



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33**

**“EFECTO DE LA REALIZACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LOS
ESTILOS DE VIDA, EN MÉDICOS RESIDENTES LA UMF 33”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:

TÍTULO

EN:

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VALERIA GONZÁLEZ NÚÑEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO



Ciudad de México 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES



DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
MÉDICA FAMILIAR Y COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO
MEÉDICA Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NI. 33 "EL ROSARIO"
ASESORA DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, por siempre estar a mi lado, guiándome y alentándome a continuar a pesar de las adversidades.

Agradezco a mi hijo Aldo, cada día me das una lección nueva para mi vida, mi propósito es dejar el mundo mejor de lo que lo encontré.

A mis suegros por su apoyo incondicional en todo momento.

A mi hermana, que siempre ha sido mi fuente de inspiración para continuar en esta carrera.

A mis compañeros de la residencia, que sin ser mi familia me demostraron su apoyo.

A la Dra. Mónica Osorio, que me enseñó a no rendirme, una luz en la oscuridad.

A Hugo, mi mejor amigo, mi compañero, mi colega, mi esposo, quien mejor para entender estas altas y bajas durante mi trayectoria.

A Dios por permitirme conocer a estas maravillosas personas, por dejarme terminar y estar guiándome en cada momento de mi vida.

ÍNDICE

| | |
|----------------------------------|----|
| DICTAMEN DE APROBADO | 5 |
| RESUMEN..... | 6 |
| INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| ANTECEDENTES | 9 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 22 |
| OBJETIVOS..... | 24 |
| SUJETO, MATERIAL Y MÉTODOS. | 25 |
| RESULTADOS | 26 |
| DISCUSIÓN | 32 |
| CONCLUSIÓN..... | 33 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 34 |
| ANEXOS..... | 37 |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3404**.
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS **18 CI 09 005 002**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082**

FECHA **Miércoles, 21 de septiembre de 2022**

Dra. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **EFFECTO DE LA REALIZACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LOS ESTILOS DE VIDA, EN MÉDICOS RESIDENTES LA UMF 33** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3404-053

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. miguel alfredo zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RESUMEN

EFECTO DE LA REALIZACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LOSESTILOS DE VIDA, EN MÉDICOS RESIDENTES LA UMF 33

Osorio Granjeno Mónica Catalina ¹, González Núñez Valeria. ²

Introducción: Los estilos de vida juegan un papel importante para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, el personal de salud cuando se encuentra en formación experimenta diferentes cambios que pueden llevar a una mala nutrición, exceso de trabajo que condiciona a situaciones de estrés, modificación de ciclo circadiano que pueden en conjunto aumentar la resistencia a insulina y esto condiciona una tolerancia a la glucosa. **Objetivo** Determinar el efecto de la modificación en los estilos de vida en el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en médicos residentes de la UMF 33. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y prolectivo, en un grupo de 13 médicos residentes de medicina familiar, a quienes se hizo 2 mediciones: la primera al inicio de la residencia y la segunda a los 6 meses. En ambos se realizó la toma de glucosa capilar, peso, talla e índice cintura-cadera. Además, se aplicó el instrumento FANTASTIC, para la valoración de estilos de vida. **Resultados:** Existe diferencia en el aumento de peso, IMC, falta de comunicación, y de afecto, disminución de las horas de dormir por las noches, aumento de periodos de agresividad y ansiedad en los médicos residentes. **Conclusión:** Si bien los médicos residentes llegan con malos estilos de vida al realizar una residencia médica se ven afectados aún más los estilos que ya tenían aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer.

Palabras clave: Estilos de vida y médicos residentes.

¹Médico Familiar y Prof. Adj. Del CEMF de la UMF 33 "El Rosario" .

²Médico Residente de tercer año del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario".

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida son aquellas prácticas que buscan prevenir, tratar y mejorar enfermedades que se generaron con prácticas poco saludables, aspectos que deben ser considerados por todas las personas, empezando por el personal de salud. El estar físicamente activo, eliminar sustancias tóxicas, dormir adecuadamente, alivia el estrés y tener una red de apoyo ayudan a mejorar la salud y calidad de vida, sin embargo, la actividad laboral y académica, con frecuencia, son aspectos que limitan el tiempo para llevar a cabo estilos de vida saludables.

Al respecto, el médico familiar, es el primer eslabón en la ardua tarea de propiciar estilos de vida saludable en los pacientes, teniendo mayor impacto si el propio médico lleva a cabo las acciones sugeridas. En la actualidad, existen diversos programas enfocados en favorecer ambientes académicos favorables para los médicos residentes, lo que implica una reducción en las horas de instrucción clínica complementaria, realizando un cambio de guardias cada 3 días a guardias cada 4 días, aspecto que, a su vez, tiene un impacto en los estilos de vida de los médicos residentes. Así mismo, se ha descrito que, si se tiene un adecuado cuidado a su salud, se mejoran las competencias académicas y la atención hacia los pacientes.

Aunque esta descrito que los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes en el personal de salud, no se ha tomado en consideración, si llevar estilos de vida saludable durante esta etapa de formación, tiene un efecto positivo e incluso protector. Por otro lado, las enfermedades no transmisibles como el cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y pulmonares, son enfermedades de salud poblacional de clase mundial, que se desarrollan a partir de factores como obesidad, estilos de vida y sedentarismo. Los médicos fomentan los buenos hábitos de salud y estilos de vida como realizar actividad física, alimentación saludable, manejo de peso corporal. Es por ello que, como parte de la formación de los especialistas en medicina familiar, se debe considerar promover estilos de vida saludable, a fin de buscar congruencia entre lo que se promueve y lo que se hace.

La motivación para llevar a cabo esta investigación radica en el interés de identificar áreas de oportunidad que permitan mejorar, la calidad de vida en los médicos residentes, y junto con ello, su desempeño académico y profesional. Así mismo, se considera, como parte de la formación del médico residente, se debe tomar encuentra la congruencia entre lo que se hace y lo que se prescribe, en este caso, los estilos de vida saludables, que son la base fundamental del manejo de los padecimientos crónicos en el primer nivel de atención.

El objetivo de la presente investigación fue determinar el efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

ANTECEDENTES

En este sentido, realizar cambios de estilo de vida, ayuda a mejorar la salud y disminuir la carga de enfermedad. Las intervenciones para propiciar cambios en la conducta, se llevan a cabo en el primer nivel de atención. En ellas, se promueve la capacidad, motivación y oportunidad que las personas tengan elementos que los impulsen a realizar cambios que tengan una repercusión positiva en su salud. Algunas de las acciones incluyen, disminuir el consumo de tabaco, evitando enfermedades como cáncer, complicaciones en el embarazo. Así mismo, el alcohol puede llevar a desarrollar enfermedades como hipertensión arterial, hipercolesterolemia.

Sin embargo, se ha descrito que un cambio de empleo, o bien, una transición de un nivel académico a otro, son considerados factores estresantes por si solos, derivado de los cambios que se llevan a cabo, no solo en el aspecto laboral sino en la dinámica familiar, siendo el inicio de un curso de especialización médica, un claro ejemplo de ello. Entre los aspectos a considerar al iniciar una residencia médica, se encuentran: el tiempo de adiestramiento clínico en servicios hospitalarios, la disminución de las horas de sueño, quejas de familiares y pacientes, aumento de carga de trabajo y mayor competitividad. Dichos aspectos, generan cambios que pueden repercutir en su salud. A pesar de que las actividades de los médicos residentes son de índole variable, es evidente que existe una reducción en las horas dedicadas a la preparación de alimentos, realizar ejercicio y actividades de ocio, aspectos que a su vez, pueden ser un factor predisponente para un incremento en el consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol. (3)

Es un hecho, que llevar una vida saludable, influye en la efectividad de laboral y académica. La calidad de vida profesional resulta del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o cargas de trabajo y los recursos que dispone para afrontar esas demandas (psicológicos, organizacionales y relacionales). Al tomar en consideración estos aspectos en consideración, vale la pena tomar en cuenta aspectos específicos de la vida laboral y académica de los médicos residentes,

específicamente del residente de medicina familiar, quién además del tiempo dedicado a adiestramiento clínico e instrucción clínica complementaria, debe invertir varias horas en el estudio de los contenidos de los programas académicos. Aunque esta descrito que los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes en el personal de salud, no se ha tomado en consideración, si llevar estilos de vida saludable durante esta etapa de formación, tiene un efecto positivo e incluso protector. (5)

Por otro lado, las enfermedades no transmisibles como el cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y pulmonares, son enfermedades de salud poblacional de clase mundial, que se desarrollan a partir de factores como obesidad, estilos de vida y sedentarismo. Los médicos fomentan los buenos hábitos de salud y estilos de vida como realizar actividad física, alimentación saludable, manejo de peso corporal. Es por ello que, como parte de la formación de los especialistas en medicina familiar, se debe considerar promover estilos de vida saludable, a fin de buscar congruencia entre lo que se promueve y lo que se hace. (6)

Existen teorías que ayudan explicar la motivación para llevar a cabo estilos de vida saludable, una de ellas es, la autodeterminación, la cual enmarca 3 niveles motivación intrínseca donde se realiza actividad por el propio placer, motivación extrínseca por recompensa o reconocimiento externos y desmotivación que es la menos autodeterminada. Se establecen necesidades psicológicas básicas, una de ellas es la autonomía, actividades por propia elección, competencias interactuar de manera eficiente para sentirse competente, relaciones sociales para sentirse dentro de un grupo. La satisfacción que genera tendrá como consecuencia un factor positivo a nivel cognitivo, afectivo y conductual. Se debe de recalcar que los estilos de vida saludable incluyen una adecuada alimentación, la práctica de actividad física, buenos hábitos de descanso y la higiene personal fomentara conductual saludables, es por eso que un mal descanso, hábitos tabáquicos, sedentarismo, abuso de alcohol y/o sustancias psicoativas son un riesgo para la salud. (7)

Dentro de los estilos de vida que perjudican la salud, se encuentra el tabaquismo. Se estima que el nunca haber fumado ayuda a mantener un IMC menor a 30 kg/m², ser activo practicando más de 3.5 horas semanales de ejercicio físico y seguir una alimentación saludable previene 80% de enfermedades crónico-degenerativas. Algunos ejemplos notables de cambios de estilo de vida ayudan a revertir progresión de daño. Existen diferencias entre el modelo convencional de medicina y la medicina del estilo de vida donde se habla de la medicina convencional realiza énfasis el diagnóstico y tratamiento farmacológico o quirúrgico, centrarse en los síntomas y signos de una enfermedad más que la causa. La medicina del estilo de vida busca prevenir, incluso trata de revertir reemplazando conductas no saludables por saludables, trata de implementar estrategias en una comida saludables, ejercicio físico activo, aliviar el estrés, evitar el abuso de sustancias, dormir adecuadamente y tener un sólido sistema de apoyo emocional. (1)

El paciente suele ser un receptor pasivo, dejando la responsabilidad en el médico. Los fármacos de primera línea y cambios de estilo de vida son un complemento, el tratamiento a corto plazo, el entorno de un paciente no se considera como factor relevante. Pero en la medicina del estilo de vida se realiza énfasis en diagnóstico, tratamiento no farmacológico y cambios de conducta, se centra en los hábitos que favorecen las enfermedades, el paciente tiene un rol activo en su cuidado, la responsabilidad es compartida entre el paciente y el médico, los cambios de estilo de vida son la primera línea del tratamiento, los fármacos se usan como complemento, la relación médico- paciente es horizontal, el tratamiento es a largo plazo, su entorno es un factor muy relevante para su salud. (8)

Los médicos residentes, antes de ingresar a la residencia médica ya tienen un estilo de vida y al ingresar al curso de especialización se les realiza un certificado para comprobar su buen estado de salud físico y mental, como requisito establecido por la institución de salud y la institución de educación superior. (9)

La obesidad, sobrepeso, malas conductas alimentarias son factores de riesgo que pueden condicionar al médico residente a desarrollar a futuro enfermedades crónico-degenerativas. El fácil acceso a fuentes de nutrición altas en carbohidratos, productos procesados, alimentos ricos en grasa promueven una alimentación poco saludable. (10)

Múltiples estudios desglosan diferentes factores de un mal estilo de vida que repercuten a los médicos residentes, donde más de la mitad presentan un índice de cintura cadera por encima de lo normal, por la mala alimentación, la falta de oportunidad de realizar ejercicio, se generan tanto por poco tiempo como un estrato económico menor, causando sedentarismo. La falta de ejercicio tiene un impacto en contra de la salud mental afectando el mismo no solo por la falta de ejercicio, también por estrés laboral, el síndrome de burnout que llevan como consecuencia a desarrollar enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas. (11)

El residente refiere problemas para adaptarse con una modificación en sus estilos de vida al iniciar la residencia por cambio de residencia, rupturas de noviazgos, mala alimentación, posterior comienza un periodo de adaptación tanto en ámbito profesional como personal, si bien el estrés comienza desde la realización de un examen de acreditación para ingresar a la residencia médica, después de ser aceptado inicia otro periodo de estrés para ser aceptado por los diferentes hospitales, dando un proceso de desgaste, el iniciar los estudios del posgrado y finalizar con un servicio social, llevará como consecuencia cambios en los estilos de vida del médico residente el cual priorizara el aprendizaje, el trabajo, dejando a un lado su alimentación, sueño, vida personal, llevando a desarrollar factores de riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles. (12)

El test FANTASTICO ayuda a evaluar los estilos de vida, para poder tener el resultado considerando si los médicos residentes se encuentran en una zona de peligro (malos estilos de vida), algo bajo (regulares estilos de vida), buen trabajo (buenos estilos de vida) y estilo de vida fantástico (muy buenos estilos de vida), los

Ítems que se evalúan en el mismo instrumento ayudan a entender los estilos que se tiene en una residencia médica, que puedan afectar en el desarrollo de enfermedades, si bien puede presentarlas en el transcurso de la misma residencia puede presentarse a futuro, por lo que es importante definir los recursos que se deben tener para fomentar hábitos saludables en los médicos residente y ayudar a prevenir enfermedades no transmisibles que implican un alto costo a futuro, además de ayudar a su bienestar físico, mental y que pueda tener un mejor aprendizaje generando un adecuado trato al paciente y predicando con el ejemplo. (13)

Las intervenciones que se pueden realizar para cambios en los estilos de vida en la atención primaria han demostrado ser útiles en estrategias cognitivo-conductual. Es diferente el proceso de adaptación de cada persona para adaptarse a un cambio en sus etapas de vida, aunque en muchas ocasiones no son cambios favorables. Se debe promover un modelo donde se centre la motivación y oportunidad, para ayudar a garantizar información, conocer y cubrir las necesidades de individuo. El reconocer por parte del médico residente sus limitaciones, facilitara solicitar apoyo para lograr sus objetivos disminuyendo la sobrecarga. (2)

Existen diversos factores modificables que pueden desencadenar la enfermedad, su intervención en el primer nivel de atención puede prevenir el desarrollo de la misma y sus consecuencias. (8)

Es por eso que surge un gran interés en identificar de manera temprana a médicos residentes con factores de riesgo para desarrollar malos estilos de vida que condicionen enfermedades crónico-degenerativas, a fin de hacer una intervención oportuna para prevenir la enfermedad. Los principales factores de riesgo para desarrollar malos estilos de vida, se mencionan a continuación: (8)

Los riesgos de presentar obesidad y desarrollar malos estilos de vida, se ha observado que guarda relación con la distribución de grasa ginoide y androide siendo que la distribución androide se asocia a enfermedades como diabetes,

cardiovasculares, observando mayor disposición de la grasa androide en hombres que en mujeres. Existen diferentes factores que contribuyen a presentar obesidad o sobrepeso como el sedentarismo, alimentación. (10)

Pareja del médico residente: El apoyo social que condiciona el estado civil es un factor importante para el apoyo social, cuidados a través del conyugue, ayudando a tener una mejor salud física y psicológica, en comparación de los que permanecen solteros, separación o viudez. En malos estilos de vida se demostró que es necesario para planes terapéuticos la presencia de cuidador, apoyo emocional para disminuir la sobrecarga y favoreciendo la salud mental. (11)

Peso corporal, peso ideal, índice de masa corporal (IMC): El aumento de peso, acumula el tejido graso, esto aumenta el riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, depresión, diabetes mellitus, hipertensión. La obesidad se determina con el IMC, aunque existe una controversia respecto a la determinación de masa corporal y tejido graso, por lo que se necesitan diferentes determinantes como índice cintura cadera para poder dar una distribución de la grasa. (14) El aumento de peso favorece el aumento de grasa hepática, esto genera una respuesta defectuosa de GLP-1, causando disminución de la sensibilidad de insulina. (15)

Glucemia capilar en ayuno: Una glucosa elevada en ayunas por encima de 100mg/dL, la intolerancia a la glucosa, criterio para diagnóstico de diabetes 126 mg/dL con ayuno de 8hrs, glucosa al azar igual o mayor de 200 mg/dL, son hallazgos que generan una elevación de glucosa en la sangre generando resistencia y esto produce aumento de la concentración plasmática de la glucosa, ocasionando a la larga daño a órganos. (16)

Índice de cintura cadera (ICC): Es un indicador de obesidad central, la grasa abdominal se relaciona con enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus, problemas cardiovasculares, dislipidemias, hígado graso. (14) El índice cintura cadera es un valor predictivo para enfermedades como diabetes mellitus,

hipertensión arterial, síndrome metabólico, por lo que su medición es de vital importancia para impulsar la autorregulación en pacientes con una índice cintura cadera aumentado. (11)

El afecto, apoyo emocional, comunicación con los demás, estrés, impaciencia, competitividad, hostilidad, pensar positivo, ansiedad, depresión, satisfacción, laboral, buenas relaciones: Forman parte de la calidad de vida, siendo esta subjetiva de la salud, existen diferentes síntomas asociados como la carga física, psicosocial, funcionalidad, que pueden modificar el desarrollo de morbilidades en pacientes, cuando existe una enfermedad crónica se debe de recurrir a herramientas para mejorar la calidad de vida, para disminuir la calidad de impacto de la enfermedad. Se ha demostrado que las personas que tiene una mejor calidad de vida, con un apoyo social, tienen una disminución de comorbilidades. (17)

Los problemas en el trabajo, variaciones emocionales, estrés, son cambios que amenazan el bienestar de la persona, llevando a 3 fases reacción de alarma, estado de resistencia y fase de agotamiento, donde en la primera se activa el eje hipotálamo-hipófisis- glándula suprarrenal activando adrenalina, cuando el estado de resistencia comienza la persona se expone de manera prolongada a agentes físicos, biológicos, sociales, surge una adaptación y equilibrio para resistir. La fase de agotamiento es cuando se deteriora por la exposición prolongada generando pérdida de las capacidades fisiológicas. Esto produce la liberación de catecolaminas que causan aumento de la frecuencia cardiaca, vasoconstricción, aumento de la tensión arterial, los efectos de cortisol aumentan los triglicéridos y colesterol en sangre, también aumento la acidez gástrica, causan pérdida de magnesio y potasio, disminuyen hormonas sexuales, la cortisona reduce la función del sistema inmunitario, aumenta la presión sanguínea, inhibe la actividad de vitamina D, aumenta la producción de glucosa hepática. Esto puede condicionar desarrollo enfermedades crónico-degenerativas. (18)

El realizar ejercicio de manera regular reduce el riesgo vascular, ayuda a disminuir peso, se recomienda 30 minutos al día, mejora el control de glucemia, disminuye la resistencia de insulina, existen estudios donde se ha demostrado que realizar ejercicio en 8 semanas disminuye la hemoglobina glucosilada aun sin cambios en el peso. (19)

El realizar ejercicio ayuda a prevenir y tratar los principales factores de riesgo como hipertensión y dislipidemia, se ha observado que entre menos ejercicio tenga y aumente el sedentarismo existe mayor riesgo de diabetes, hipertensión, dislipidemia y obesidad. (20) La dosis optima de actividad física que se centra en los beneficios de la salud es de 150 minutos por semana, existen diferentes revisiones que señalan que el realizar 15 minutos por día de actividad física reduce el 14% de mortalidad en diferentes patologías. Se recomienda la combinación de ejercicio aeróbico y fuerza ayuda a mejorar la capacidad cardiorrespiratoria y el segundo a prevenir lesiones, caídas, osteoporosis, como consecuencia genera un cambio positivo en la calidad de vida. (21)

Relajación y disfrute de tiempo libre: Al existir un desajuste del medio físico, afectivo, relacional, laboral o social, se ve la salud afectada, se ha relacionado con enfermedades cardiovasculares, respiratorios, inmunológicos, sexuales, psicopatológicos, algunas técnicas no farmacológicas que ayudan son yoga, psicoterapia. Contribuyen a disminuir el consumo de fármacos, alcohol, disminuyendo las comorbilidades ansiedad-depresión. (22)

Estrés es una activación biológica antihomesostática que surge cuando no se logra adaptar las demandas del entorno inmediato, los problemas laborales, dificultades económicas y amenazas de salud son algunos de los acontecimientos que pueden generar estrés. El aumento de la liberación de cortisol y hormonas parasimpáticas producen, inhibición de la síntesis de insulina, causando adiposidad visceral generando resistencia a la insulina. (23)

Realizar pocas comidas en el día aumentan el riesgo de desarrollar obesidad, ya que aumenta el riesgo de almacenar triglicéridos generando mayor producción de glucosa endógena, llegando a generar intolerancia a carbohidratos, esto condiciona un factor a desarrollar enfermedades como diabetes, dislipidemias. (11)

Alimentación desequilibrada, exceso de azúcar, sal, grasa de animal o comida basura: La dieta rica en grasa saturada aumenta el riesgo de enfermedades vasculares, los alimentos con alto contenido en carne rojas, vísceras, derivados lácteos, con alto contenido de grasa, también podemos ver lo en alimentos industriales, por lo que se aconseja que solo se consuma el 25% de las calorías totales, disminuir el consumo de carbohidratos, el sodio aumenta el riesgo de hipertensión, el consumo se limita 3gr al día. (16)

El tabaco se ha observado que tiene influencia sobre la metilación de genes ANPEP, KCNQ1 y ZMIZ1, estos genes tienen riesgo a desarrollar diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cáncer, algunos receptores que se alteran por metilación en los genes. El tabaco aumenta el riesgo cardiovascular se ha observado que las personas que fuman tienen 1.54 veces más de posibilidad de sufrir alteraciones coronarias, nefropatía, macroalbuminuria. (24)

El consumo de alcohol eleva la predisposición de obesidad, aumenta triglicéridos, incrementa las cifras de glucemia, disminuye HDL, dando mayor riesgo para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, el consumo de drogas en el ámbito laboral aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y aumento de triglicéridos, se ha observado que el abuso de sustancias tiene una relación significativa con una mala calidad de vida generando aumento de consumo excesivo de sustancias y empeorando la calidad de salud de las personas. (25)

Consumo de café y refresco, son alimentos con bases de carga acida potencial renal (PRAL), ocasiona alteraciones metabólicas como enfermedad renal crónica, resistencia a la insulina, alteraciones óseas, este tipo de alimentos los vemos en dietas industrializadas, con bajo consumo de frutas y verduras, se considera positivo

con un consumo de 50-100mEq/día, esto aumenta la producción de lisina, arginina, histidina ocasionando una carga acida en la dieta. Esto produce acidosis metabólica la cual disminuye la sensibilidad de insulina, los refrescos, el café, agua mineral, son alimentos PRAL. (26)

Tiene una relación positiva para una adecuada salud individual y poblacional, es necesario cumplir con determinadas horas para un bienestar, buena salud emocional, física y función cognitivas. En adultos jóvenes (18-25 años) y en adultos de edad media (26-64 años) las horas recomendadas de sueño son de 7-9 horas, esto ayuda a secreción de melatonina ayudando a generar antioxidantes, antiinflamatorios, antihipertensivos, regulación epigenética, se ha observado que en personas con menores horas de sueño se asocia a desarrollar enfermedades cardiológicas, oncológicas, desarrollar diabetes mellitus, accidentes vasculares, alteraciones dermatológicas, osteoporosis. (27)

El sueño está relacionado con la regulación metabólica, consolidación de la memoria, eliminación de sustancias de desecho, activación del sistema inmunológico. El sueño se regula a través de diferentes sustancias y neurotransmisores estimulantes como dopamina, norepinefrina, histamina, orexina, glutamato, también neurotransmisores inhibitorios como GABA, adenosina, glicina y neurotransmisores regulatorios como acetilcolina, serotonina, melatonina. El rendimiento cognitivo se ve afectado, como sabemos la memoria se consolida en el sueño REM, existen otros estudios que refieren que surge en el sueño profundo de las ondas lentas, cuando existe privación de sueño empeora el rendimiento de la memoria, esto afecta la función cognitiva, los trabajos nocturnos o rotatorios, se ha observado aumento de trastornos de sueño e incluso demencia. (28)

También se ha demostrado que en las ondas lentas del sueño se asocia a cambios metabólicos, hormonales y neurofisiológicos transitorios que afectan a la homeostasis de la glucosa, en esta fase se reconoce una disminución en el uso de la glucosa por el cerebro. Hormonas como grelina, leptina se elevan ocasionando

descontrol del apetito dando origen a la obesidad. El sueño fragmentado, activa la vía simpática, altera el eje hipofiso-adrenal, causa estrés oxidativo, esta activación secreta catecolaminas, cortisol, especies reactivas de oxígeno (ROS), IL6, TNF alfa, leptina y adiponectina generando resistencia a la insulina posterior intolerancia a la glucosa generando diabetes mellitus. (29)

Los estos estilos de vida juegan un papel importante en la prevención, el cese de tabaco, realizar ejercicio, mejorar la dieta son una de las características para mejorar. (30) La calidad de vida, surge como la experiencia de bienestar de vida, que se obtiene del equilibrio que percibe el médico residente de su entorno psicológico, organizacional y relacionales para poder afrontar las demandas de sus actividades. (5)

Los pacientes con malos estilos de vida tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, como una masa corporal ≥ 25 kg/m², inactividad, sedentarismo, consumo de alimentos altos en carbohidratos, ultrapasteurizados, consumo de alcohol, drogas, tabaquismo y una mala calidad de sueño. (1)

La forma de evaluar los estilos de vida es mediante el cuestionario FANTASTICO este instrumento genérico que fue elaborado por el departamento de medicina familiar de la universidad McMater de Hamilton, de Ontario Canadá, es considerado para la promoción y prevención de la enfermedad permite identificar y medir estilos de vida de una población en particular. Evalúa 10 dimensiones que son F: familiares y amigos, A: asociatividad y actividad física, N: nutrición, T: toxicidad, A: alcohol, S: sueño y estrés, T: tipo de personalidad y actividades, I: imagen interior, C: control de la salud y sexualidad y finalmente O: orden. Se evalúa mediante una escala tipo Likerrt, con una calificación de 0 a 120 puntos; a mayor puntaje la calificación es más positiva hacia la salud. (30)

El término estilos de vida fue utilizado por primera vez en 1989 en un simposio y no fue hasta 1999 que se utilizó en un artículo por el Dr. James M. Rippe y hasta el 2010 se publica las competencias que debe tener un médico para prescribir cambios de estilo de vida como una modalidad emergente Izcue et al (2020). (1)

De los cambios que se pueden realizar y explicar a los médicos residentes que tienen un efecto positivo son el consumo de tabaco, disminución de ingesta de alcohol, recomendaciones de alimentación, realizar actividad física, evitar consumo de drogas de acuerdo a Córdoba et al (2020) si el médico residente modifica de forma positiva sus estilos de vida, disminuir la morbilidad y mortalidad. Además del beneficio para mejorar la calidad de vida, se observa una disminución en los egresos del médico residente al evitar comprar tabaco, alcohol y/o drogas. (2)

Raúl Ignacio Coniglio, Luis Alberto Vásquez (2020) estudio de índice de triglicéridoglucosa como estimador de insulinoresistencia para desarrollar diabetes, realizó un estudio con 223 individuos mayores de 45 años, encontrando que los pacientes con mayor riesgo a desarrollar resistencia a la insulina con el aumento de triglicéridos. La asociación por edad obtuvo un OR= 10.41 [IC del 95%] para las personas mayores de 45 años, lo que significa que el riesgo de desarrollar diabetes mellitus aumentó 10 veces más con el aumento de triglicéridos. (31)

Hein Matthieu et al (2018) realizó un estudio de 1311 enfermos de insomnio con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 donde se encontró que la prevalencia de diabetes en personas con insomnio era de 21.13% encontrando los siguientes factores significativos presión arterial alta, hipertrigliceridemia, consumo de alcohol, índice de masa corporal >30, edad >50 años, duración de sueño < 6.5 horas, índice de apnea hipopnea > 15/hora, índice de movimientos periódicos de las extremidades >26/hora, estos factores son reversibles por lo que un adecuado manejo y una prevención ayudara a evitar consecuencias negativas (32)

Rodríguez-Socarrás M. et al. (2019) diseñó una encuesta online de 34 ítems, se distribuyó online en 23 países europeos a residentes de urología, teniendo como resultado 412 residentes edad media de 31.4 ± 3.9 años, encontrando un consumo elevado de café, alcohol, poca ingesta de frutas y verduras, reportaron trastorno de sueño, práctica de algún deporte solo el 30% de los encuestados, encontrando que los médicos residentes con dieta desequilibrada, que realicen poco ejercicio, que sufren trastorno de sueño, aumentan el desgaste y agotamiento. (33)

Soares Pamela et al (2020), mediante un análisis de contenido cuantitativo observo las características nutricionales de los alimentos observando que los alimentos con gran contenido en grasas saturadas, azúcares y sodio están presentes en alimentos ultraprocesados, que aumentan enfermedades crónicas. (34)

Gaspar Tamborero et al (2014) se encontró que los médicos de familia que fuman o consumen alcohol efectuaban menos actividades preventivas sobre las mismas adicciones en sus pacientes ($p \leq 0.05$) (35).

María Abellán José et al (2020) encontraron que una parte importante de la morbimortalidad son por los hábitos de vida y factores modificables, este estudio se centró en los nudge traducido significa empujón, son aquellas intervenciones sin restringir la capacidad de elección de las personas como son vacunación, alimentación, actividad física, dejar fumar, para mejorar la economía. Los nudge respetan la libertad de elección se encuadran en tres estrategias reestructurar el entorno, información al consumidor, e incentivos, de esta manera en diabetes mellitus se observó un control metabólico. El conocer la enfermedad o bien el conocer la probabilidad de tener una enfermedad y poder controlar o modificar los estilos de vida para incentivar la salud puede lograr hacer un cambio en los pacientes. (36)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al ingresar a una especialidad médica, los médicos residentes pasan por un proceso para poder ingresar a una sede de especialidad, lo que incluye la realización de un examen médico que permita identificar la presencia de las comorbilidades más frecuentes, incluyendo, diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, enfermedad renal, VIH, embarazo o problemas de columna, sin que esto sea un factor que condicione el ingreso a la especialidad, pero que permite que el médico residente le dé seguimiento a dichos padecimientos. Durante la formación de los médicos residentes, año con año se hace un listado donde se anotan la talla de bata y pantalón para solicitar los uniformes que por derecho se les otorgan. Sin embargo, es frecuente que haya modificaciones en las tallas por medidas más grandes, sin que este aspecto se haya investigado.

En un estudio hecho por Diaz et al (2017) alrededor del 75% de enfermedades no transmisibles y el 40% de cáncer pueden prevenirse si se modifican los estilos de vida. Con frecuencia se ha observado que el personal de salud presenta estilos de vida poco saludables como el tabaquismo, el consumo de alcohol, drogas, sedentarismo y dieta inadecuada. (37) Por otro lado, los estudios indican que los médicos tienen un conocimiento claro respecto a la importancia que tiene llevar a cabo hábitos de vida saludable, como lo referido por Fonseca et al (2013) deja en claro que los estilos de vida constituyen los determinantes para que una población tenga un estado de salud favorable. Las medidas preventivas como abandonar el tabaco, buena alimentación, evitar el sedentarismo pueden prevenir hasta un 80% de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el conocimiento de los estilos de vida saludable por parte del personal de salud, con frecuencia no coinciden con su forma de vida. (38)

Cabe mencionar, que entre las investigaciones realizadas en personal de salud y residentes de la UMF 33, se encuentra la realizada por Gaona et al (2014) donde se determinó el riesgo cardiovascular en personal de salud, incluyendo médicos

residentes. (39) Por otro lado, Rodríguez et al (2020) observo que los residentes tienen una dieta desequilibrada y trastornos de sueño, lo que aumenta el riesgo de desgaste y agotamiento. (33) De acuerdo a la Encuesta Nacional de salud y Nutrición (ENSANUT2020), en México, la prevalencia de consumo de tabaco en adultos es de 16.8%, el consumo de alcohol es de 54.3%. A nivel nacional, del 74.1% de los adultos, tienen sobrepeso 38.1%, obesidad 36%, teniendo una mayor prevalencia las mujeres que se encuentran entre los 30 y 59 años. (40)

Se ha observado que el tener adecuados estilos de vida disminuye el desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, algunos de estos cambios de estilo de vida son ausencia de tabaquismo, dieta mediterránea, índice de masa corporal, consumo moderado de alcohol sin llegar a intoxicación, siesta, pasar tiempo con amigos, realizar actividad física, horario laboral menos a 40h a la semana, ayuda a que la población goce de una mejora de su salud. (41)

Otro estudio realizado por Velasco (2013) donde se determinó el perfil de salud de los trabajadores de Instituto Mexicano de Seguro Social, se encontró que los médicos tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades como obesidad, infartos cardiacos y sobrepeso, del doble respecto a las médicas. En ambos grupos se observó una frecuencia del 4% en el riesgo de desarrollar complicaciones vasculares y cerebrales. Se observo que el tabaquismo en médicos, tiene una frecuencia de 14.9% y en mujeres del 8.4%; el consumo de alcohol en médicos 34.4% y médicas de 9.9%. Se observo una frecuencia alta en el sedentarismo, consumo excesivo de sal, consumo de comida chatarra, más de 2 cucharadas de azúcar al día, consumir pocas verduras y frutas, con una frecuencia de 12% en médicos y 11.9% en médicas. (42)

Por lo que, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la frecuencia de estilos de vida poco saludables en médicos residentes de la UMF 33, al inicio de la especialidad y 6 meses después.

Conocer la somatometría de médicos residentes de la UMF 33, al inicio de la especialidad y 6 meses después.

Describir la frecuencia de glucosa anormal en ayuno en médicos residentes de la UMF 33, al inicio de la especialidad y 6 meses después.

Identificar la frecuencia de factores sociodemográficos de médicos residentes de la UMF 33.

SUJETO, MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual, es una unidad de primer nivel de atención, cuya afluencia es la población derechohabiente a dicho instituto. La Unidad de Medicina Familiar pertenece al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de la Ciudad de México Norte, ubicada en la zona noreste del distrito Federal entre las Avenidas Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas y Avenida Renacimiento S/N, Colonia El Rosario, Azcapotzalco.

Se realizó un estudio de tipo observacional, longitudinal, prospectivo, prolectivo, en el que participaron 13 médicos residentes de 24 a 35 años que ingresaron en el primer año de residencia de la especialidad de medicina familiar, en la unidad de Medicina Familiar número 33, “El Rosario” y que aceptaron participar en el estudio.

A los residentes que cumplieron con los criterios de inclusión, se les solicitó el llenado del consentimiento informado (anexo 1), se les explicó las características del estudio, se aclararon sus dudas, en apego a los lineamientos y estatus de vigilancia con respecto a los aspectos éticos en investigación nacional e internacional. Se excluyó a un solo médico residente ya que él contaba con el antecedente de cursar con diabetes mellitus tipo 2.

Posteriormente, se aplicó el instrumento FANTASTIC, se tomó peso, talla y glicemia capilar (anexo 2), que consta de 28 ITEMS, que permite identificar variables sociodemográficas, así como diferentes estilos de vida.

Los resultados obtenidos, se concentraron en una base de datos del programa de Microsoft Excel 2021 y SPSS se analizaron a través de estadística descriptiva. Para la representación de los resultados se empleó cuadros comparativos agrupados.

RESULTADOS

De 13 residentes inscritos en la residencia de medicina familiar de la UMF 33 del Rosario, que aceptaron participar en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados.

Observamos en la tabla 1 en cuanto a la distribución de género existe una frecuencia mayor de mujeres (76.9%), respecto a hombres.

Tabla 1. Distribución de acuerdo a género del total de residentes que participaron en el estudio

| Género | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Mujer | 10 | 76.9 | 76.9 | 76.9 |
| | Hombre | 3 | 23.1 | 23.1 | 100.0 |
| | Total | 13 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

La edad promedio de los participantes fue del rango de 24 a 30 años (92.3%), predominando la etapa de adulto joven.

Tabla 2. Distribución de acuerdo a edad del total de residentes que participaron en el estudio

| Edad | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 24 a 30 | 12 | 92.3 | 92.3 | 92.3 |
| | 31 a 35 | 1 | 7.7 | 7.7 | 100.0 |
| | Total | 13 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

De acuerdo a la frecuencia de peso al inicio se observó que existe un promedio de 78.81 kg en la población de estudio con pesos mínimo de 49.80 kg y un máximo de 115.40 kg, sin embargo, se evidenció un aumento de peso a los 6 meses posterior a su ingreso, teniendo una media de 80.39 kg con un máximo de 116.8 kg.

Tabla 3. Frecuencias de pesos de los médicos residentes que participaron en el estudio

| | | PESO 1 | PESO 2 |
|---------|--------|--------------------|--------------------|
| N | Válido | 13 | 13 |
| Media | | 78.8154 | 80.3923 |
| Mediana | | 76.8000 | 81.2000 |
| Moda | | 49.80 ^a | 48.00 ^a |
| Mínimo | | 49.80 | 48.00 |
| Máximo | | 115.40 | 116.80 |

Fuente: Efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

En la tabla 4 frecuencia de IMC el promedio al inicio se encontró en sobrepeso (29.19 kg/m²) con un mínimo de 19.94 kg/m² y un máximo de 45.07 kg/m², posterior a la segunda toma existe un incremento de 0.5746 kg/m², continuando en sobrepeso, con un mínimo de 19.22 kg/m² y un máximo de 45.62 kg/m². La mayoría de los participantes en la toma previa existió un IMC de 27.63 kg/m² y en la segunda muestra de 28.500 kg/m².

Tabla 4. Frecuencias de IMC de los médicos residentes que participaron en el estudio

| | | IMC 1 | IMC 2 |
|---------|--------|--------------------|---------|
| N | Válido | 13 | 13 |
| Media | | 29.1900 | 29.7646 |
| Mediana | | 27.6300 | 28.5000 |
| Moda | | 19.94 ^a | 30.85 |
| Mínimo | | 19.94 | 19.22 |
| Máximo | | 45.07 | 45.62 |

Fuente: Efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

La glucosa capilar en la muestra inicial se observó un promedio de 99.54 mg/dL en ayunas, con valores constantes de 92 mg/dL, con un valor mínimo de 81 mg/dL y un máximo de 133 mg/dL, en toma de 6 meses después se observa un promedio de 100.46 mg/dL teniendo un incremento, con valores mínimos de 84 mg/dL y un máximo de 120 mg/dL, con una reincidencia de 100 mg/dL.

Tabla 5. Frecuencias de glucosa de los médicos residentes que participaron en el estudio

| | | GLUCO 1 | GLUCO 2 |
|---------|--------|-----------------|---------|
| N | Válido | 13 | 13 |
| Media | | 99.54 | 100.46 |
| Mediana | | 99.00 | 100.00 |
| Moda | | 92 ^a | 100 |
| Mínimo | | 81 | 84 |
| Máximo | | 133 | 120 |

Fuente: Efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

En la tabla 6, cotejamos un aumento del promedio a los 6 meses de las tres variables centímetros de cintura, centímetros de cadera y índice cintura/ cadera, respecto al basal. Aumento de los valores mínimos y máximos de las 3 variables.

Tabla 6. Frecuencias de cintura, cadera e índice de cintura/ cadera de los médicos residentes que participaron en el estudio

| | CINTURA 1 | CINTURA 2 | CADERA 1 | CADERA 2 | ICC 1 | ICC 2 |
|----------|-----------------|-----------------|----------|----------|--------|-------------------|
| N Valido | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Media | 95.00 | 97.69 | 109.77 | 112.31 | .86851 | .87447 |
| Mediana | 98.00 | 99.00 | 107.00 | 108.00 | .88172 | .88421 |
| Moda | 93 ^a | 99 ^a | 102 | 121 | .961 | .736 ^a |
| Mínimo | 70 | 75 | 92 | 95 | .723 | .736 |
| Máximo | 113 | 115 | 142 | 150 | .971 | .980 |

Fuente: Efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

En la tabla 7 se observó los 28 Items de antes y después, donde la frecuencia de respuestas en común se encontró diferencia en la comunicación, afecto, apoyo emocional, relajación, desayuno diariamente, tabaquismo y pensar positivo de casi siempre al inicio de la residencia a algunas veces 6 meses después, en cuanto a alimentación equilibrada cambio de casi siempre a casi nunca, consumo de azúcar, sal, grasa, comida basura, cambio de algunas veces a frecuentemente, peso ideal de sobrepeso aumento a obesidad, dormir de 7-9hrs cambio de algunas veces a casi nunca, los Items que no se modificaron fueron si tienen pareja, ejercicio, consumo de drogas, consumo de alcohol, conducir con alcohol, uso de cinturón de seguridad, estrés, urgencia, momentos de ira y hostilidad, pensar positivo, depresión, satisfacción laboral, buenas relaciones.

Tabla 7. Frecuencias de estilos de vida

| Estilos de vida | | | |
|---|----------|----------------|-------------|
| Ítems | N | Mediana | Moda |
| Pareja A | 13 | 2.00 | 2 |
| Pareja D | 13 | 2.00 | 2 |
| Me comunico A | 13 | 1.00 | 1 |
| Me comunico D | 13 | 2.00 | 2 |
| Afecto A | 13 | 1.00 | 1 |
| Afecto D | 13 | 2.00 | 2 |
| Apoyo emocional A | 13 | 1.00 | 1 |
| Apoyo emocional D | 13 | 2.00 | 2 |
| Ejercicio A | 13 | 3.00 | 3 |
| Ejercicio D | 13 | 3.00 | 3 |
| Me relajo A | 13 | 1.00 | 1 |
| Me relajo D | 13 | 2.00 | 2 |
| Alimentación equilibrada A | 13 | 1.00 | 1 |
| Alimentación equilibrada D | 13 | 3.00 | 3 |
| Desayuno A | 13 | 1.00 | 1 |
| Desayuno D | 13 | 2.00 | 2 |
| Consumo excesivo de azúcar, sal, grasas de animal o comida basura A | 13 | 2.00 | 2 |
| Consumo excesivo de azúcar, sal, grasas de animal o comida basura D | 13 | 3.00 | 3 |
| Peso Ideal A | 13 | 2.00 | 2 |
| Peso ideal D | 13 | 3.00 | 3 |
| Tabaquismo A | 13 | 1.00 | 1 |
| Tabaquismo D | 13 | 2.00 | 2 |
| Consumo de drogas A | 13 | 1.00 | 1 |
| Consumo de drogas D | 13 | 1.00 | 1 |
| Consumo de café A | 13 | 1.00 | 1 |
| Consumo de café D | 13 | 2.00 | 2 |
| Consumo de alcohol A | 13 | 1.00 | 1 |
| Consumo de Alcohol D | 13 | 1.00 | 1 |
| Conducir más alcohol A | 13 | 1.00 | 1 |
| Conducir mas alcohol D | 13 | 1.00 | 1 |
| Dormir 7-9 hrs A | 13 | 2.00 | 2 |
| Dormir 7-9 hrs D | 13 | 3.00 | 3 |
| Uso de cinturón de seguridad A | 13 | 1.00 | 1 |
| Uso de cinturón de seguridad D | 13 | 1.00 | 1 |
| Éstres A | 13 | 2.00 | 2 |
| Éstres D | 13 | 2.00 | 2 |
| Urgencia o Impaciencia A | 13 | 2.00 | 2 |
| Urgencia o Impaciencia D | 13 | 2.00 | 2 |
| Competitividad o agresividad A | 13 | 3.00 | 3 |
| Competitividad o agresividad D | 13 | 2.00 | 2 |
| Ira y hostilidad A | 13 | 3.00 | 3 |

| | | | |
|--|----|------|----------------|
| Ira y hostilidad D | 13 | 3.00 | 3 |
| Pensar positivo A | 13 | 1.00 | 1 |
| Pensar positivo D | 13 | 2.00 | 1 ^a |
| Ansiedad y preocupación A | 13 | 2.00 | 2 |
| Ansiedad y preocupación D | 13 | 1.00 | 1 |
| Depresión A | 13 | 3.00 | 3 |
| Depresión D | 13 | 2.00 | 3 |
| Satisfacción laboral A | 13 | 2.00 | 2 |
| Satisfacción laboral D | 13 | 2.00 | 2 |
| Buenas relaciones A | 13 | 1.00 | 1 |
| Buenas relaciones D | 13 | 1.00 | 1 |
| Fuente: Efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33. | | | |

En la tabla 8 al comparar los estilos de vida al inicio de la especialidad y a los 6 meses, utilizando la prueba estadística de Wilcoxon se observó una diferencia significativa ($p= 0.05$) en los siguientes estilos de vida: peso, IMC, cintura, comunicación, afecto, apoyo emocional, relajación, alimentación equilibrada, desayuno diariamente, consumió de café, refresco, dormir de 7-9hrs por las noches, eventos de agresividad, ansiedad.

| Tabla 8. Estadístico comparación de antes y después de estilos de vida | | | | |
|--|---------------------|------|-------------------------------|-----------|
| | Z | Sig. | Intervalo de confianza al 95% | |
| | | | Límite In | Límite Su |
| PESO | -2.518 ^b | .000 | .000 | .206 |
| IMC | -2.411 ^b | .000 | .000 | .206 |
| GLUCOSA | -.772 ^b | .154 | .000 | .350 |
| CINTURA | -3.089 ^b | .000 | .000 | .206 |
| CADERA | -2.444 ^b | .077 | .000 | .222 |
| ICC | -1.433 ^b | .077 | .000 | .222 |
| COMUNICACIÓN | -2.828 ^b | .000 | .000 | .206 |
| APECTO | -1.890 ^b | .000 | .000 | .206 |
| APOYO EMOCIONAL | -3.317 ^b | .000 | .000 | .206 |
| EJERCICIO | -.707 ^b | .615 | .351 | .880 |
| ME RELAJO | -2.333 ^b | .000 | .000 | .206 |
| ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA | -2.739 ^b | .000 | .000 | .206 |
| DESAYUNO DIARIAMENTE | -2.810 ^b | .000 | .000 | .206 |
| CONSUMO DE AZÚCAR, SAL, GRASA | -1.508 ^b | .154 | .000 | .350 |
| PESO IDEAL | -1.414 ^b | .308 | .057 | .559 |
| TABAQUISMO | -1.000 ^b | .385 | .120 | .649 |
| DROGAS | .000 | | | |
| CAFÉ, RESFRESCO | -2.333 ^b | .000 | .000 | .206 |
| ALCOHOL EN EL DÍA | -1.414 ^b | .308 | .057 | .559 |
| ALCOHOL Y CONDUCIR | .000 | .846 | .650 | 1.000 |
| DORMIR DE 7-9HRS | -3.162 ^b | .000 | .000 | .206 |
| USO DE CINTURON DE SEGURIDAD | -1.000 ^f | .462 | .191 | .733 |
| EPISODIOS DE ÉSTRES | -1.342 ^b | .308 | .057 | .559 |
| FRECUENCIA DE URGENCIAS O IMPACIENCIA | -1.667 ^f | .154 | .000 | .350 |
| FRECUENCIA DE AGRESIVIDAD O COMPRITIVIDAD | -2.828 ^f | .000 | .000 | .206 |
| SENTIMIENTOS DE IRA, HOSTILIDAD | -1.265 ^f | .077 | .000 | .222 |
| PENSAR POSITIVO | -1.730 ^b | .231 | .002 | .460 |
| ANSIEDAD O PREOCUPACIÓN | -1.933 ^f | .000 | .000 | .206 |
| DEPRESIÓN | -1.261 ^f | .077 | .000 | .222 |
| SATISFACCIÓN LABORAL | -1.667 ^b | .077 | .000 | .222 |
| BUENAS RELACIONES | -1.000 ^f | .462 | .191 | .733 |

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos negativos.
c. Se basa en 13 tablas de muestras con una semilla de inicio 1938257743.
f. Se basa en rangos positivos.
Fuente: Efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33.

DISCUSIÓN

En este estudio no se observaron cambios en el índice cintura-cadera en la medición inicial y a los 6 meses ($p=0.077$), a diferencia de lo comentado por Abellán A, et al (2009), donde explica que el la mala alimentación y la falta de actividad física, aumento en médicos residentes la índice cintura cadera, esto puede llevar a desarrollar enfermedades cardiovasculares y crónico-degenerativas. Lo anterior podría explicarse debido, a que en nuestra investigación el periodo de tiempo en el que se tomó una segunda muestra fue muy corto para observar los efectos de aumento de peso, sería conveniente considerar la realización de un estudio de cortes donde se pudieran evidenciar los cambios que ocurren en los estilos de vida por cada año académico.

En cuanto a los niveles de estrés que encontramos en este estudio nos muestra que no es un factor que se modifica durante la residencia ($p=0.308$). Respecto a lo comentado por Coniglio et al (2020), quienes reportan que al estar sometidos a niveles de estrés genera aun aumento en la liberación de cortisol, que inhibe la síntesis de insulina generando resistencia a la misma. La escasez de tiempo juega un factor muy importante para poder determinar el estrés que puede estar sometido el médico residente para adaptarse al estrés, es posible que si las muestras se tomaran con mayor intervalo sería posible identificar si es un factor determinante en los médicos residentes para desarrollar enfermedades crónico-degenerativos.

Respecto al consumo de tabaco no se observó incremento de su consumo posterior a 6 meses (0.385), contrario a lo que Escalada et al (2014) encontró en su estudio, donde explica que los médicos residentes al disminuir las horas de sueño, horas para preparar alimentos, realizar ejercicio y actividades de ocio, predisponen a incrementar el consumo de tabaco. Es posible que los médicos residentes a pesar tengan mayor conciencia para evitar el consumo de sustancias nocivas para la salud. (evite consumo de sustancias.)

CONCLUSIÓN

En este estudio se observó que 13 residentes de medicina familiar de la UMF 33 del Rosario, se encontraban en un promedio de edad de los 24 a los 30 años, con un promedio de peso 78.81Kg al inicio de la residencia con un aumento de peso a los 6 meses de 80.39Kg, se observó una glucosa capilar al inicio de la residencia de 99.54 mg/dL, al transcurrir 6 meses se observó un promedio de 100.46 mg/dL, también se vio un incremento de índice cintura siendo al inicio de la residencia 0.86851 y en la segunda toma de 0.87447. En cuanto al instrumento FANTASTIC observamos que hubo una diferencia a los 6 meses en la comunicación, afecto, apoyo emocional, relajación, alimentación equilibrada, desayuno diariamente, horas de sueño, eventos de agresividad y ansiedad, siendo cambios en los estilos de vida en los médicos residentes.

Esta investigación ayudara a enfocarnos en mejorar los estilos de vida que se ven afectados en los médicos residentes, que puedan contribuir a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas al finalizar la residencia médica, evitando que en un futuro padezcan enfermedades o complicaciones a futuro, al mismo tiempo nos ayuda a identificar los malos hábitos que desarrollan los médicos residentes durante su posgrado, ocasionando malos estilos de vida.

Este trabajo aportara intervenciones para realizar cambios de estilos de vida en los médicos residentes que ingresan a la especialidad con el fin de disminuir enfermedades no transmisibles, mejorar su calidad de vida e incluso dar estrategias que sean útiles para adaptarse al cambio. Si bien ya se cuenta con estilos de vida previamente al ingresar a la residencia es importante fomentar hábitos saludables en nuestros médicos residentes que al terminar su especialidad podrán implementar con sus pacientes a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


- Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Norma Oficial Mexicana NOM-0010SSA3-2012. Diario Oficial de la Federación, 29 de noviembre del 2012.
- Molina MM, Server RL, Valencia VP, Fernández-Cañadas SJ, Sánchez GJ, Catarralá PM. La magnitud de la gordura: prevalencia y tipo de obesidad en la población adscrita a un centro de salud. Aten Primaria. 1998 febrero; 21(3).
- Escalada FJ. Fisiología del GLP-1 y su papel en la fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Med.clín. 2014 sept; 143(2): p. 2-7.
- Escolar PA, Córdoba DA, Goicolea JI, Jesús RG, Santos SV, Mayoral SE, et al. El efecto del estado civil sobre las desigualdades sociales y de género en la mortalidad por diabetes mellitus en Andalucía. Endocrinol Diabetes Nutr. 2018; 65(1): p. 21-29.
- Betancurth LP, Vélez AC, Jurado V. Validación de contenido y adaptación del cuestionario Fantastico por técnica Delphi. Salud Uninorte. 2015 Apr; 31(2): p. 214-227.
- Del Moral TL, Romo GT, Carmona FY, Barranca EA, Palmeros EC, Campos UY. Potencial del índice de masa corporal como indicador de grasa corporal en jóvenes. Enfermería Clínica. 2021 marzo; 31(2): p. 99-106.
- Ortíz CE, Baillet EL, PR, Sánchez EL, Santiago BG, Landgrave IS. Frecuencia de “riesgo elevado de desarrollar diabetes”. Aten Fam. 2013; 20(3): p. 77-80.
- Costa GJ, Spinedi E. La tormentosa relación entre las grasas y el desarrollo de la diabetes mellitus de tipo 2: actualizado. Parte 1. rev argent endocrinol metab. 2017 julio; 54(3): p. 109-123.
- Gálvez GI, Cáceres LC, Guerrero MJ, López JC, Durán GN. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus en una zona básica de salud. Enfermería Clínica. 2021 julio; 31(2): p. 313-322.
- Capdevilla N, Segundo MJ. Estrés. OFFARM. 2005 septiembre; 24(8): p. 96-104.
- Abellán AJ, López PL, Leal HM, Andrés NR. Tratamiento de los factores de riesgo vascular, diabetes, hipertensión arterial y tabaquismo. Medicine. 2009 octubre; 10(40): p. 2697-2707.
- Cordero A, Dolores MM, Galve. Ejercicio físico y salud. Rev Esp Cardiol. 2014 julio; 67(9): p. 748-753.
- González N, Rivas A. Actividad física y ejercicio en la mujer. Rev Colomb Crdiolo. 2018 Jan; 25(S1): p. 125-131.

- Burgos VM, Ortíz FM, Muñoz CF, Vega GP, Bordallo AR. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. SEMERGEN. 2006; 32(5): p. 205-210.
- Muñoz AD, Bautista GM, Ortega MA, Becerra GL, Reynoso EL. Reducción de estrés en pacientes con Diabetes Mellitus. 1st ed. Hermosillo: Qartuppi; 2021.
- López ZM, Hernández MM, Miralles GJ, Barrueco FM. Tabaco y diabetes: relevancia clínica y abordaje de la deshabitación tabáquica en pacientes con diabetes. Endocrinol Diabetes Nutr. 2017 marzo; 64(4): p. 221-231.
- Vicente HM, López G A, Ramírez-Iñiguez DM, Capdevila GL, Terradillos GJ, Aguilar JE. Parámetros de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico y consumo de alcohol en población laboral. Endocrinol Nutr. 2015; 62(4): p. 161-167.
- Osuna PI, Leal EG, Garza GC, Rodríguez CF. Carga ácida de la dieta; mecanismos y evidencia de sus repercusiones en la salud. Nefrología. 2019; 39(4): p. 343-354.
- Fabres L, Moya P. Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. REV. MED. CLIN. CONDES. 2021 septiembre; 32(5): p. 527-534.
- Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev Neuropsiquiatr. 2018; 81(1).
- Codoceo RV. SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y ALTERACIÓN EN LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA. REV. MED. CLIN. CONDE. 2013 abril; 24(3).
- López CJ, Rodríguez MR, Munguía MC, Hernández SJ, Casas DE. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Aten Primaria. 2000 Apr; 26(8).
- Coniglio R, Vásquez L. Índices triglicéridos-glucosa como estimadores de insulinoresistencia en personas con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Acta Bioquim Clín Latinoam. 2020 May; 54(3): p. 257-266.
- Hein M, Lanquart JP, Loas G, Hubain P, Linkowski P. Prevalence and risk factors of type 2 diabetes in insomnia sufferers: a study on 1311 individuals referred for sleep examinations. Sleep Med. 2018 Jun; 46: p. 37-45
- Rodríguez SM, Skjold KP, Uvin P, Patrino G, Edison E, Kasivisvanathan V, et al. Estilo de vida y burnout en residentes y urólogos jóvenes / Lifestyle among urology trainees and young urologist in the context of burn-out syndrome. Actas urol. esp. 2020 Feb; 44(1): p. 19-26.
- Soares P, Secci MS, Barletto CS, Davó B. Propuesta metodológica para explorar la compra de alimentos saludables y sostenibles en servicios de alimentación. Gac Sanit. 2021 Apr; 35(2).
- Tamborero G, Fonseca M, Fleitas G, Benejam M. Estilos de vida de los médicos de familia y actividades preventivas. Aten Primaria. 2015 Apr; 47(4).

- Abellán J, Jimenez GD. Economía del comportamiento para mejorar estilos de vida y reducir factores de riesgo. Gac Sant. 2020 Apr; 34(2).
- Diaz-Carrion , Giampiere E. Estilos de Vida en profesionales de salud de un hospital en Chiclayo, Perú 2017. Revista Hab de Cienc Med. 2020; 19(5).
- Fonseca M, Fleitas G, Tamborero G, Benejam M, Leiva A. Estilo de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. SEMERGEN. 2013 Nov; 39(8): p. 421-432.
- Gaona L. Estudio de los Factores de riesgo cardiovascular en médicos y enfermeras de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 (tesis especialidad). Ciudad de México: 2014
- Pública INdS. ENSANUT. [Online].; 2021 [cited 2022 06 05. Available from: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>.
- Hernández P, Peña R, Bastidas A, Ríos F. Cambio en la calidad de vida de médicos que ingresan a especialidad médico-quirúrgica en una universidad de Colombia: un estudio de cohorte. Educación Médica. 2021 Jun; 22(2021).
- Velasco ME. Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(1): p. 12-25.
- ESPAÑOLA ADADLL. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 11 20. Available from: <https://dle.rae.es/>.
- España RANdMd. Diccionario de términos médicos. [Online].; 2012 [cited 2020 11 08.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

| | |
|---|---|
|  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD |
| Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación. | |
| Nombre del estudio: | EFFECTO DE LA REALIZACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LOS ESTILOS DE VIDA, EN MÉDICOS RESIDENTES LA UMF 33 |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica |
| Lugar y fecha: | Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" Av. Aquiles Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario Azcapotzalco CP 02100, Ciudad de México a ____ de ____ 2022. |
| Número de registro institucional: | Pendiente |
| Justificación y objetivo del estudio: | En la actualidad los estilos de vida que presentan los médicos residentes como sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol, estrés laboral, pueden desarrollar enfermedades crónicas como diabetes mellitus. El objetivo de la presente investigación es determinar el efecto de la realización de una especialidad médica en los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33 |
| Procedimientos: | Se le aplicará un cuestionario que consta de 28 preguntas relacionadas con los estilos de vida que presenta el médico residente, se pesará, se medirá talla, perímetro de cintura y cadera, además de la toma de glucosa capilar. El tiempo para contestar el cuestionario es de 10 minutos y el tiempo empleado para las mediciones será de 10 minutos. |
| Posibles riesgos y molestias: | Al contestar el cuestionario puedes sentirte incomodo (a), ya que algunas preguntas están relacionadas con consumo de bebidas, drogas, presencia de ansiedad, depresión. Además de la molestia que implica la punción para obtener la muestra de glucosa capilar. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | No obtendrás ningún beneficio por tu participación en este estudio, ni este estudio representa gasto alguno para ti. Un posible beneficio, es que, al término de tu participación, se te proporcionará información acerca de los riesgos de diabetes mellitus y modificación de estilos de vida durante la residencia médica. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Si durante la realización del estudio, surgen cambios en los riesgos o beneficios por tu participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarte, aunque esta información pueda cambiar tu opinión respecto a seguir participando en el estudio. |
| Participación o retiro: | Si en algún momento deseas abandonar el estudio, no se modificará de ninguna manera la atención médica que recibes en el instituto. |
| Privacidad y confidencialidad: | El cuestionario no llevará nombre y será guardado por separado del consentimiento, con la finalidad de respetar tu confidencialidad. Si los resultados de esta investigación se llegan a publicar, solo se darán los datos generales en graficas. |
| Declaración de consentimiento: | |
| Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio: | |
| | No acepto participar en el estudio. |
| | Si acepto participar en el estudio. |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigadora o Investigador Responsable: | DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO, MATRICULA 99354207, Médico Familiar en Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", Av. Aquiles Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario, Azcapotzalco CP 02100 México Distrito Federal. Tel: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435. Correo: danny_aby@hotmail.com |
| Colaboradores: | DRA. VALERIA GONZÁLEZ NÚÑEZ Médico Residente de especialización en medicina familiar. Matricula. 98358670, Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", Av. Aquiles Serdán y Renacimiento s/n U.H. El Rosario, Azcapotzalco CP 02100 México Distrito Federal. Tel: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435 Correo: amitaf2409@gmail.com |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx | |
| Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal | Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma | Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma |

Anexo 2.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

CUESTIONARIO

EFFECTO DE LA REALIZACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LOS ESTILOS DE VIDA, EN MÉDICOS RESIDENTES LA UMF 33

Le solicito de la manera más atenta contestar el siguiente cuestionario. El objetivo del estudio es Determinar el efecto de la realización de una especialidad médica en la modificación de los estilos de vida, en médicos residentes la UMF 33. La información proporcionada será estrictamente confidencial.

Este apartado será llenado por el médico residente encargado de la investigación.

Peso: **Talla:** **IMC:** **Glicemia capilar en ayuno:** **Índice cintura:**

Instrucciones: Lea atentamente cada pregunta y marque con una "x" la respuesta que más se acerque a su realidad

1. ¿Cuál es su sexo?

- Mujer.
- Hombre

2. ¿Cuál es tu edad?

- 25 a 30 años.
- 31 a 35 años.
- 35 años o más.

3. ¿Tiene pareja actualmente?

- Si
- No

4. ¿La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara?

- Casi siempre.
- Algunas veces
- Casi nunca

5. ¿Doy y recibo afecto?

- Casi siempre.
- Algunas veces
- Casi nunca

6. ¿Obtengo el apoyo emocional que necesito?

- Casi siempre.
- Algunas veces
- Casi nunca

7.- Ejercicio activo 30 minutos (por ejemplo, caminar rápido, correr, andar en bicicleta)

- 3 veces a la semana.
- 2 veces a la semana
- Rara vez o nunca

8.- Relajación y disfrute de tiempo libre

- Casi siempre.
- Algunas veces
- Casi nunca

9.- Alimentación equilibrada

- Casi siempre.
- Algunas veces
- Casi nunca

10.- desayuna diariamente

- Casi siempre.
- Algunas veces
- Casi nunca

11.- Exceso de azúcar, sal, grasas, animales o comidas basura

- Uso mínimo.
- Algunas veces
- Frecuentemente

12.- Peso ideal

- IMC 18.5 a 24.9 normal
- IMC 25.0 a 29.9 sobrepeso
- IMC 30 Obesidad

13.- Tabaquismo año pasado

- Ninguno
- Solo pipa
- Cigarrillos

14.- Abuso de drogas: prescritas y sin prescribir

- Rara vez o nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente

15.- Café, té, refresco de cola

- a. Menos de 3 al día
- b. 3 a 6 veces al día
- c. Más de 6 veces al día

16.- Consumo de alcohol al día

- Menos de 2 bebidas
- 2 bebidas
- Más de 2 bebidas

17.- Bebe alcohol y conduce

- a. Nunca
- b. Rara vez
- c. Frecuentemente

18.-Duerme 7 a 9 horas por noche

- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

19.- Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad

- Siempre
- La mayoría de las veces
- Casi nunca

20.- Episodios de estrés importante el año pasado

- Ninguno
- 1 a 2
- 3 o más

21.- Sensación de urgencia o impaciencia

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

22.- Competitividad y agresividad

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

23.- Sentimientos de ira y hostilidad

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

24.- Piensa de manera positiva

- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

25- Ansiedad, preocupación

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

26.- Depresión

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre

27.- Satisfacción laboral

- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

28.- Buenas relaciones con quienes le rodean

- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca