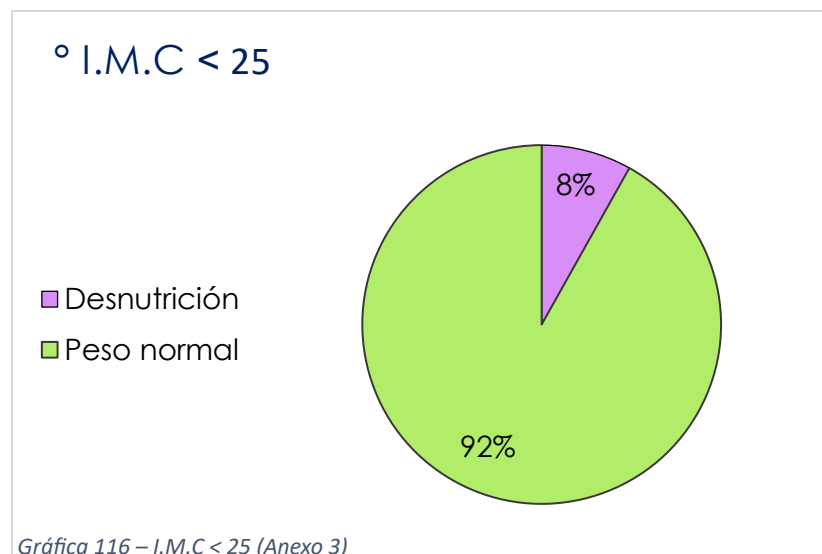


Los estimulantes para evitar el sueño, sin duda, son una buena opción, sin embargo, no se deben consumir en exceso. Los pacientes que afirmaron el consumo de estimulantes constan de un 27% (n= 33). (Gráfica 115)

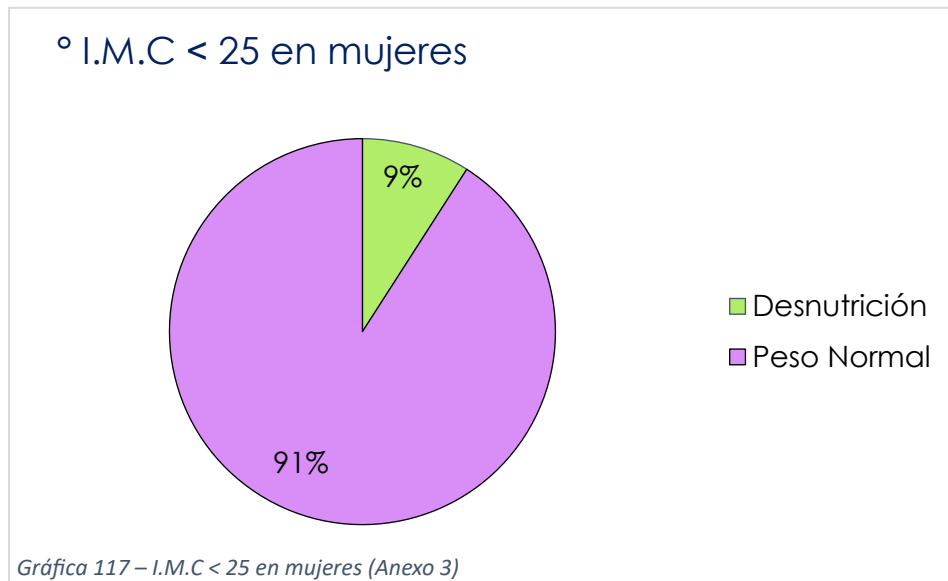


4.8.14. ANTROPOMETRÍA

De los 123 participantes, se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC) menor a 25, siendo este el rango para clasificar peso normal y desnutrición. El 92% (n= 113) de los participantes tuvieron peso normal y el 8% (n= 10) desnutrición. (Gráfica 116)



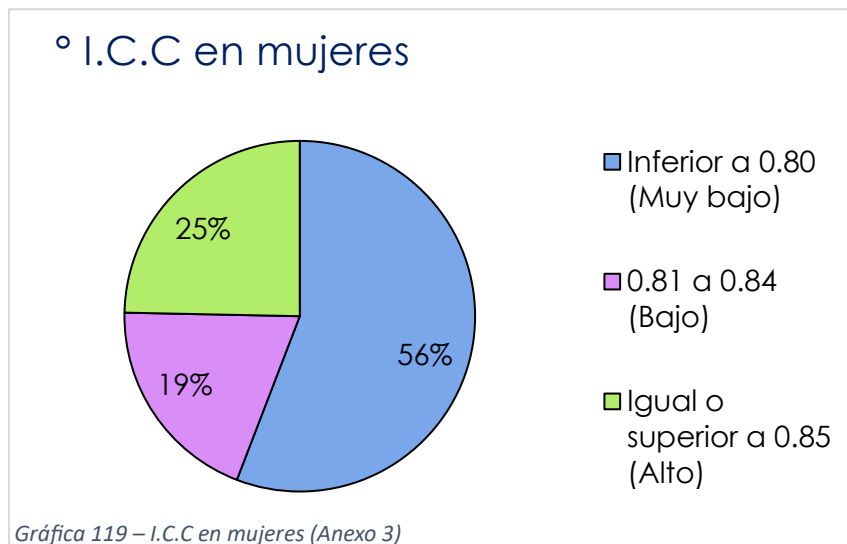
La gráfica muestra el IMC inferior a 25 de las 77 mujeres, entre peso normal y desnutrición. (Gráfica 117)



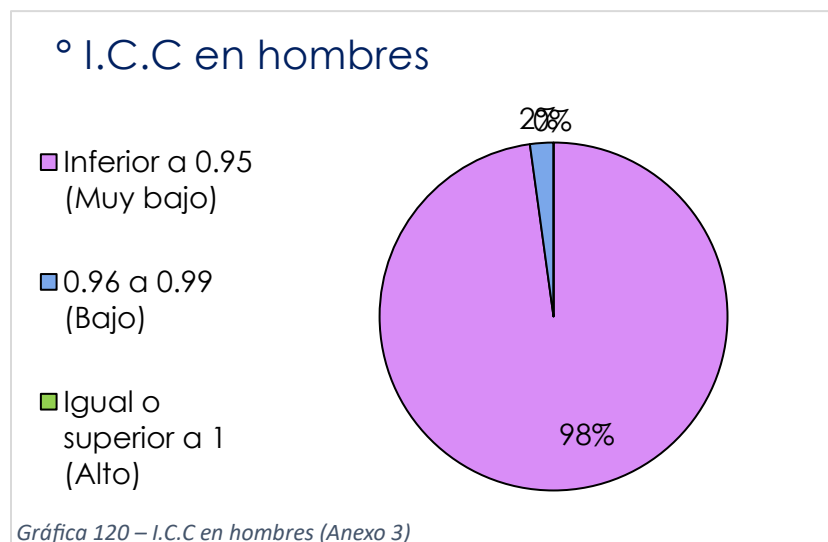
La gráfica muestra el IMC inferior a 25 de los 46 hombres, entre peso normal y desnutrición. (Gráfica 118)



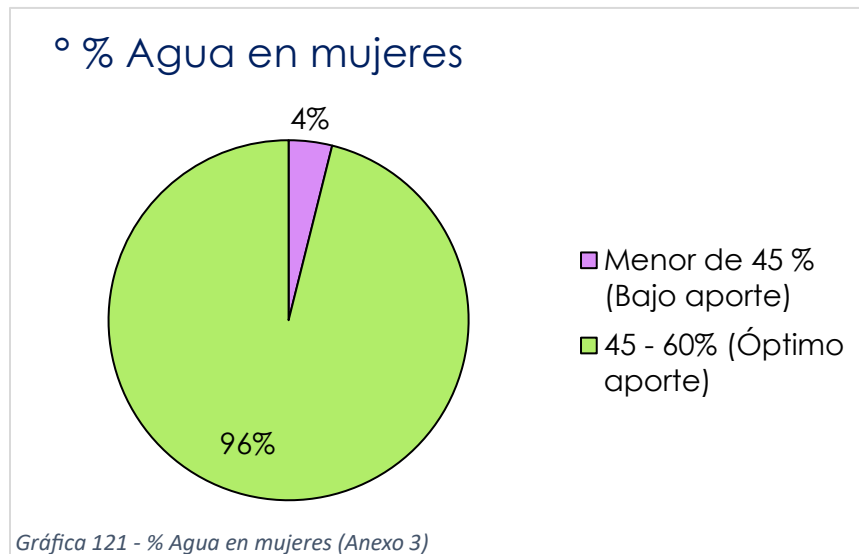
Para sacar el Índice Cintura-Cadera (I.C.C) de los 123 participantes, se dividió entre mujeres y hombres de acuerdo con los valores propuestos por la OMS (*Tabla 3*). La gráfica de I.C.C de las 77 participantes, muestra que el 25% (n= 19) tiene un valor igual o superior a 0.85, indicando un alto riesgo cardiovascular. (*Gráfica 119*)



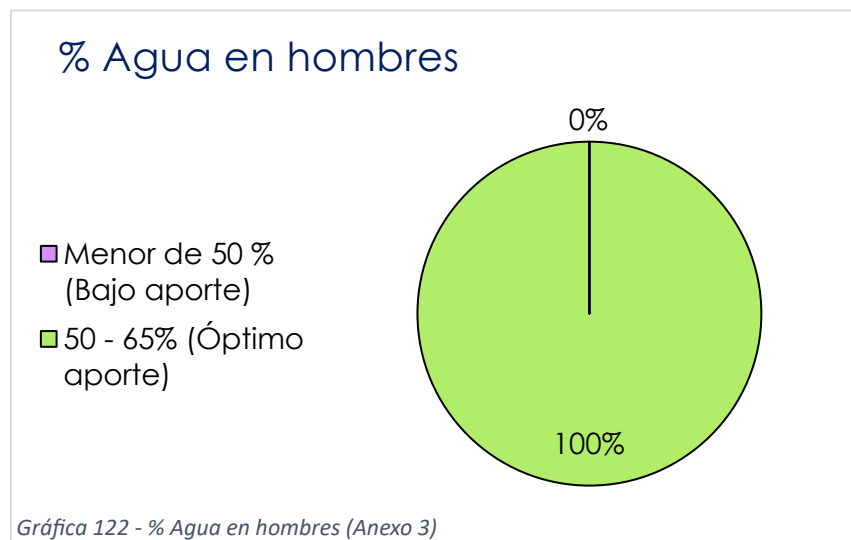
La gráfica de I.C.C de los 46 participantes, muestra que el 98% (n= 45) tiene un valor inferior a 0.95, indicando un muy bajo riesgo cardiovascular. (*Gráfica 120*)



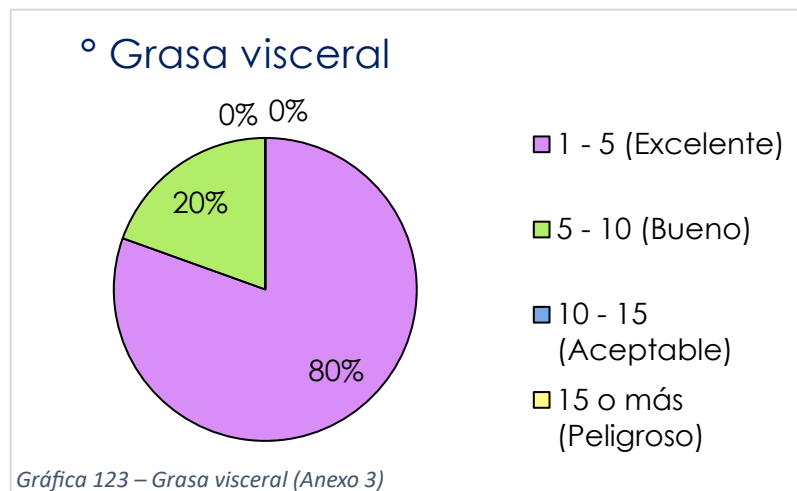
Se realizó la división de los 123 participantes entre hombres y mujeres, dado que los parámetros de porcentaje de agua son diferentes. La gráfica muestra que el 96% (n= 74) de las mujeres tiene un óptimo contenido de agua (45–60%) y el 4% (n= 3) bajo aporte de agua (menor a 45%). (Gráfica 121)



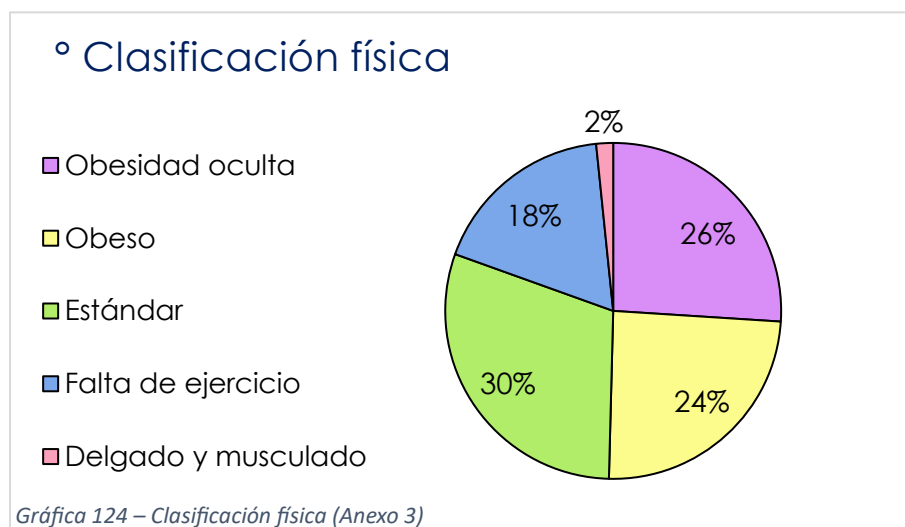
La gráfica muestra que el 100% (n= 46) de los hombres, tiene un óptimo contenido de agua (50–65%). (Gráfica 122)



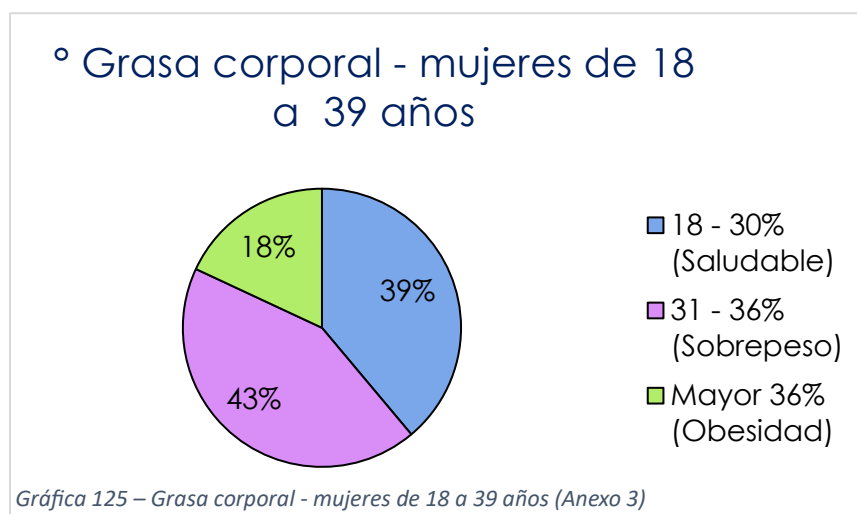
Un nivel de grasa visceral excesivo, es factor de riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, enfermedades renales, colesterol alto, etcétera. La siguiente gráfica muestra que el 20% (n= 24) de los participantes refiere un nivel de puntuación de 5 a 10, lo que indica una grasa visceral buena y, el 80% (n= 99), refiere una puntuación de 1 a 5, lo que indica grasa visceral excelente. (Gráfica 123)



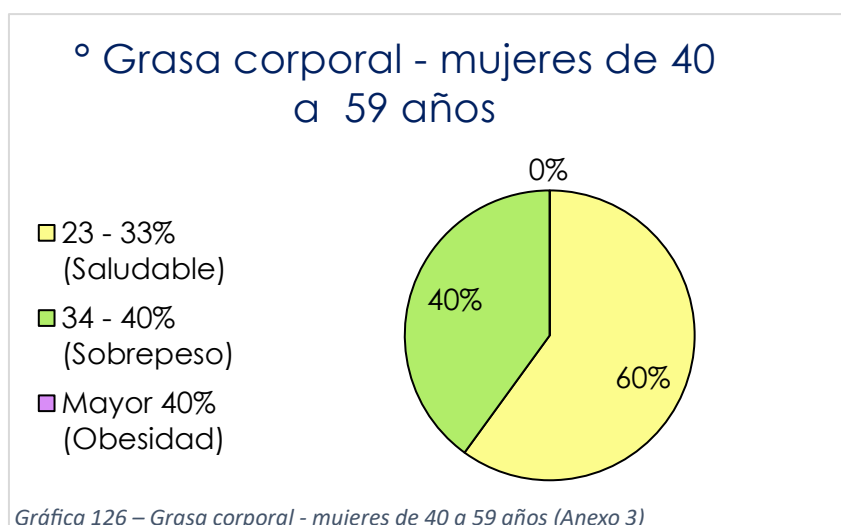
Con la ayuda de la báscula de bioimpedancia, se obtuvo una puntuación de la clasificación física, en donde el 26% (n= 32) de los participantes, se situaron en estado de obesidad oculta y el 18% (n= 22) en falta de ejercicio. (Gráfica 124)



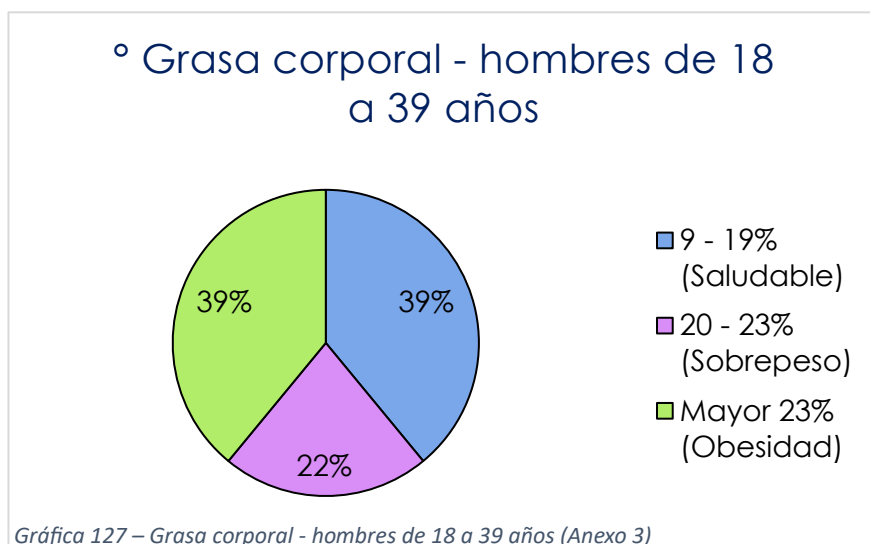
Este indicador de la báscula de bioimpedancia representa la proporción de grasa respecto al peso corporal, de acuerdo con los rangos por sexo y edad. La primera gráfica de grasa corporal en mujeres de 18 a 39 años (n= 72), muestra que el 39% (n= 28) tiene un rango de 18 a 30% de grasa corporal, indicando un estado saludable de grasa, y el 43% (n= 31) sobrepeso (31-36%). (Gráfica 125)



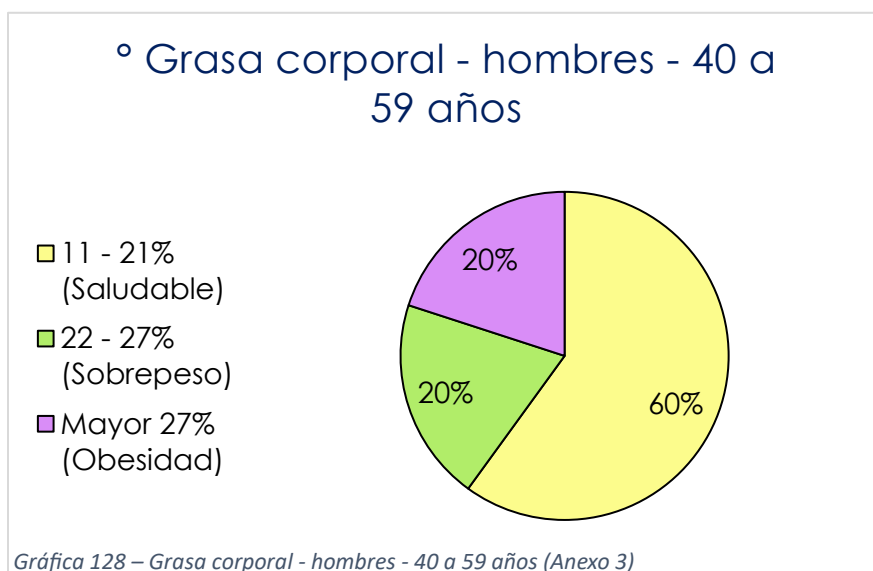
La segunda gráfica de grasa corporal en mujeres de 40 a 59 años (n= 5), muestra que el 60% (n= 3) tiene un rango de 23 a 33% de grasa corporal, indicando un estado saludable, y el 40% (n= 2) sobrepeso (34-40%). (Gráfica 126)



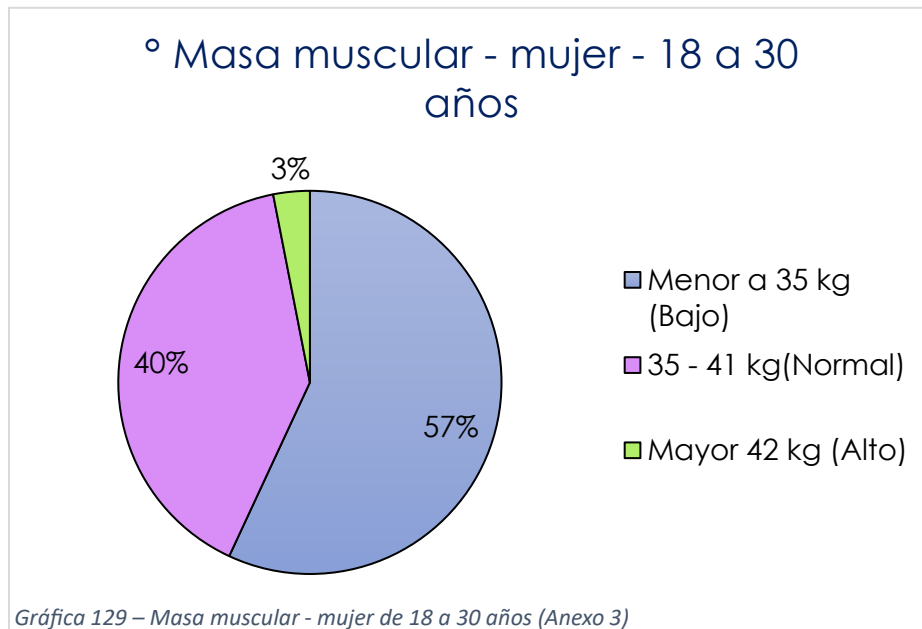
La tercera gráfica de grasa corporal en hombres de 18 a 39 años (n= 41), muestra que el 39% (n= 16) tiene un rango de 9 a 19% de grasa corporal, indicando un estado saludable, y el 22% (n= 9) sobrepeso (20-23%). (Gráfica 127)



La cuarta gráfica de grasa corporal en hombres de 40 a 59 años (n= 5), muestra que el 60% (n= 3) tiene un rango de 11 a 21% de grasa corporal, indicando un estado saludable, y el 20% (n= 1) sobrepeso (22-27%). (Gráfica 128)

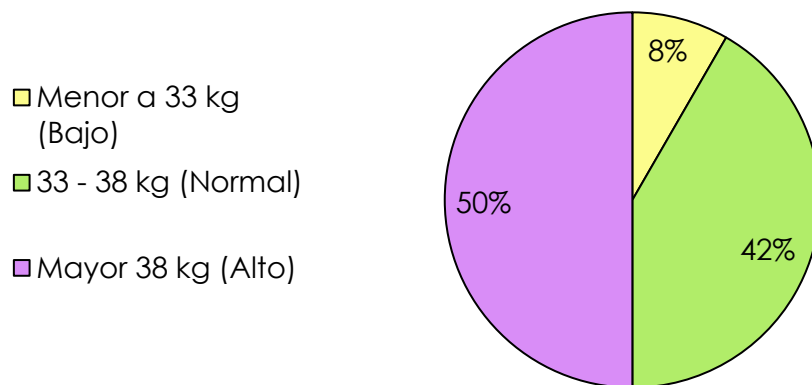


Este indicador de la báscula de bioimpedancia representa un nivel de masa muscular, salud y forma física, de acuerdo con los rangos por sexo y edad. La primera gráfica de masa muscular en mujeres de 18 a 30 años (n= 65), muestra que el 57% (n= 37) tiene un rango menor a 35 kg, indicando un bajo peso de masa muscular, y el 40% (n= 26) un rango normal de masa muscular de 35-41 kg. (Gráfica 129)



La segunda gráfica de masa muscular en mujeres de 31 a 60 años (n= 12), muestra que el 50% (n= 6) tiene un rango mayor a 38 kg, indicando un alto peso de masa muscular, y el 42% (n= 5) tiene un rango normal de masa muscular de 33-38 kg. (Gráfica 130)

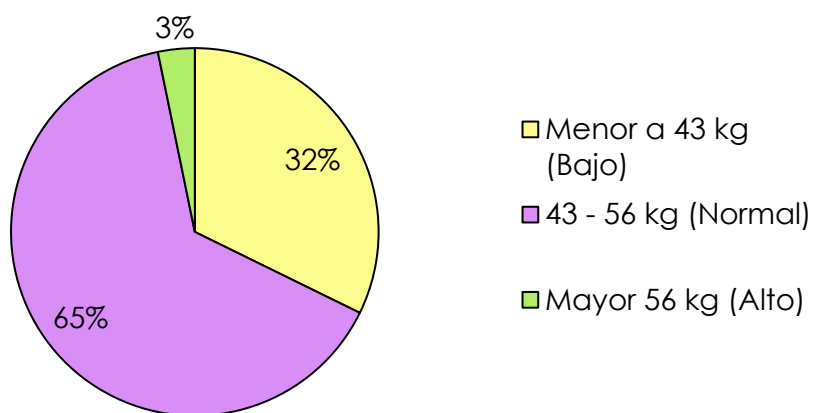
° Masa muscular - mujeres - 31 a 60 años



Gráfica 130 – Masa muscular - mujeres de 31 a 60 años (Anexo 3)

La tercera gráfica de masa muscular en hombres de 18 a 30 años (n= 31), muestra que el 32% (n= 10) tiene un rango menor a 43 kg, indicando un alto peso de masa muscular, y el 65% (n= 20) tiene un rango normal de masa muscular de 43-56 kg. (Gráfica 131)

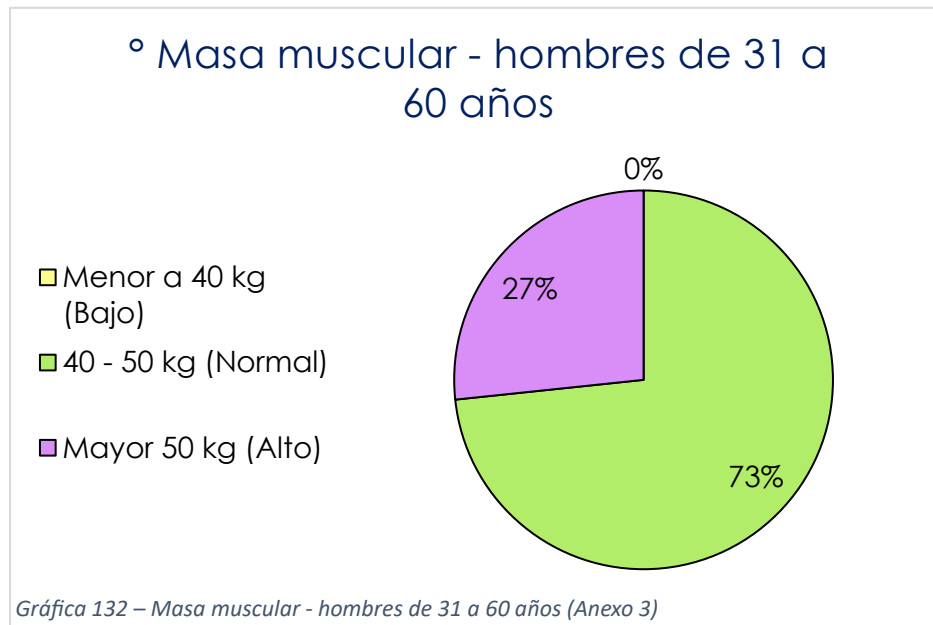
° Masa muscular - hombres de 18 a 30 años



Gráfica 131 – Masa muscular - hombres de 18 a 30 años (Anexo 3)

La cuarta gráfica de masa muscular en hombres de 31 a 60 años (n= 15), muestra que el 27% (n= 4) tiene un rango mayor a 50 kg, indicando un alto peso de masa muscular, y el 73% (n= 11) tiene un rango normal de masa muscular de 40-50 kg.

(Gráfica 132)



5. RECOMENDACIONES

Como se mencionó anteriormente, existe un notable desequilibrio energético asociado a un exceso en el consumo diario de macronutrientes y un bajo gasto calórico, lo que propicia el aumento de peso. Por ello, es importante adquirir hábitos adecuados que nos permitan llevar un estilo de vida saludable, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y otras Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Por otro lado, cuando el sobrepeso u obesidad ya están presentes, es necesario realizar un abordaje individualizado que incluya un diagnóstico general y nutricional, considerando factores metabólicos, hormonales y de actividad física. Estos padecimientos pueden prevenirse siempre que se tomen decisiones correctas respecto a la alimentación y la actividad física.

El personal de salud está comprometido con el bienestar emocional a través de recomendaciones saludables, buscando concienciar y comunicar los beneficios de mantener un peso adecuado, orientar sobre la selección de alimentos y ayudar a identificar la sensación de saciedad, con el objetivo de evitar episodios de atracones.

En función de lo anterior, las recomendaciones nutricionales para mejorar los hábitos alimentarios en la comunidad UACMita con sobrepeso u obesidad, y/o para prevenir estas condiciones, son las siguientes:

Alimentación adecuada

1. Adaptar la alimentación: La dieta debe ser personalizada según diversos factores, como la edad, el peso, la estatura, la presencia de alguna patología y el estilo de vida de cada persona.
2. Seguir las 6 leyes de la alimentación de manera constante:
 - **Suficiente:** Garantizar que se cubran las necesidades energéticas de cada persona, según su edad, género, estatura, actividad física o estado fisiológico.
 - **Equilibrada:** Asegurar una ingesta adecuada de proteínas, lípidos e hidratos de carbono, sin excesos ni carencias de ningún nutriente, para promover una buena salud.
 - **Completa:** Incluir al menos un alimento de cada grupo del "Plato del Bien Comer" en cada comida, según las necesidades individuales.
 - **Variada:** Consumir diferentes alimentos y preparaciones, así como productos de temporada, para asegurar una gama amplia de nutrientes.
 - **Inocua:** Garantizar que los alimentos se preparen, sirvan y consuman de forma segura e higiénica, para prevenir enfermedades y riesgos.
 - **Adecuada:** Adaptar el consumo de alimentos a la edad, estado de salud, preferencias, condiciones culturales, sociales y económicas, actividad física, clima, zona geográfica y disponibilidad de alimentos.
3. Distribuir adecuadamente los tiempos de comida: Realizar entre 4 y 5 comidas al día, por ejemplo: desayuno, colación matutina, comida, colación vespertina y cena. Mantener horarios fijos y evitar comer en exceso.

4. Servir porciones pequeñas: De preferencia, utilizar platos pequeños para servir raciones reducidas, lo que visualmente hará que los alimentos se vean en mayor cantidad.
5. Comer despacio y con atención: Masticar lentamente, comer con calma y preferiblemente sentado, evitando distracciones como la televisión o dispositivos electrónicos. Esto favorece una mejor digestión y absorción de los alimentos.
6. Incluir alimentos saludables en cada comida: Incorporar diariamente verduras, frutas, leguminosas, cereales integrales y frutos secos en los tiempos de comida. Apoyarse en el "Plato del Bien Comer" para una mejor selección de alimentos.
7. Incrementar el consumo de fibra: Priorizar alimentos ricos en fibra soluble, como verduras, frutas y leguminosas, preferiblemente crudos y con cáscara. La fibra ayuda a aumentar la saciedad, mejora el control metabólico y modula la absorción de nutrientes.
8. Elegir carnes magras: Optar por pollo, pescado y cortes magros de res (pierna, filete, lomo y falda). Moderar el consumo de carne de cerdo, carnes procesadas y embutidos, como jamón, longaniza, chorizo, mortadela, salchichas, salami, entre otros.
9. Preferir cereales integrales: Incluir opciones integrales como tortilla, pan integral, pastas, arroz, avena y galletas integrales, debido a su alto contenido de fibra, que ayuda a prevenir o aliviar el estreñimiento.
10. Evitar alimentos con alto contenido calórico: Reducir el consumo de frituras, alimentos fritos, ultraprocesados y comida rápida, ya que estos contribuyen

significativamente al aumento de peso y al riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad.

11. Moderar el consumo de alimentos picantes: Reducir el uso de salsas, chiles y especias picantes, ya que pueden irritar la mucosa del tracto gastrointestinal y causar problemas estomacales que afectan la salud.
12. Evitar o reducir el consumo de alimentos con combinación de azúcares y grasas: Limitar productos como pan dulce, helado, chocolate y pasteles, ya que estas combinaciones aportan un alto índice calórico y pueden desencadenar sobrepeso u obesidad.
13. Moderar el consumo de azúcares y sal: Reducir al máximo la ingesta de azúcar y sal, debido a que ambos ingredientes contribuyen al desarrollo y empeoramiento de diversas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Preparación de alimentos

14. Optar por métodos de cocción más saludables: Preferir la preparación de alimentos asados, hervidos, horneados o al vapor, en lugar de fritos, capeados o empanizados, ya que estos últimos utilizan un mayor porcentaje de grasas saturadas, perjudicando la salud.
15. Usar aceites vegetales para cocinar: Elegir aceites como los de oliva, aguacate, cártamo o girasol, así como aceite en aerosol. Estos aceites aportan ácidos grasos esenciales, que son beneficiosos para el buen funcionamiento del organismo.
16. Elegir aderezos bajos en grasa para ensaladas: Preparar ensaladas con limón, vinagre o aderezos bajos en grasas para mantener un aporte calórico reducido.

17. Eliminar el exceso de grasa visible de las carnes: Al consumir carnes, preferir cortes magros y retirar el exceso de grasa visible. En el caso del pollo, quitar la piel antes de comerlo.
18. Consumir lácteos descremados: Optar por productos lácteos bajos en grasa, como yogur, leche de vaca o de soya, queso fresco, panela, ricota, queso canasto y requesón, para reducir el aporte de grasas saturadas.

Actividad física

19. Realizar actividad física diariamente: Dedicar entre 30 y 60 minutos al día a la actividad física. En casos de obesidad, se recomienda comenzar con caminatas de 30 minutos a paso ligero. Los beneficios de la actividad física incluyen la reducción de la resistencia a la insulina, mejora de la composición corporal (aumento de masa muscular), mayor gasto calórico, bienestar psíquico y disminución de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).
20. Fomentar la práctica de actividad física o deporte: Adaptar las actividades a las capacidades, habilidades, preferencias y posibilidades personales, puesto que cada individuo disfruta de la actividad física a su manera.
21. Optar por usar las escaleras: Siempre que sea posible, elegir las escaleras en lugar de ascensores en lugares como escuelas, oficinas y centros comerciales, para promover la movilidad corporal y reducir el sedentarismo.
22. Reducir los periodos de sedentarismo: Limitar el tiempo frente a la televisión y otras pantallas (teléfonos, tabletas, videojuegos, etc.), ya que prolongados periodos de inactividad contribuyen al sedentarismo.

23. Favorecer actividades al aire libre: Priorizar ejercicios como caminar, trotar, correr o subir y bajar escaleras. Crear rutinas básicas para mover el cuerpo e incrementar la intensidad y duración gradualmente.
24. Aumentar el transporte activo: Reducir el tiempo en transporte motorizado (auto, moto, autobús) y optar por caminar o usar la bicicleta. Esto ayudará a disminuir el sedentarismo, especialmente si no se realiza actividad física regular.
25. Incorporar la actividad física diaria en grupo: La actividad física o deporte debe ser parte de la rutina diaria; las actividades en grupo o deportes en equipo suelen ser más motivadoras y apropiadas.
26. Mantener una buena hidratación: Beber suficiente agua durante la actividad física, ya sea de intensidad leve, moderada o intensa, para evitar la deshidratación.

Recomendaciones generales

27. El consumo diario de agua es esencial para el cuerpo: Beber agua permite que los procesos fisiológicos y metabólicos funcionen correctamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un consumo de 2 a 3 litros de agua al día (OMS, La importancia de una buena hidratación, 2017). El agua aporta numerosos beneficios, como una mejor absorción de nutrientes, eliminación de toxinas, regulación de la temperatura corporal, lubricación de las articulaciones y prevención del estreñimiento.
28. Reducir el consumo de bebidas azucaradas: Evitar o moderar la ingesta de refrescos, jugos o cualquier bebida con azúcar añadida. Estas bebidas, al

contener azúcares, pueden provocar problemas de salud como obesidad, trastornos metabólicos y caries. Si no es posible eliminar el consumo de bebidas azucaradas, optar por versiones "light" o sin azúcar.

29. Dormir entre 6 y 8 horas diarias: El sueño es fundamental para la salud y el bienestar general. Dormir menos de 8 horas se asocia con un mayor riesgo de desarrollar Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La falta de sueño puede provocar aumento de peso, niveles elevados de glucosa en sangre, debilitamiento del sistema inmunológico e incremento de los antojos.
30. Gestionar el estrés de manera adecuada: Evitar o controlar los periodos de estrés, ya que este afecta tanto física como mentalmente y puede desencadenar problemas de salud, como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).
31. Evitar o moderar el consumo de tabaco: Fumar deteriora gravemente la salud y agrava las patologías existentes. El riesgo de muerte aumenta considerablemente si se padece obesidad y se fuma.
32. Limitar el consumo de alcohol: El alcohol aporta calorías vacías (7 kcal/g), que no benefician al organismo y pueden perjudicar la salud y el bienestar.
33. Leer las etiquetas nutricionales: Es recomendable revisar las etiquetas de los productos alimenticios, ya que proporcionan información sobre calorías, porciones y nutrientes. Esto permite seleccionar opciones más saludables. También es útil fijarse en los sellos de advertencia en forma de octágono, que indican claramente el exceso de nutrientes e ingredientes poco saludables.

34. Tomar vitaminas y suplementos bajo supervisión médica: El consumo de vitaminas debe ser recomendado por un especialista, ya que son necesarias para el buen funcionamiento celular, prevención de enfermedades y mejora de la calidad de vida. Los suplementos pueden ser útiles como apoyo para personas con dificultades para ingerir alimentos o para mejorar el rendimiento deportivo. Su uso debe ser personalizado, considerando edad, estado de salud y nivel de actividad física.
35. Realizar chequeos médicos regulares: Hacerse un examen médico al menos dos veces al año es una inversión en la salud a largo plazo. Estos chequeos ayudan a detectar y prevenir enfermedades de manera temprana, y permiten corregir malos hábitos alimenticios, deficiencia de actividad física, trastornos del sueño, entre otros.
36. Acudir a consultas psicológicas: La salud mental influye directamente en la alimentación. Conocer y gestionar nuestras conductas, emociones, motivaciones y relaciones personales afecta nuestra forma de comer y la absorción de nutrientes. La atención psicológica puede mejorar tanto la salud física como la mental, aportando beneficios significativos al bienestar general.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue conocer las conductas alimentarias y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la comunidad UACMita, del plantel San Lorenzo Tezonco.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del Índice de Masa Corporal (IMC), se evidenció que el 61% de los 150 participantes presentó sobrepeso, el 28% obesidad tipo 1, el 7% obesidad tipo 2 y el 4% obesidad tipo 3. Por lo tanto, se comprobó que la prevalencia de sobrepeso fue del 22.2%, mientras que la prevalencia de obesidad fue del 14.4%. En contraste, en el estudio titulado “Sobrepeso, obesidad y actividad física en estudiantes de enfermería de una universidad privada” (Huamán Carhuas, Bolaños Sotomayor, 2020), se observó una prevalencia total de 31.7% en sobrepeso y 14.1% en obesidad de los 142 participantes. Por lo tanto, la prevalencia de sobrepeso es mayor en los estudiantes de enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; sin embargo, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México tiene un índice ligeramente superior en obesidad (0.3% más). Por último, se asocia que, en ambas universidades, la mayoría de los estudiantes presenta un IMC que corresponde a sobrepeso, lo cual está relacionado con sus conductas alimentarias.

La valoración del Índice Cintura-Cadera arrojó que el 49% de las mujeres y el 16% de los hombres tienen una alta probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Por otro lado, los resultados sobre la grasa corporal muestran que el 23% de las mujeres de 18 a 39 años padecen sobrepeso y el 73%, obesidad. En las mujeres de 40 a 59 años, el 33% presenta sobrepeso y el 60%, obesidad. Se observa que, en las mujeres de 18 a 39 años, el porcentaje de sobrepeso es más elevado que el de obesidad, mientras que, en las mujeres de 40 a 59 años, el porcentaje de obesidad supera al de sobrepeso, según los parámetros de grasa corporal.

En cuanto a los hombres de 18 a 39 años, el 8% padece sobrepeso y el 92%, obesidad; en los hombres de 40 a 59 años, el 100% presenta obesidad. Por lo tanto, en los hombres, la grasa corporal muestra un porcentaje elevado de obesidad en ambos grupos de edad. Esto indica que la gran mayoría de los hombres de entre 18 y 59 años padecen obesidad, según los parámetros de grasa corporal. Esto difiere de las mujeres, cuya distribución de grasa corporal varía con la edad, ya que las mujeres tienden a acumular un porcentaje más alto de grasa debido a su anatomía, conductas alimentarias, falta de actividad física, entre otros factores. En cuanto a la valoración del parámetro de grasa visceral, se encontró que el 4% de las mujeres y el 5% de los hombres presentan niveles excesivos de grasa visceral, lo que los coloca en riesgo de sufrir problemas que limitan su calidad de vida.

Comentando lo anterior, y de acuerdo con los estudios realizados por la ENSANUT 2018 en la población adulta de 20 años y más, el porcentaje de mujeres con sobrepeso en 2018 fue del 36.6%, y del 42.2% en obesidad. En cuanto a los hombres, el porcentaje de sobrepeso fue del 42.5%, mientras que el de obesidad

fue del 30.5%. Cabe mencionar que el estudio de la ENSANUT 2018 incluyó a 82.7 millones de adultos de 20 años y más.

Por otro lado, en nuestro estudio se contó con 150 participantes de entre 18 y 59 años. En este caso, el porcentaje de mujeres con sobrepeso fue del 59% y el de obesidad del 41%. En cuanto a los hombres, el porcentaje de sobrepeso fue del 65% y el de obesidad del 35%.

Es importante destacar que, aunque la cifra total de población en el estudio de la ENSANUT y en el de la UACM es diferente, los porcentajes de obesidad son similares. En mujeres, la ENSANUT reportó un 42.2% de obesidad, mientras que en nuestro estudio fue del 41%. En hombres, la ENSANUT registró un 30.5%, mientras que en nuestro estudio fue del 35%, lo que permite asociar ambos estudios en cuanto a la prevalencia de obesidad.

Finalmente, es relevante señalar que, aunque el estudio de la UACM incluye más mujeres que hombres, esto no implica que los hombres tengan una menor prevalencia de sobrepeso u obesidad.

Respecto a la calidad de los hábitos alimenticios, que juegan un papel fundamental en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, se determinó que los participantes de este estudio cumplen con tres o más comidas al día: el 54% realiza tres comidas y el 28%, cuatro comidas. Por otro lado, el consumo de alimentos es frecuente en casa y en la escuela, y los alimentos consumidos son preferentemente acompañados de agua natural, aunque también se incluyen bebidas azucaradas.

En cuanto a los grupos de alimentos, se observó que el 75% de los participantes tiene un bajo consumo de frutas, y el 68% un bajo consumo de verduras. La OMS recomienda un consumo mínimo de 400 g de frutas y verduras al día, o cinco porciones de 80 g cada una. En leguminosas, el 85% de los participantes no las consume diariamente. Según las "Guías alimentarias para la población mexicana", su consumo debe ser diario, y en adultos, la porción recomendada es de 1 a 2 al día.

El 87% de los participantes no consume cereales de grano entero, y las "Guías alimentarias para la población mexicana" sugieren un consumo de 6 a 12 porciones al día. En cuanto a los alimentos de origen animal, tanto de bajo, moderado como alto aporte de grasa, los participantes varían el consumo de estos productos a diario, lo cual es adecuado, ya que las "Guías alimentarias para la población mexicana" recomiendan que su consumo sea semanal y variado, dependiendo de la porción y el tipo de carne: carne de res y carnes rojas, de 3 a 4 porciones; pollo y aves, de 8 a 11 porciones; pescados y mariscos, 4 porciones; y huevo, 7 porciones.

En relación con los embutidos, el 10% de los participantes los consume a diario, lo cual no es recomendado debido a su preparación y alto aporte calórico. Finalmente, es importante mencionar que el 14% de los participantes no consume agua diariamente. Según las "Guías alimentarias para la población mexicana", 8 de cada 10 adultos en el país consumen agua natural, y se sugiere un consumo diario de 9 a 13 vasos de agua para los adultos (Alcocer Varela, López Ramírez, Cortés Alcalá, 2023).

Por otro lado, en relación con la actividad física, el 63% de los participantes no practica ninguna actividad física o deporte. Una de las principales razones (79%) es la falta de tiempo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar actividad física de intensidad moderada, con un mínimo de 150 minutos de ejercicio por semana. En ocasiones, el tiempo que no se dedica a la actividad física se ve afectado por el alto uso de redes sociales, que hoy en día tienen una gran influencia en la sociedad. El 27% de los participantes pasa entre 5 y 10 horas al día en redes sociales.

En cuanto al consumo de tabaco, el 23% de los participantes lo consume, pero no a diario, mientras que el 4% lo consume todos los días. Respecto al alcohol, el 58% de los participantes lo consume, pero no de manera diaria, mientras que el 2% lo consume todos los días. Estos factores son perjudiciales para la salud y contribuyen a la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Otro aspecto importante es el sueño y el descanso. El 56% de los participantes duerme entre 6 y 9 horas al día. Entre las actividades más comunes antes de dormir se encuentran estudiar, ver televisión, comer y leer. Según National Institutes of Health (NIH), los adultos necesitan entre 7 y 8 horas de sueño cada noche. Sin embargo, el 47% de los participantes tiene dificultades para conciliar el sueño. Tres de las principales causas de interrupción del sueño son: levantarse al baño, exámenes/tareas y el estrés, lo que genera trastornos del sueño como ronquidos, insomnio y calambres nocturnos, entre otros.

En cuanto a los 123 participantes con peso normal y desnutrición (PNyD), se analizó y comparó su comportamiento alimentario y estilo de vida con los 150 participantes

con sobrepeso y obesidad (SyO). Empezando por el Índice de Masa Corporal (IMC), que debe ser menor a 25 para indicar peso normal y desnutrición, se observó que 113 participantes (92%) tenían peso normal, mientras que 10 participantes (8%) presentaban desnutrición.

Al comparar las conductas alimentarias y el estilo de vida de ambos grupos, encontramos que coinciden en varios aspectos. Por ejemplo, ambos grupos consumen entre 3 a 4 o más comidas al día: en el grupo PNYD, el 83% tiene este hábito, y en el grupo SyO, el 82%. Asimismo, ambos grupos coinciden en consumir su primer alimento del día en menos de una hora después de levantarse: 49% en ambos grupos. También, ambos grupos tienen en común que consumen sus alimentos principalmente en la escuela, con un 33% en el grupo PNYD y un 32% en el grupo SyO.

En cuanto a los alimentos de origen animal (A.O.A) de moderado aporte en su consumo diario, el 20% de los participantes de PNYD y el 13% de los participantes de SyO los consumen de forma habitual. En este caso, el grupo de PNYD presenta un porcentaje más elevado en el consumo de A.O.A., al igual que en el consumo de alimentos altos en grasas, con un 13% en PNYD y un 11% en SyO. Esto indica que, si ambos grupos continúan con un consumo elevado de estos alimentos, aumentarán su riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad a corto plazo.

En cuanto al consumo de agua, el 81% de los participantes en el grupo PNYD y el 86% en el grupo SyO consumen agua de manera diaria, lo que indica que la mayoría de los participantes mantienen una buena hidratación.

En relación con la actividad física en el grupo de PNYD, el 41% de los participantes practica alguna actividad física o deporte, en comparación con el 37% en el grupo SyO. En cuanto al consumo de alcohol, la respuesta 'sí, pero no todos los días' mostró una semejanza entre ambos grupos: 55% en PNYD y 58% en SyO, lo que indica un factor de riesgo para el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en los pacientes de PNYD.

Respecto a la calidad del sueño, ambos grupos duermen entre 6 y 9 horas al día: el 54% de los participantes en PNYD y el 56% en SyO.

En cuanto a la antropometría, se observaron valores de obesidad (24%) y obesidad oculta (26%) en los pacientes de PNYD. Cabe señalar que, aunque estos pacientes se encuentran dentro del rango de peso normal según el IMC, su composición corporal no es la adecuada, según la clasificación física. El hecho de tener valores de obesidad u obesidad oculta implica un alto porcentaje de grasa corporal y un nivel bajo o estándar de masa muscular.

En cuanto a la grasa corporal, se observó que, en los pacientes de PNYD de 18 a 39 años, tanto en mujeres como en hombres, solo el 39% se encuentra en un rango saludable de grasa corporal, mientras que el 61% restante se encuentra en los rangos de sobrepeso y obesidad en cuanto a grasa corporal. Este 61% es un factor preocupante, ya que el exceso de grasa corporal influye negativamente en la salud y el bienestar físico.

Tras observar, analizar y asociar los datos de ambos grupos de pacientes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel San Lorenzo Tezonco, se

identificaron algunas conductas similares. Ambos grupos comparten un ambiente obesogénico, que se ve influido por el consumo de alimentos altos en grasas, sales y azúcares, y bajos en nutrientes, tanto dentro como fuera de la universidad.

La universidad cuenta con un comedor económico, pero con deficiencias en cuanto a calidad, inocuidad, variedad, entre otros aspectos. Además, en los alrededores de la universidad hay diversos puestos de comida rápida, como tortas, hamburguesas, hot-dogs, papas fritas, pizzerías, tacos de guisado (con carnes rojas), tamales, atoles y antojitos mexicanos fritos (como tacos dorados, chilaquiles, gorditas, quesadillas, entre otros). También hay tiendas de abarrotes que venden una amplia variedad de productos ultraprocesados, como papas fritas, cheetos, pan dulce, galletas, dulces, bebidas azucaradas, bebidas energizantes, cigarrillos, entre otros, así como locales de bebidas alcohólicas (cerveza, pulque, bebidas con energizantes, etc.).

Aunque los participantes con peso normal y desnutrición en este estudio no muestran signos de sobrepeso u obesidad, si continúan con sus actuales hábitos alimentarios y estilo de vida, se verán afectados a corto y largo plazo por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), lo que afectará su salud y bienestar, al igual que en el caso de los participantes con sobrepeso u obesidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, la OMS reportó que, en 2022, alrededor del 16% de los adultos de 18 años o más en todo el mundo eran obesos. La prevalencia de obesidad a nivel mundial aumentó más del 100% entre 1990 y 2022, y este problema sigue siendo relevante en 2024. Las conductas y hábitos alimentarios

continúan evolucionando, al igual que el consumo de productos ultraprocesados, lo que favorece el sobrepeso y la obesidad.

Como profesionales de la salud, sugerimos implementar intervenciones educativas que sensibilicen y promuevan el consumo bajo de grasas saturadas, azúcares procesados y sal, así como el aumento de la actividad física, la ingesta diaria de agua natural, un sueño adecuado y la reducción del estrés.

7. CONCLUSIÓN

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública en aumento, que afectan a todos los grupos de edad, sexo y condición social. Estos padecimientos son factores de riesgo importantes en el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). La obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial que deteriora progresivamente el estado de salud, y en muchos casos, requiere un tratamiento multidisciplinario para mejorar la calidad de vida del paciente.

Los resultados de los 150 participantes de este estudio muestran una prevalencia de sobrepeso (22.2%) y obesidad (14.4%) en la comunidad UACMita, lo que representa una problemática preocupante, no solo a nivel universitario, sino también global. Si el 100% de la comunidad UACMita participara en las jornadas de salud del Plantel San Lorenzo Tezonco, se obtendría un análisis estadístico más completo sobre las conductas alimentarias y la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Esto permitiría implementar estrategias más efectivas para tratar y prevenir el riesgo de múltiples patologías a corto y largo plazo, las cuales pueden afectar negativamente la calidad de vida.

Enfrentar esta problemática como profesional de la salud es un desafío constante, que involucra a diversos sectores de salud. Evaluar las conductas alimentarias es fundamental para determinar el bienestar de las personas, en este caso, de la comunidad UACMita. Es crucial asegurarse de que los miembros de la comunidad reciban un aporte nutricional y energético adecuado para el estilo de vida que llevan, un estilo que, en muchos casos, está marcado por factores como el estrés, la

inactividad física, la mala alimentación, el trabajo externo, el sedentarismo, entre otros, los cuales impactan negativamente en el bienestar personal.

La UACM, plantel San Lorenzo Tezonco, se ve involucrada en participar, apoyar y fortalecer los cambios que afectan negativamente el estado nutricional de los estudiantes, a través de un consultorio de atención nutricional, ferias de nutrición y salud, jornadas de salud, seminarios, entre otras iniciativas. Sin embargo, los estudiantes no siempre se acercan para concientizarse sobre sus malos hábitos alimenticios, que se caracterizan por la falta de orientación nutricional, el escaso entendimiento de las etiquetas nutricionales, la alta oferta de alimentos ricos en grasas saturadas, sodio y azúcares, así como la deficiencia en la actividad física. Estas conductas derivan en complicaciones de salud que ponen en riesgo su bienestar y calidad de vida.

Al concluir esta investigación, pudimos observar que el impacto del sobrepeso y la obesidad es relevante, por lo que en el futuro se podrían incluir enfoques más amplios y profundos en futuras investigaciones, teniendo en cuenta factores sociales, culturales, psicológicos, ambientales, genéticos y de intervención, lo cual es esencial para generar cambios efectivos a nivel poblacional.

Para finalizar, como licenciadas y licenciados en nutrición y salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, contamos con la capacidad para orientar, apoyar y garantizar una mejor calidad de vida, con el objetivo de modificar conductas y hábitos alimentarios. Esto se logra mediante la motivación, el empoderamiento y la promoción adecuada de la salud nutricional y la actividad física. Es importante tener en cuenta que el sobrepeso, la obesidad y diversas patologías son problemas

multifactoriales de salud pública que deben ser abordados por diferentes profesionales de la salud, trabajando de manera complementaria para obtener mejores resultados sociales, porque "Nada humano me es ajeno".

8. REFERENCIAS

- Alcocer Varela, J. C., López Ramírez, H., & Cortés Alcalá, R. (2023). GUÍAS ALIMENTARIAS 2023 PARA LA POBLACIÓN MEXICANA. *Secretaría de Salud*, 95.
- Alegría Ezquerro, E., Castellano Vázquez, J. M., & Alegría Barrero, A. (2008). Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. *Rev Esp Cardiol*, 61(7), 752-764.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colomb Med*, 34(4), 186-195.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Blanco Naranjo, E. G., Chavarría Campos, G. F., & Garita Fallas, Y. M. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. *Rev Médica Sinergia*, 6(2), 1-10.
- Boletín de la ANMM. (2017). Enfermedad por hígado graso no alcohólico. *Rev. Fac. Med. (Méx.)*, 60(2), 43-46.
- Carrillo Esper, R., & Muciño Bermejo, J. (2011). Hígado graso y esteatohepatitis no alcohólica. *Rev de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54(3), 29-45.
- Castro S, L., & Silva P, G. (2015). Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Rev. Med. Clin. Conde*, 26(5), 600-612.
- Dávila Torres, J., González Izquierdo, J. d., & Barrera Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 53(2), 240-249.
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Obtenido de ENSANUT:
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Escaffi F, M. J., Cuevas M, A., Vergara, K., & Alonso K., R. (2017). Tabaco y peso corporal. *Rev Chil Enferm Respir*, 33, 249-251.
- FMD. (2015). *Obesidad y dislipidemias*. Obtenido de Federación Mexicana de Diabetes, A.C.: <https://fmdiabetes.org/obesidad-y-dislipidemias/>
- Garaulet, M., Puy, M., & Pérez Llamas, F. (2018). Obesidad y ciclos de vida del adulto. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 14(3), 150-155.
- García Laguna, D. G., García Salamanca, G. P., & Tapiero Paipa, Y. T. (2012). DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA Y SU IMPLICACIÓN EN LA

- SALUD DE JÓVENES UNIVERSITARIOS. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185.
- GOB.MX. (2021). *Obesidad y sobrepeso. Menos kilos, más vida*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/obesidad-y-sobrepeso-menos-kilos-mas-vida#:~:text=Estimaciones%20realizadas%20por%20la%20Organizaci%C3%B3n,de%20650%20millones%20eran%20obesos.>
- Gómez Cruz, Z., Landeros Ramírez, P., Romero Velarde, E., & Troyo Sanromán, R. (2016). ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS PARA LA SALUD EN UNA POBLACIÓN UNIVERSITARIA. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 15(2), 15-21.
- González Chávez, A., Gómez Miranda, J. E., & Elizondo Argueta, S. (2019). Guía de práctica clínica de síndrome metabólico. *Rev ALAD*, 9, 179-200.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. México D.F.: McGrawHill Educación.
- Higuera Sainz, J. L., Pimentel Jaimes, J. A., Mendoza Catalán, G. S., & Rieke Campoy, U. (2017). EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO PARA ADQUIRIR SOBREPESO Y OBESIDAD. *Ra Ximhai*, 13(2), 53-62.
- IMSS. (2016). Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia) en el adulto. *Guía de Práctica Clínica GPC*, 1-67.
- ISSSTE. (2019). *Sedentarismo afecta al 58.3 por ciento de los mexicanos mayores de 18 años*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/issste/prensa/sedentarismo-afecta-al-58-3-por-ciento-de-los-mexicanos-mayores-de-18-anos?idiom=es>
- Izaola, O., De Luis, D., Sajoux, I., Domingo, J. C., & Vidal, M. (2015). Inflamación y obesidad (lipoinflamación). *Nutr Hosp*, 2352-2358.
- José Naranjo Orellana, J., Álvarez Medina, J., Blasco Lafarga, C., & Gaztañaga Aurrekoetxea, T. (2020). Obesidad y ejercicio físico en adultos. *Arch Med Deporte*, 37(5), 326-337.
- Kaufer Horwitz, M., & Pérez Hernández, J. F. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter disciplina*, 10(26), 147-175.
- Korbman de Shein, R. (2010). Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. *An Med (Mex)*, 55 (3), 142-146.
- López Alvarado, A. F. (2020). *Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*. México D.F: Psicoco-Obesidad.

- Maldonado Gómez, A. R., Gallegos Torres, R. M., & García Aldeco, A. (2017). Epidemiología de sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios de Chilpancingo, Guerrero. *RICS Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud*, 6(12), 1-16.
- Méndez Hernández, P. (2018). Síndrome Metabólico: Definición, fisiopatología y criterios para el diagnóstico. *OPD-Salud de Tlaxcala*, 1-6.
- Morales Rivera, E. (2015). Redes sociales y obesidad en jóvenes universitarios. *Universidad Iberoamericana León*, 1-61.
- Moreno G, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad . *Rev. Med. Clin. Conde*, 23(2), 124-128.
- NIH. (2017). *Hoja informativa Sobre los Ritmos Circadianos*. Obtenido de National Institute of General Medical Sciences: https://www.nigms.nih.gov/education/Documents/Spanish_circadian.pdf
- NIH. (2020). *Ritmos circadianos*. Obtenido de National Institute of General Medical Sciences: <https://www.nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/circadian-rhythms-spanish.aspx>
- OMS. (2017). *La importancia de una buena hidratación*. Obtenido de Gobierno de México : <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-importancia-de-una-buena-hidratacion>
- OMS. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (2022). *Alcohol*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OMS. (2023). *Estrés*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- OMS. (2023). *Hipertensión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- OPS. (2022). *Diabetes*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- OPS. (2023). *Control del tabaco*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud : <https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco>
- Páez Cala, M. L. (2012). Universidades saludables: los jóvenes y la salud. *Archivos de Medicina*, 12(2), 205-220.

- Pérez González, A. (2012). Análisis del desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 4(1), 276-316.
- Pompa Guajardo, E. G., & Meza Peña, C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-11.
- Ramos Villa, E. A., Reyes Monje, R. G., & Vieyra Rivera, J. I. (2017). Revisión de la epidemiología del sobrepeso y obesidad. *Psic-Obesidad*, 7(25), 4-6.
- Rodríguez López, C., González Torres, M. C., Aguilar Salinas, C. A., & Nájera Medina, O. (2017). Mecanismos inmunológicos involucrados en la obesidad. *Invest Clin*, 175-196.
- Rubio Guerra, A. F., & Narváez Rivera, J. L. (2017). Hipertensión arterial en el paciente obeso. *Archivos en Medicina Familiar*, 19(3), 69-80.
- Ruiz López, J. C., Letamendi Velasco, J. A., & Calderón León, R. A. (2020). Prevalencia de dislipidemias en pacientes obesos. *MEDISAN*, 24(2), 211-222.
- Senado de la República. (2017). *MÉXICO OCUPA EL PRIMER LUGAR A NIVEL MUNDIAL EN OBESIDAD INFANTIL Y EL SEGUNDO EN ADULTOS: UNICEF*. Obtenido de Senado de la República CORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/87-internacional/39127-mexico-ocupa-el-primer-lugar-a-nivel-mundial-en-obesidad-infantil-y-el-segundo-en-adultos-unicef.html>
- Shamah Levy, T., Campos Nonato, I., & Cuevas Nasu, L. (2019). Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud pública Méx*, 61(6), 852-865.
- Suverza, A., & Haua, K. (2010). *El ABCD de la Evaluación del Estado Nutricional*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Tejero, M. (2008). Genética de la obesidad. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, 65(6), 441-450.
- Torres, F., & Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Revista Problemas del Desarrollo*, 193(49), 145-169.
- Zazueta Zazueta, G., Rodríguez Morales, A. J., Borquez Ávalos, J. A., & Molina Carrasco, G. P. (2019). Estudio de hábitos alimenticios en estudiantes de nivel superior y su impacto como determinantes de riesgo en la salud. *Universidad de Sonora*.

ANEXOS

9. ANEXOS

Folio: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Leer cada pregunta con cuidado antes de contestar.

Responder todas las preguntas.

Marcar con una X la respuesta de las preguntas de opción múltiple.

1. DATOS PERSONALES.

1.1 Nombre: _____

1.2 Edad: _____

1.3 Sexo: (M) (F)

1.4 Número telefónico: _____

1.5 Correo electrónico: _____

1.6 Sector al que pertenece:

Académico: _____ Academia/Colegio: _____

Estudiantil _____ Semestre: _____ Licenciatura: _____

Administrativo: _____ Área: _____

Intendencia: _____

Otro: _____

2. SOCIOECONÓMICO

2.1 Tipo de vivienda

Casa () Departamento () Otro _____ Rentado () Propio ()

2.1 ¿De qué material es el piso de la vivienda en la que habitas?

Tierra () Concreto () Otros terminados ()

2.2 ¿Tu vivienda Cuenta con los siguientes servicios?

Energía Eléctrica () Agua Entubada () Drenaje () Teléfono () Internet ()

2.3 ¿Cuántas personas habitan en la misma casa? _____

Número de cuartos/habitaciones con que cuenta tu vivienda, (sin contar cocina, baño, patios y zotehuelas) _____

2.4 Número de focos con los que cuenta la vivienda: _____

2.6 ¿Qué tipo de transporte sueles utilizar?

Transporte público () Automóvil particular () Moto/Motoneta () Bicicleta () Caminando () Otros: _____

3. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Familiares directos que presenten alguna de éstas enfermedades (diagnóstico médico, en tratamiento farmacológico)

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	Mamá			Papá			ABUELOS MATERNOS			ABUELOS PATERNOS		
	Si	No	No sé	si	No	No sé	Si	No	No sé	Si	No	No sé
Diabetes Mellitus Tipo 2												
Sobrepeso												
Obesidad												
Hipertensión arterial												
Colesterol alto												
Triglicéridos altos												

4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1 De las enfermedades antes mencionadas, ¿sabes si presentas alguna de ellas?

Sí () No () No sé ()

¿Cuál?: _____

4.2 Otras enfermedades diagnosticadas (hace cuánto tiempo)

4.3 Tomas medicamentos actualmente Sí () No ()

¿Cuáles? _____

4.4 ¿Realizas al menos un chequeo médico (preventivo/control) al año? Sí () No ()

4.5 ¿cuentas con seguro médico o asistencia médica? Sí () No ()

En caso de contestar que sí, marca cual.

() ISSTE () IMSS () ISFAM () Médico Privado () Servicios Públicos

5. ESTILOS DE VIDA

Alimentación

5.1 ¿Cuántas veces consumes alimentos al día? _____ veces

5.2 ¿Cuáles de los siguientes tiempos de comida realizas al día?

a) Desayuno () b) Comida () c) Cena () d) Alimentos entre comidas ()

5.3 ¿A qué hora consumes tu primer alimento del día?

a) En menos de 1 hora después de levantarme ()

b) 2 a 3 horas después de levantarme ()

c) 4 horas o más después de levantarme ()

5.4 ¿Dónde consumes tus alimentos con mayor frecuencia?

a) Casa () b) Trabajo () c) Escuela () d) Puestos de la calle ()

e) Llevo alimentos preparados en casa () f) Otros: _____

5.5 ¿Con qué tipo de bebida acompañas tus alimentos con mayor frecuencia? (marca solo una opción)

- Agua natural ()
- Bebidas con azúcar (refrescos, jugos industrializados, aguas de sabor, té, leches de sabor, café) ()
- Jugos de frutas naturales ()
- Cerveza/ pulque/ vino ()
- Café sin endulzar ()
- Té sin endulzar ()
- Atoles o bebidas a base de maíz ()
- Bebidas rehidratantes comerciales (gatorade, powerade) ()
- Bebidas energéticas comerciales (vive 100, redbull, monster) ()

5.6 Frecuencia de consumo de alimentos

ALIMENTO		Diario	1 a 3 veces por semana	4 a 5 veces por semana	Ocasional (Una vez al mes)	Nunca
Frutas						
Verduras						
Leguminosas (frijoles, habas, lentejas, garbanzo, soya)						
C E R E A L E S	Refinados (arroz, trigo, pan de caja blanco, bolillo, pastas)					
	De grano entero (arroz integral, trigo integral, maíz, amaranto, quinoa) y tubérculos como la papa y camote					
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL	Carnes magras sin grasa visible, pollo sin piel, pescado, clara de huevo, quesos blancos: jocoque, requesón, panela, canasto					
	Huevo completo, pollo con piel, cortes de carne con grasa visible					
	Carnitas, chicharrón, vísceras, suadero, sesos; quesos amarillos: gouda, cheddar, manchego, parmesano					
LACTEOS	Descremados					
	Semidescremados					
	Enteros					

EMBUTIDOS	(jamón, salchicha, mortadela, salami, pepperoni, chorizo, longaniza, tocino, chistorra)					
GRASAS.	Mantequilla, margarina, mayonesa, manteca, aceites vegetales de oliva, coco, cártamo, girasol, aderezos, crema, aguacate, queso crema					
	Cacahuates, nueces, pepitas, almendras, avellanas, girasol.					
Agua simple						

6. ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO.

6.1 ¿Practicas algún deporte? Sí () No ()

¿Cuál?: _____

Duración: _____ Frecuencia: _____

6.1.1 Si no practicas ningún ejercicio ¿Por qué razón?

a) No me gusta () b) No tengo ganas () c) No tengo tiempo ()

d) Por alguna lesión () e) Enfermedad: _____

6.2 ¿Cuánto tiempo permaneces sentado al día?: _____ horas: _____ minutos

6.3 ¿Cuánto tiempo utilizas redes sociales al día?: _____ horas: _____ minutos

7. CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS.

8. HÁBITOS DE SUEÑO

- 8.1 ¿Cuántas horas duermes por día? _____ horas: _____ minutos/día
- 8.2 ¿En qué horario te acuestas a dormir? _____ horas: _____ minutos () am () pm
- 8.3 ¿A qué hora te levantas normalmente? _____ horas: _____ minutos () am () pm
- 8.4 ¿Ingieres algún medicamento para poder dormir?
- a) Si, todos los días
 - b) Si, pero no todos los días
 - c) No, pero si he tomado
 - d) No, nunca he tomado ¿Cuál?
- 9.5 ¿Sueles recordar tus sueños? Sí () No ()
- 9.6 ¿Qué actividades realizas antes de ir a la cama? (puede ser más de una).
- a) Leer () b) Estudiar () c) Ejercicio () d) Beber café ()
 - e) Ver televisión () f) Ingerir algún alimento () Otra: _____
- 9.7 ¿Duermes durante el día? No () Sí ()
- 9.7.1 ¿Cuánto tiempo?
- a) 20 a 30 min. () b) 40 a 60 min. () c) 2 a 3hrs. () d) Más de 3 horas ()
- 9.8 En los últimos 3 meses ¿Has tenido problemas para conciliar el sueño? Sí () No ()
- 9.8.1 ¿Conoces la causa? Sí () Especifica _____ No ()
- 9.9 ¿Despiertas durante la noche? Sí () No ()
- 9.9.1 ¿Cuántas veces? 1 a 2 veces () 3 a 4 veces () más de 4 veces ()
- 9.9.2 ¿Cuáles son las causas que interrumpen tu sueño? (Puede ser más de una).
- a) Levantarse al baño () b) Exámenes/ tareas () c) Frío/ calor ()
 - d) Estrés () e) Malestar estomacal () f) Ruido () g) Luz () h) Estar en el celular ()
 - i) Otra (especifica) _____
- 9.10 No importa cuántas horas hayas dormido ¿Te sientes cansado(a) o con somnolencia durante el día? Sí () No ()
- 9.10.1 Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Qué haces para evitarlo?

a) Dormir en el día () b) Comer () c) Hacer ejercicio ()

d) Otra _____

9.11 ¿Padeces alguna de los siguientes malestares?

a) Roncar () b) Sonambulismo () c) Calambres nocturnos ()

d) Apnea (Dificultad para respirar) () e) Insomnio () f) Dolores ()

g) Otros: _____

9.12 ¿Tomas estimulantes para mantenerte alerta? (café, bebidas energizantes, medicamentos)

No () Sí ()

¿Cuál(es)? _____

!!!GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!