



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 91  
COACALCO, ESTADO DE MÉXICO

**“Estrategia nutricional con enfoque anticipatorio de prevención de  
enfermedades crónico-degenerativas en pacientes de 20 a 30 años.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MARIA DEL CARMEN AGUAYO CARMONA**

**AUTORIZACION: R-2017-1402-25**

COACALCO ESTADO DE MÉXICO

2020

ASESOR: Dra. Andrea Patricia Tejada Bueno  
Dr. Jairo Enoc Cruz Toledo



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**“Estrategia nutricional con enfoque anticipatorio de prevención de enfermedades crónico-degenerativas en pacientes de 20 a 30 años.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MARIA DEL CARMEN AGUAYO CARMONA**

**A U T O R I Z A C I O N E S:**

**DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91

**DR. JAIRO ENOC CRUZ TOLEDO**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRO EN EDUCACION

**DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**DR. JAIRO ENOC CRUZ TOLEDO**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91

**DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA**  
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN ESTADO DE  
MÈXICO ORIENTE

**DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA**  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

**“Estrategia nutricional con enfoque anticipatorio de prevención de enfermedades crónico-degenerativas en pacientes de 20 a 30 años.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**MARIA DEL CARMEN AGUAYO CARMONA**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**“Estrategia nutricional con enfoque anticipatorio de prevención de enfermedades crónico-degenerativas en pacientes de 20 a 30 años.”**

## ÍNDICE GENERAL

1. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)	1
2. Planteamiento del problema	5
3. Justificación	6
4. Objetivos	7
- General	
- Específicos	
5. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)	8
6. Metodología	9
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	9
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	10
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información	13
- Consideraciones éticas	14
7. Resultados	15
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
8. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados	20
9. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)	22
10. Referencias bibliográficas	23
11. Anexos	25

## MARCO TEÓRICO

Los cambios que se han dado al inicio del siglo pasado, ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales, aunados a los avances en el campo de la atención a la salud, han ido transformando considerablemente las características de México y han influenciado el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, así como las características relacionadas con la presencia de patología o muerte en la población mexicana. <sup>(1)</sup>

En este tiempo se ha observado una «transición de riesgos», en la primera mitad del siglo XX, la población estaba expuesta a los riesgos de un país con desarrollo social e infraestructura incipiente, que se fueron modificando con el desarrollo y la urbanización. Como consecuencia cambios en los estilos de vida, surgiendo exposición a otros «tipos de riesgo», identificados como factores responsables de enfermedad; estrés, tabaquismo, hipertensión arterial, sedentarismo, patrón alimentario diferente compuesto por alimentos de alta densidad energética, sobrepeso, obesidad y niveles de colesterol elevado. <sup>(2)</sup>

Las enfermedades crónicas no transmisibles son el mayor reto que enfrenta el sistema de salud debido al gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la aparición en edades cada vez más tempranas, el hecho de que son la causa más frecuente de incapacidad prematura, así como la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Los notables aumentos de las enfermedades crónicas exigen acciones de tipo preventivo. <sup>(3)</sup>

Los estilos de vida y el comportamiento son factores determinantes primarios de estas condiciones con el potencial de prevenir iniciar o acelerar conjuntamente las complicaciones que se le asocian. El seguimiento de una alimentación correcta y un plan de actividad física son los principales factores “protectores” para prevención de enfermedades de tipo crónico, además de constituir la primera indicación terapéutica de este tipo de enfermedades. <sup>(4)</sup>

La modificación de los hábitos alimenticios adquiridos en la infancia es un reto para cualquier adulto. Sin embargo, la dificultad en el seguimiento de tratamientos a largo plazo es evidentemente notable, y esta dificultad se incrementa cuando se consumen los alimentos fuera de casa, con horarios irregulares y se vive solo o acompañado de otras personas que consumen alimentos ricos en grasas y/o azúcares. <sup>(5)</sup>

En individuos en constante estrés emocional o en situación de crisis pocas veces puede seguir las recomendaciones dietéticas. Los equipos de atención a la salud están informados, preparados, motivados y trabajan conjuntamente. Para un buen

resultado en los pacientes. La alimentación correcta es una herramienta que contribuye no solo a mantener el estado de bienestar, sino que también constituye el medio para evitar los trastornos crónicos y padecimientos de primer orden en la actualidad. <sup>(6)</sup>

La dieta y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de la vida, está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades crónicas no transmisibles, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención. En el último decenio, la rápida expansión de diversos campos científicos pertinentes y los muchos datos epidemiológicos basados en la población han ayudado a aclarar la función del régimen alimentario en la prevención y el control de la morbilidad y la mortalidad prematura causada por las enfermedades no transmisibles. Esto está teniendo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo y en los países en transición. Se han mejorado los niveles de vida, se han ampliado la disponibilidad de los alimentos, estos se han diversificado más y han aumentado el acceso a los servicios, también hay que contabilizar repercusiones negativas significativas en forma de hábitos alimentarios inapropiados, disminución de las actividades físicas y mayor consumo de tabaco, con el correspondiente incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, especialmente entre las personas pobres. <sup>(7)</sup>

El gasto energético asociado a la actividad física es una parte importante de la ecuación de equilibrio energético que determina el peso corporal. La disminución del gasto calórico que conlleva la reducción de la actividad física es probablemente uno de los factores que más contribuyen a la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad. Los alimentos y los productos alimenticios se han convertido en productos básicos fabricados y comercializados en un mercado que se ha ampliado desde una base esencialmente local a otra cada vez más mundial. <sup>(8)</sup>

Los cambios de la economía alimentaria mundial se han reflejado en los hábitos alimentarios. El consumo de alimentos muy energéticos con alto contenido de grasas, en particular grasas saturadas, y bajos en carbohidratos no refinados, estas características se combinan con la disminución del gasto energético que no lleva a una vida sedentaria: transporte motorizado, aparatos de ahorrar trabajo en el hogar, disminución gradual de las tareas manuales físicamente en el trabajo y dedicación del tiempo de ocio a pasatiempos que no exigen esfuerzo físico. Debido a estos cambios en los hábitos alimentarios y de modo de vida, las enfermedades crónicas -incluidas obesidad, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer- son causa importante de discapacidad y muerte prematura en los



países en desarrollo como recién desarrollados y suponen una carga adicional para unos presupuestos sanitarios nacionales sobrecargados. <sup>(9)</sup>

La alimentación en la evolución humana ha presentado una transición que va desde la obtención de fuentes de energía y proteínas de frutas, verduras, nueces y raíces en los primeros homínidos hasta llegar a nuestros días, donde las principales modificaciones en la dieta son la mayor ingesta de energía a partir de grasas saturadas, ácidos grasos y ácidos grasos omega-6, lo que ha llevado, a la discordancia evolutiva; se ha modificado la dieta sin que ocurran cambios paralelos de la estructura genética. La nutrición está pasando a primer plano como un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, y no cesa de crecer la evidencia. También es importante mantener una actividad física, como parte del régimen alimentario, la nutrición y la salud. <sup>(10)</sup>

Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles. La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir las enfermedades crónicas representa un avance importante de las ideas favorables a una política sanitaria integrada. Los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física modernos son comportamientos de riesgo que se difunden por los países y pasan de una población a otra como una enfermedad infecciosa, con incidencia en los perfiles de morbilidad a nivel mundial. Mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, gran parte de los riesgos asociados a la edad y el sexo pueden ser aminorados. Tales riesgos incluyen factores conductuales (régimen alimentario, inactividad física, consumo del tabaco y consumo del alcohol) y, por último, factores sociales, que abarcan una compleja combinación de parámetros socioeconómicos, culturales y otros elementos del entorno que interactúan entre sí. <sup>(11)</sup>

Desde hace muchos años se sabe que la dieta tiene una importancia crucial como factor de riesgo de enfermedades crónicas. Es evidente que desde mediados de siglo XX el mundo ha sufrido grandes cambios que han repercutido enormemente en el cambio alimentario, primero en las regiones industriales y, más recientemente, en los países en desarrollo. Las dietas tradicionales, basadas en gran parte en alimentos de origen vegetal, han sido reemplazadas rápidamente por dietas con alto contenido de grasas, muy energético y constituido por alimentos de origen animal. La alimentación, aunque fundamental para la prevención, solo es uno de los factores de riesgo. La inactividad física, ahora es reconocida como una determinante cada vez más importante de la salud, es el resultado de un cambio progresivo hacia modos de vida sedentarios, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. <sup>(12)</sup>

En un proceso conocido como “transición nutricional”, las dietas ricas en azúcares añadidos y grasas animales están sustituyendo cada vez más a las dietas tradicionales. Esta transición, unida a la tendencia general hacia una vida cada vez más sedentaria, es un factor subyacente en el riesgo de padecer enfermedades crónicas. Estrategia nutricional. En 1983 la OMS definió el término educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca una situación en las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando lo necesiten. La educación para la salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a los individuos y grupos sociales en las decisiones de comportamiento, que tienen efectos directos o individuales sobre la salud física, psíquica, individual y colectiva. Particularmente, la educación en nutrición es el conjunto de actividades de comunicación destinado a mejorar las prácticas alimentarias deseables, a través de un cambio voluntario de las conductas relacionadas con la alimentación, teniendo como finalidad, mejorar el estado nutricional. Es una actividad que requiere la activa participación de diferentes profesiones y especialidades, que desde un modelo de intervención comunitario fomente el intercambio y la responsabilización del individuo y la comunidad en la promoción de la salud.<sup>(13)</sup>

La educación nutricional es efectiva solamente cuando se basa en un análisis profundo del problema alimentario nutricional, identificando los factores causales que deberán ser abordados en la intervención. Este diagnóstico permitirá una clara y precisa definición de los objetivos. Se requieren además definir los mensajes, medios apropiados y materiales para una efectiva comunicación. La evaluación es esencial; particularmente la evaluación continua es necesaria para reorientar las estrategias y actividades en curso, en un proyecto educativo de intervención. Evaluar significa efectuar un análisis crítico, objetivo y sistémico de las actividades y resultados de un proyecto, en relación con los objetivos propuestos, la metodología y los recursos asignados. Debe tener un carácter participativo, es decir, se realizará con la activa participación de los principales involucrados en la intervención e incluirá el nivel en el que se logró satisfacer las expectativas, el cumplimiento de los objetivos y la satisfacción de los participantes.<sup>(13)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una alimentación saludable, es el factor que nos puede llevar a una vida saludable. El modificar la alimentación y que esta sea desequilibrada en cantidad, calidad y porciones nos lleva a un estado de enfermedad. Debido a la transición nutricional que se ha dado en nuestro país se ha incrementado la prevalencia de Enfermedades Crónico-Degenerativas. Debido a la incidencia surge el realizar un trabajo de investigación para mejorar las condiciones de salud en nuestro país disminuyendo la morbilidad y mortalidad. Por lo cual se realiza el siguiente planteamiento:

**¿Cuál es el impacto de la implementación de la estrategia nutricional con enfoque anticipatorio de prevención de enfermedades crónico-degenerativas en pacientes de 20 a 30 años de la UMF 91 de enero-diciembre 2018?**

## JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que presenta el sistema de salud. Son varios los factores; el gran número de casos afectados, alto índice de mortalidad y morbilidad causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costos elevados de su tratamiento que han incrementado los casos. Su emergencia como problema de salud pública. Las enfermedades crónico-degenerativas se han convertido en una epidemia su origen radica en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional.

El IMSS en el proceso de transición demográfica y por el alto índice de morbimortalidad ha implementado varias Estrategias de Nutrición. En el proceso de atención nutricional en el primer nivel, tanto personal médico como Asistentes Medicas, Enfermería, Nutrición y Dietética, Trabajo Social, Estomatología y Promotores de Salud deben participar, de acuerdo con su competencia en acciones como la evaluación del estado nutricional, la promoción y educación nutricional, por medio de las estrategias nutricionales. Particularmente, el (la) Nutricionista Dietista, trabajadora social y enfermería son el personal de salud clave para capacitar al resto del personal de salud en la evaluación del estado nutricional, así como en habilidades para brindar orientación alimentaria y educación nutricional individual y grupal a los derechohabientes con el propósito de lograr cambios favorables en los hábitos de alimentación para contribuir a mantener la salud y mejorar la calidad de vida. Orientación alimentaria y educación nutricional individual y grupal a los derechohabientes, con el propósito de lograr cambios favorables en los hábitos de alimentación para contribuir a mantener la salud y mejorar la calidad de vida. Como se constató en el diagnóstico de la intervención educativa nutricional (2014-2015), el (la) Nutricionista Dietética participa en grupos educativos valorando el estado nutricional, así como en habilidades para brindar El programa de NUTRIMSS utilizando la Guía Técnica de Educación Nutricional en Primer Nivel de Atención “APRENDIENDO A COMER BIEN”, es una herramienta cuyo objetivo es estandarizar la información técnica que el personal de Nutrición y Dietética del primer nivel de atención, debe proporcionar en las sesiones educativas de nutrición a pacientes con una o más de , siguientes condiciones, sobrepeso, obesidad, prediabetes, diabetes mellitus, prehipertensión, hipertensión arterial sistémica y dislipidemia, para contribuir a la disminución de peso corporal control de los niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos en sangre y cifras de tensión arterial, y evitar retardar complicaciones. . El saber qué estrategia conviene más, acorde a las características de la población, es lo que justifica la realización de este estudio, por lo cual se aplicaran en los diferentes grupos conformados. <sup>(14)</sup>

# OBJETIVOS

## **Objetivo General:**

Identificar el impacto de la estrategia nutricional para prevenir enfermedades crónico-degenerativas en pacientes de 20-30 años de la UMF 91, de marzo 2018 a febrero 2019.

## **Objetivos específicos:**

Identificar aspectos sociodemográficos en pacientes de 20-30 años.

Identificar pacientes de 20-30 años con factores de riesgo, sobrepeso, obesidad, prehipertensión, prediabetes, hipertensión, diabetes y dislipidemias

Implementar la estrategia nutricional con enfoque anticipatorio (PREVENIMSS, Cartera de servicios, Guía técnica Educación Nutricional) en pacientes de 20 a 30 años con el apoyo de la nutricionista y de los médicos familiares de la UMF 91.

Identificar de forma trimestral valores y mediciones antropométricas en pacientes con factores de riesgo de 20 a 30 años seleccionados para el estudio durante un año.

## **HIPÓTESIS**

H1.-La intervención de una estrategia nutricional con un enfoque anticipatorio en pacientes de 20 a 30 años previene las enfermedades crónico-degenerativas.

H0.- La intervención de una estrategia nutricional con enfoque anticipatorio en pacientes de 20 a 30 años no previene las enfermedades crónico-degenerativas.

# METODOLOGÍA

## **Tipo de estudio**

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

## **Población, lugar y tiempo de estudio**

El estudio se realizó en una muestra de 380 derechohabientes lo que equivale al 15% aproximadamente de un Universo identificado de 24763. Dicha población se encuentra en edades que van desde los 20 a 30 años con factores de riesgo para desarrollar enfermedades cronicodegerativas, que pertenecen a los programas de NutriMSS y PREVENIMSS derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 91, que ofrece atención medica de primer nivel, localizada en Avenida López Portillo No. 204, Colonia los Héroes de Zacuautitla, C.P. 55700, Coacalco de Berriozábal Estado de México. Se realizo de marzo 2018 a febrero 2019.

## **Tipo de muestra**

La muestra fue aleatorizada simple, de la cual se tiene un universo de 24,763 pacientes de 20 a 30 años, la fórmula que se aplico fue para población finita, al substituir valores la muestra resultante fue de 380 pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.91 con sobrepeso, obesidad, prediabetes, diabetes mellitus, prehipertensión, hipertensión arterial y dislipidemias.

## **Tamaño de la muestra**

El muestreo se realizó en pacientes de 20-30 años, atendidos en la UMF 91 del IMSS, que están en el programa de PREVENIMSS en la estrategia nutricional de "Él y ELLA y en el programa de NutriMSS, en la estrategia nutricional de "Aprendiendo a Comer bien ". Se aplico la formula numérica finita en una población total de 24763 derechohabientes, resultando una muestra de 380 pacientes.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

N = Total de la población

$Z_{\alpha}$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1 – 0.05 = 0.95)

d = precisión (en su investigación use un 5%)

N= 380 Pacientes

### **Criterios de inclusión.**

- Pacientes de 20 a 30 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 91 con factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas.
- Pacientes que estuvieran en el programa de NutrIMSS.
- Pacientes que estuvieran en el programa de PREVENIMSS
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado.
- Pacientes que acudieron de mínimo 3 veces al año para medición de valores antropométricos y de laboratorio.

### **Criterios de exclusión.**

- Pacientes que estaban en un rango de edad de 20 a 30 años,
- Pacientes que no presentaron algún factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas.
- Pacientes que no pertenecían al programa de NUTRIMSS o PREVENIMSS.

### **Criterios de eliminación.**

- Todo paciente que cumplían con los criterios de inclusión y por decisión propia decidieron dejar el estudio.
- Pacientes que no asistieron a las sesiones educativas al 80%.
- Pacientes que no dieron seguimiento o no acudieron a revaloración por medico familiar
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.



## **Variable independiente**

### *Estrategia nutricional*

#### Definición conceptual

Es el camino para seguir para cumplir el objetivo de modificar la composición corporal, con la adopción de procedimientos necesarios para orientar y guiar al paciente sobre aspectos relevantes del cuidado de su alimentación y ayudarlo a organizar la información de los nutrimentos y alimentos para lograr el objetivo. <sup>(12)</sup>

#### Definición operacional

Son procedimientos para realizar para lograr los objetivos guiados con un programa de temas de nutrición en donde se establecen los objetivos de las pláticas, los talleres, que se llevan a cabo en varias sesiones. Y un plan de alimentación.

## **Variable dependiente**

### *Enfermedades crónicas degenerativas*

#### Definición conceptual

Las enfermedades crónicas o no transmisibles son la primera causa de muerte a nivel mundial y generan una importante carga social, económica y de discapacidad, primera causa de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados <sup>(12)</sup>

#### Definición operacional

Todo paciente diagnosticado con Diabetes, Hipertensión, obesidad.

## Descripción de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERATIVA.	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN.
Estrategia nutricional.	Es el camino para seguir para cumplir el objetivo de modificar la composición corporal, con la adopción de procedimientos necesarios para orientar y guiar al paciente sobre aspectos relevantes del cuidado de su alimentación y ayudarlo a organizar la información de los nutrimentos y alimentos para lograr el objetivo. <sup>(12)</sup>	Son procedimientos que se tienen que realizar para lograr los objetivos, guiados con un programa de temas de nutrición en donde se establecen los objetivos de las pláticas, los talleres, que se llevaran a cabo en 16 sesiones. Y un plan de alimentación.	Cualitativa	Nominal	Glucosa < 100mg/dl.  Tensión arterial de 120/80.  Colesterol < 200mg/dl.  Triglicéridos < de 150mg/dl.  IMC < a 25kg/m <sup>2</sup> .
Enfermedades crónico-degenerativas.	Las enfermedades crónicas o no transmisibles son la primera causa de muerte a nivel mundial y generan una importante carga social, económica y de discapacidad. primera causa de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados <sup>(12)</sup>	Todo paciente diagnosticado con Diabetes, Hipertensión, obesidad Dislipidemia	Cualitativa	nominal	IMC menor de 25kg/m <sup>2</sup> . Triglicéridos menores de 150mg/dl. Colesterol menor de 200mg/dl. Tensión arterial de 120/80. Glucosa en sangre de 60-100mg/dl.

## **Método o procedimiento para captar la información**

### *Instrumento que se va a utilizar*

### *Descripción general del estudio y de las Estrategias Educativas*

La educación nutricional fue un proceso interactivo del paciente con el personal de salud, que brinda conocimientos, habilidades y herramientas para que las personas tomaran las mejores decisiones para una alimentación correcta y consumo de agua simple. Además, promovió que el paciente participe en el autocontrol.

Los objetivos de esta intervención en educación nutricional fueron controlar y mantener en rangos recomendables los siguientes indicadores:

Índice de masa corporal y circunferencia de cintura.

Glucosa en sangre.

Colesterol y triglicéridos.

Presión arterial.

Se utilizó la guía de intervención educativa “Aprendiendo a comer bien” dirigida a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, con un enfoque anticipatorio al daño y las complicaciones. Consta de tres dinámicas principales en las que brinda elementos para una alimentación correcta y la inducción a la práctica diaria de actividad física para posteriormente en la consulta de Nutrición, dar una atención especializada. En materia de estrategia educativa, en los últimos el IMSS ha innovado con técnicas lúdicas vivenciales y participativas para que la población adopte estilos de vida sana.

El objetivo fue contribuir a la mejora de hábitos de alimentación saludable y la incorporación de la práctica de actividad física, mediante la intervención de educación nutricional, para favorecer un peso corporal adecuado, control metabólico y prevenir complicaciones en pacientes con sobrepeso, obesidad, prediabetes, diabetes, prehipertensión arterial y dislipidemia.

La meta fue otorgar educación nutricional grupal, de acuerdo con las metas establecidas en el programa operativo.

El ámbito de aplicación fue en la Unidad de Medicina Familiar 91, que tiene personal de Trabajo Social, Nutrición y Dietética. La población fue derechohabiente de 20-30 años

La captura y validación de la información se realizó en la computadora a través de los programas estadísticos de SPSS (en su versión más actual) y Excel.

La descripción de los datos se realizó en tablas y los resultados se graficaron con información sobre medidas de tendencia central, IC 95% graficas con información a través de realización de tablas con información sobre, medidas de tendencia central, IC95%.

Hipótesis estadísticas de nulidad y alterna.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio se catalogó con riesgo mínimo de acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación, Título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo 1, fracción II, artículo 17, al realizarse en población no vulnerable, se trató de adultos de 20-30 años.

Los procedimientos se apegaron a las normas éticas, como se establece en la declaración de Helsinki vigente, en el punto de principios generales donde se buscó, el promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales.

Cada individuo potencial recibió información adecuada acerca del objetivo: como métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos predecibles, e incomodidades derivadas del experimento.

De acuerdo con lo que se comenta en el informe de Belmont en base al principio ético, se tomaron en cuenta tres principios básicos generalmente aceptados en nuestra cultura tradicional, que son especialmente pertinentes para la ética de la investigación que implica a los seres humanos: el principio de respeto a las personas, el principio de beneficencia y el principio de justicia.

El objetivo principal de la investigación fue proporcionar conocimiento generalizable que sirva para mejorar la salud y el bienestar y/o aumentar la comprensión de la biología humana en los sujetos que participaron siendo un medio para asegurar el conocimiento.

Para la obtención del conocimiento informado se incluyó: fecha, título del proyecto de estudio, dependencia donde se realizará el estudio, nombre del investigador, firma del participante y testigos.

## RESULTADOS

El presente estudio se realizó en una población total de 380 pacientes con factores de riesgo para enfermedades cronicodegerativas.

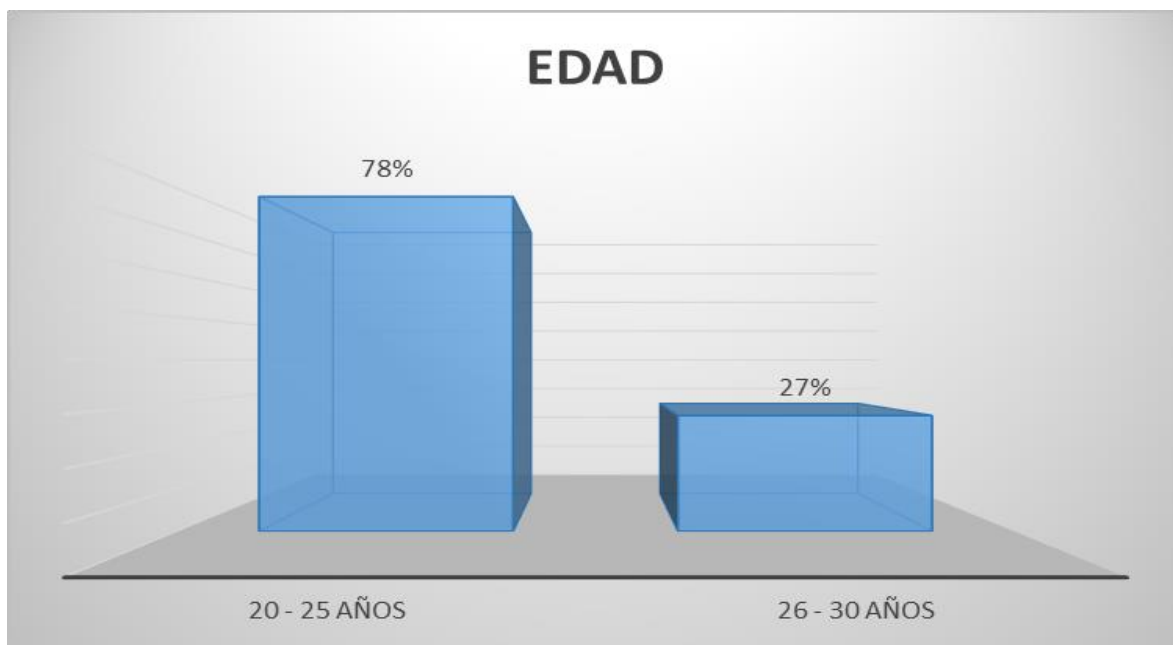
En relación con los aspectos sociodemográficos los resultados se expresan en la tabla 1.

Tabla 1.

<b>ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>			
<b>EDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>N</b>
20 - 25 AÑOS	78%	278	380
26 - 30 AÑOS	27%	102	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
<b>SOLTERO</b>	20%	78	
CASADO	10%	38	
DIVORCIADO	14%	52	
UNION LIBRE	56%	212	
<b>OCUPACION</b>			
AMA DE CASA	18%	70	
EMPLEADO	47%	180	
PROFESIONISTA	14%	52	
INDEPENDIENTE	21%	78	
<b>ESCOLARIDAD</b>			
PRIMARIA	12%	42	
SECUNDARIA	22%	86	
BACHILLERATO	42%	160	
LICENCIATURA	24%	92	
<b>TABAQUISMO</b>			
POSITIVO	69%	263	
NEGATIVO	31%	117	
<b>ALCOHOLISMO</b>			
POSITIVO	43%	162	
NEGATIVO	57%	218	

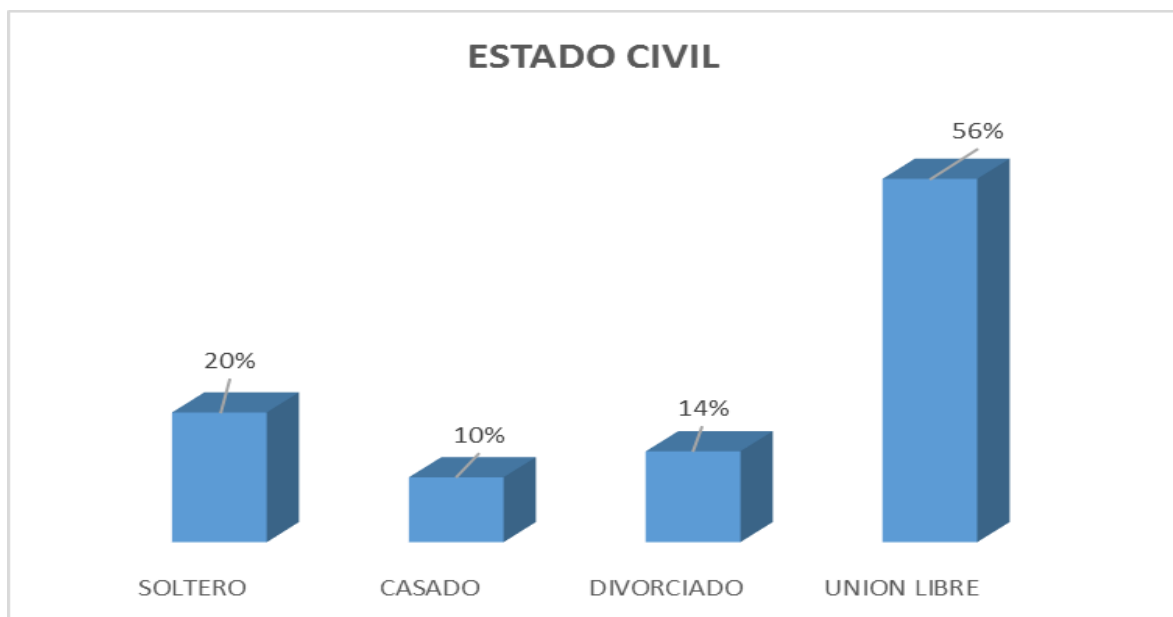
Fuente: Encuesta sociodemográfica.

Grafico 1.



Fuente: Tabla 1

Grafico 2.



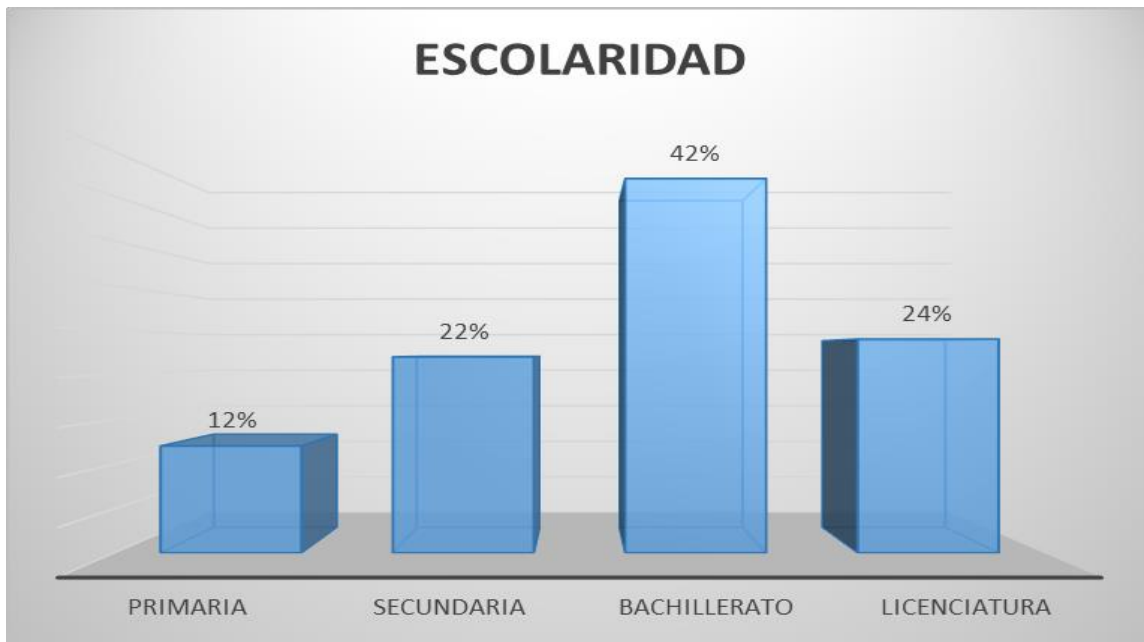
Fuente: tabla 1

Grafico 3.



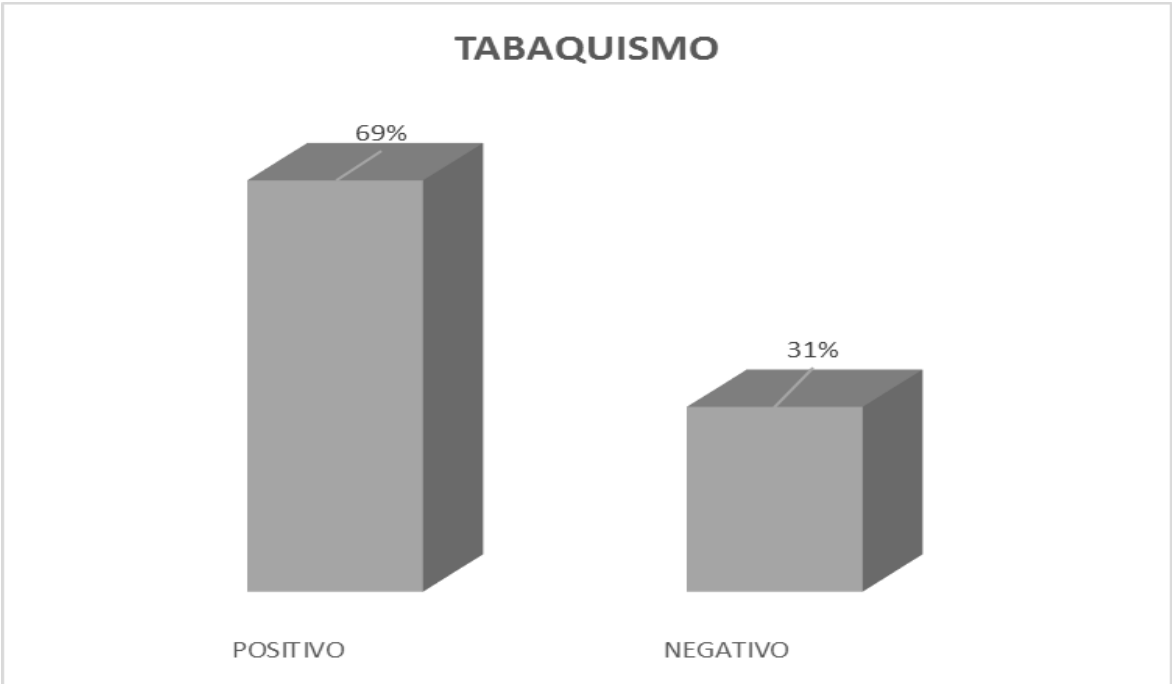
Fuente: tabla 1

Grafico 4.



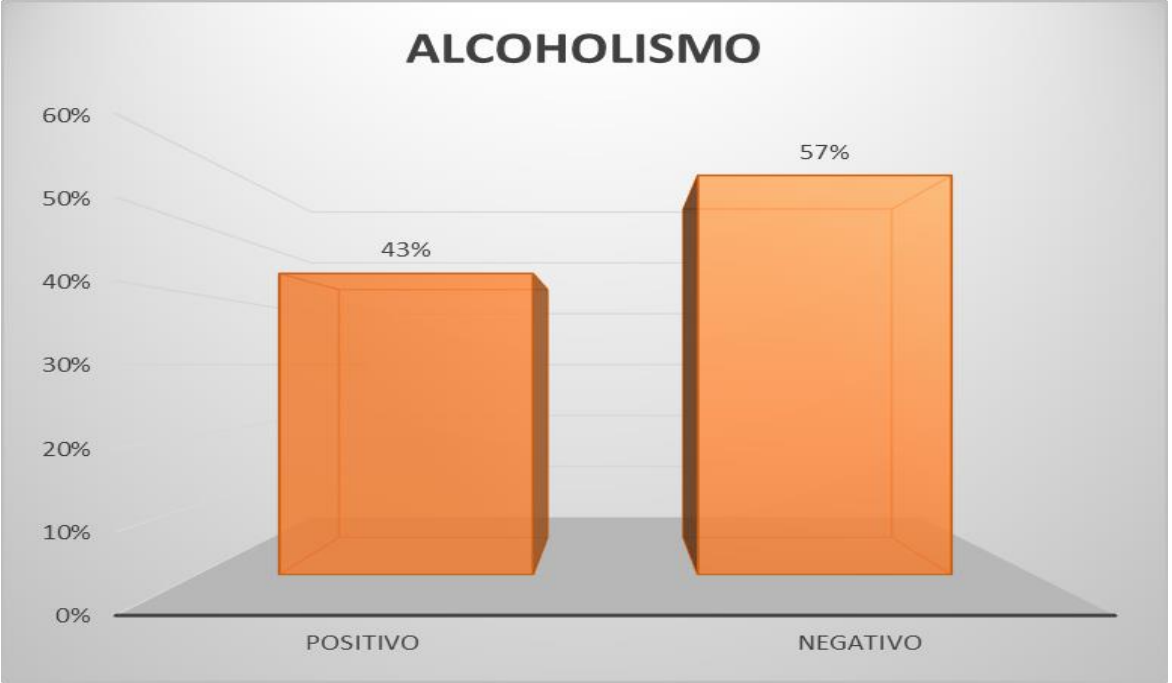
Fuente: Tabla 1

Grafico 5.



Fuente: tabla 1

Grafico 6.



Fuente: Tabla 1.



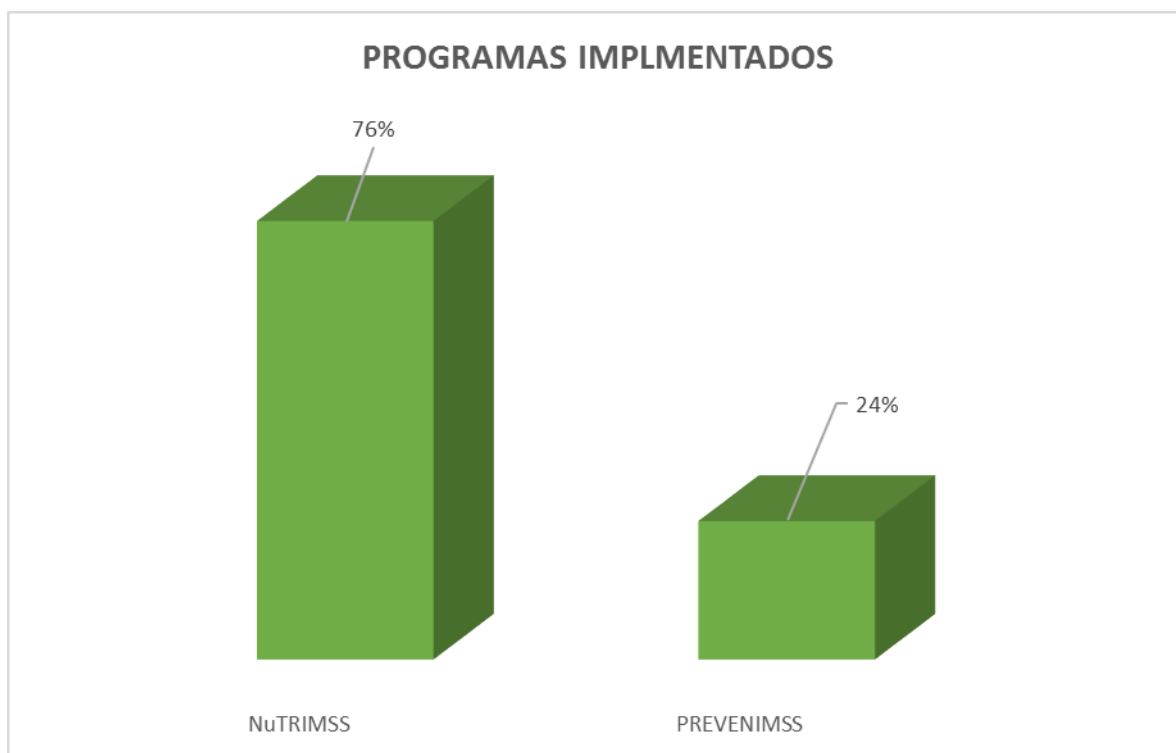
Referente a los programas educativos la estrategia educativa a las que acudieron los pacientes los resultados se expresa en la tabla 2:

Tabla 2.

PROGRAMAS EDUCATIVOS IMPLEMENTADOS			
			<b>N=</b>
NutrIMSS	76%	289	380
PREVENIMSS	24%	91	

Fuente: Censo trabajo Social.

Grafico 7.



Fuente tabla 2.

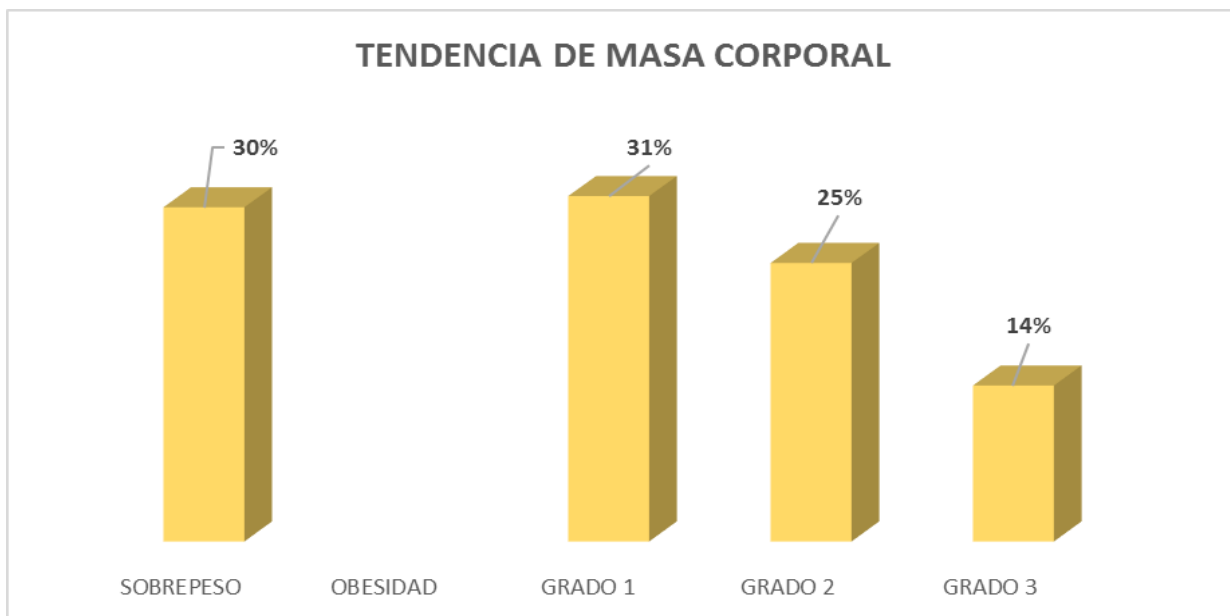
En relación a la medición de índice de masa corporal se identificó lo expresado en la tabla 3.

Tabla 3.

<b>TENDENCIA DE MASA CORPORAL</b>			
	<b>PORCENTAJE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>N=</b>
<b>SOBREPESO</b>	30%	114	380
<b>OBESIDAD</b>			
<b>GRADO 1</b>	31%	118	
<b>GRADO 2</b>	25%	96	
<b>GRADO 3</b>	14%	52	

Fuente: tabla de mediciones somatometría.

Grafico 8.



Fuente: Tabla 3.

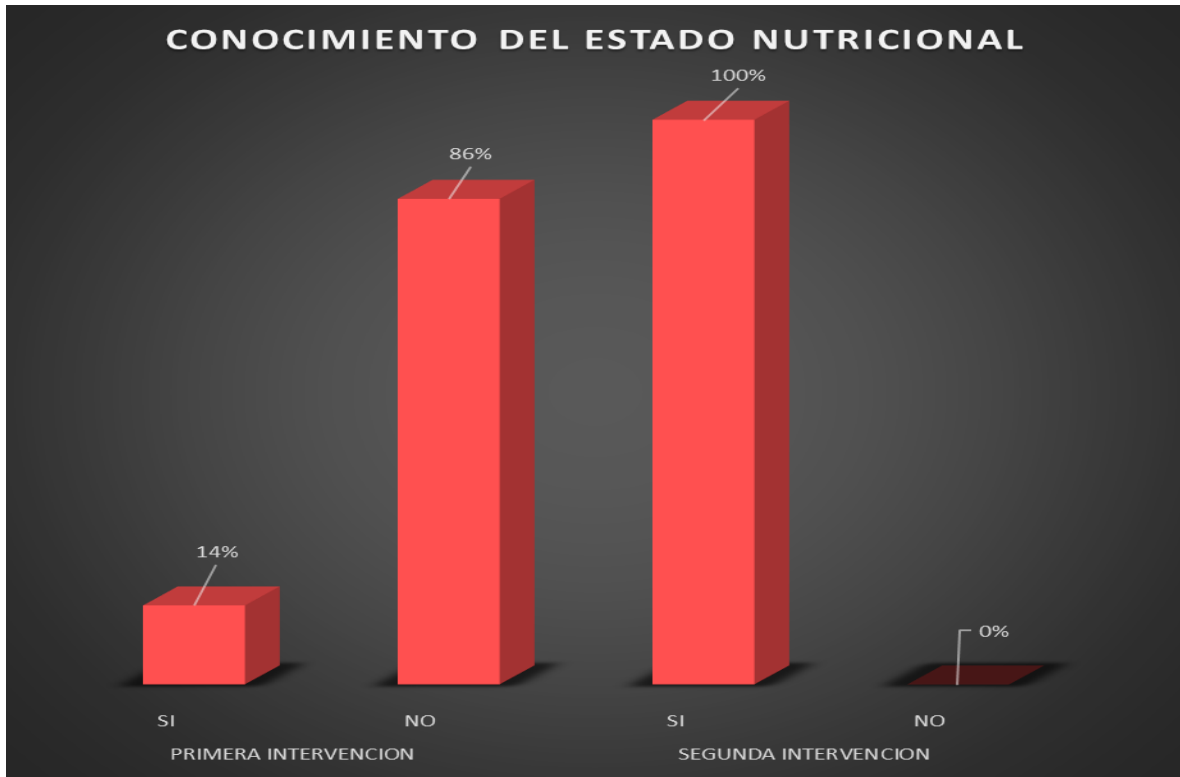
Los resultados obtenidos pre y post de la estrategia educativa se representan en la tabla 4.

Tabla 4.

<b>GUIA DE INTERVENCION EDUCATIVA "APRENDIENDO A COMER BIEN"</b>					
<b>Conoce su estado Nutricional</b>	<b>PRIMERA INTERVENCION</b>		<b>SEGUNDA INTERVENCION</b>		<b>N=</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	14%	86%	100%	0%	
<b>Sabe efectos nocivos y enfermedades de una mala alimentación</b>	<b>PRIMERA INTERVENCION</b>		<b>SEGUNDA INTERVENCION</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	23%	77%	100%	0%	
<b>Conocimiento sobre alimentacion saludable</b>	<b>PRIMERA INTERVENCION</b>		<b>SEGUNDA INTERVENCION</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	39%	61%	84%	16%	
<b>Actividad Fisica</b>	<b>PRIMERA INTERVENCION</b>		<b>SEGUNDA INTERVENCION</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	5%	95%	77%	23%	

Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación de la Guía "Aprendiendo a Comer Bien"

Grafico 9.



Fuente: Tabla 4.

Grafico 10.

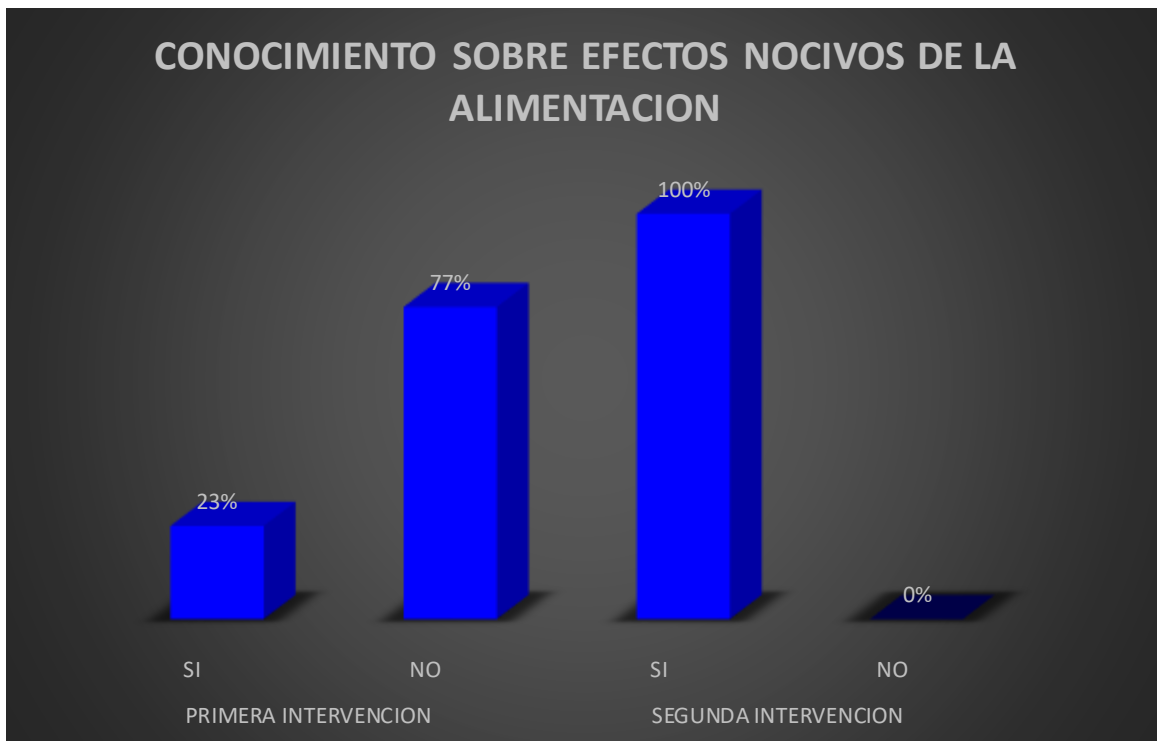
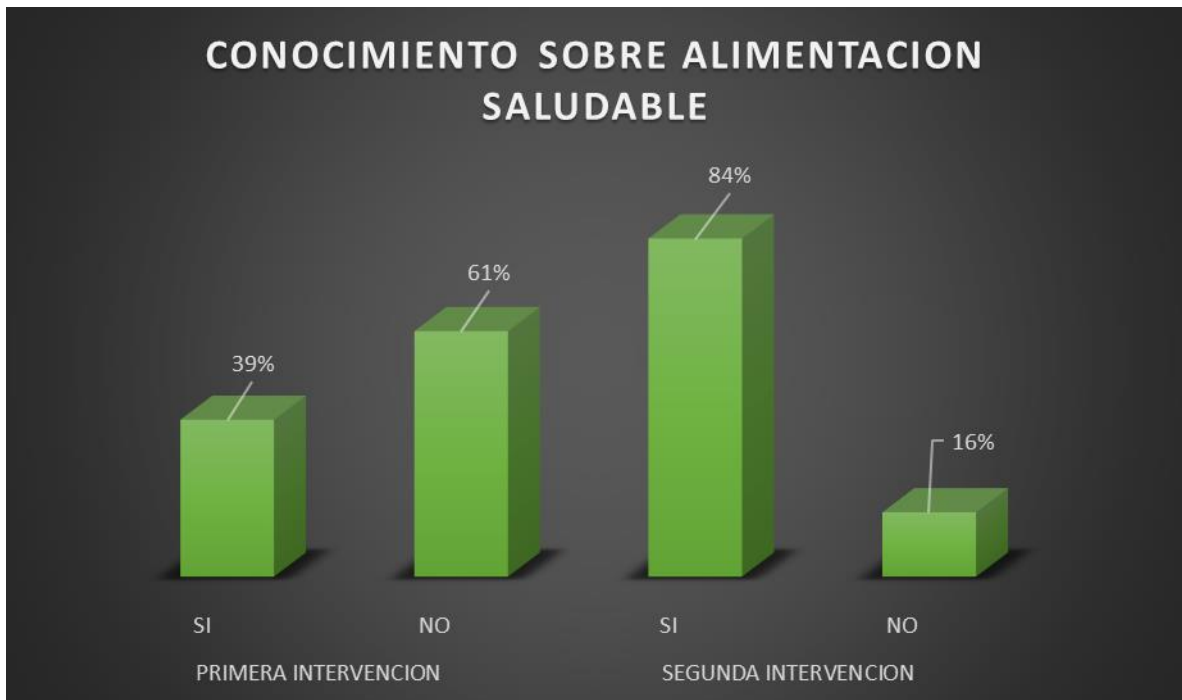
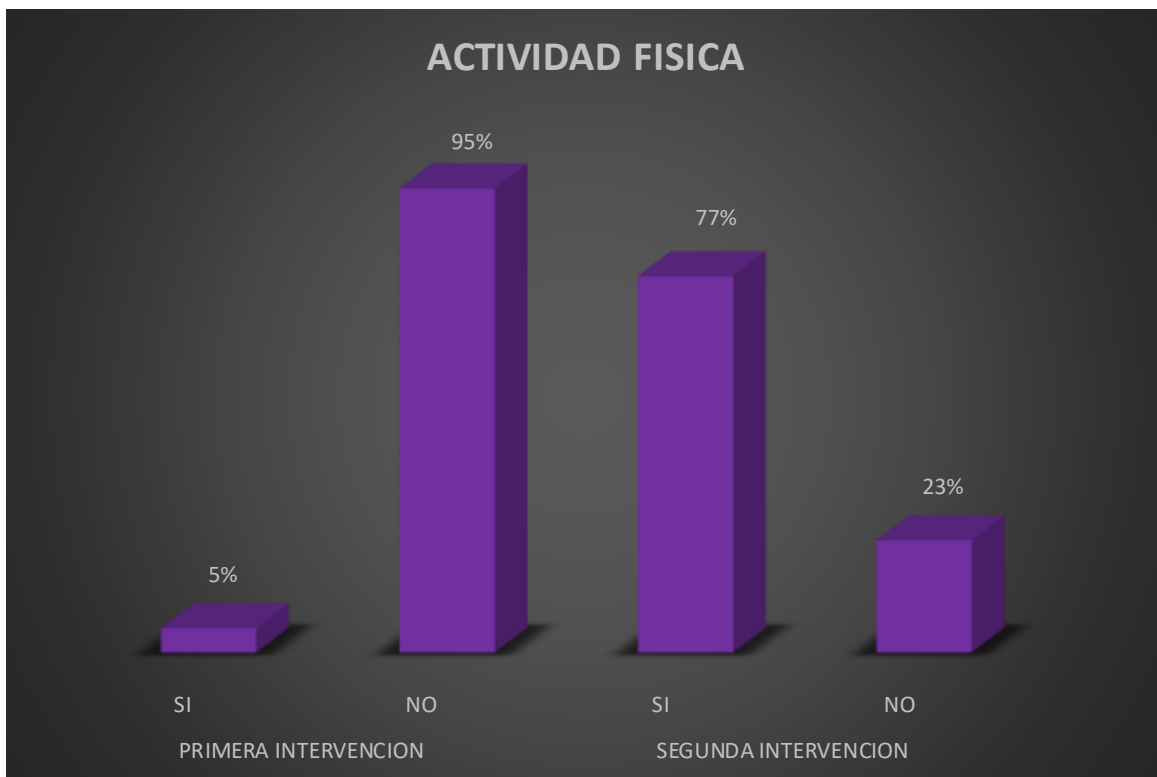


Grafico 11.



Fuente: Tabla 4

GRAFICO 12.



Fuente: Tabla 4.

Respecto a las variables bioquímicas el reporte correspondió a valores de glucosa normal en 97 (26%), glucosa elevada 283 (74%). Colesterol 80 (21%) dentro de parámetros normales y 300 (79%) con cifras elevadas. Triglicéridos con 56 (15%) en límites normales y 324 (85%) elevados. 310 (82%) de los pacientes encuestados tenían malos hábitos de alimentación. Inicialmente 272 (62%) realizaban solo un alimento o dos al día y 148 (39%) tres alimentos al día.

A los 6 meses posteriores a la estrategia nutricional, se analizan medidas antropométricas y resultados bioquímicos, los resultados fueron favorables. Los pacientes que conocían su estado nutricional fueron 53 (15%) y 327 (86%) lo desconocían. Respecto a si sabían los efectos nocivos y las enfermedades que ocasionan una alimentación inadecuada 294 (77%) no lo sabía, lo cual se modificó posterior a la estrategia nutricional 380 (100%) tenía el conocimiento. En relación con modificar la alimentación utilizándose el plato del buen comer solo 22 (6%) lo usaban y 358 (94%) no lo utilizaban porque no lo conocían. Al conocer el plato del bien comer 362 (95%) lo implementaron en sus comidas diarias, los restantes 18 (5%) lo saben, pero no lo aplican. Dentro de la estrategia nutricional incluía el aprender a preparar un menú saludable en raciones y porciones, bueno en cantidad y calidad evitando periodos prolongados de ayuno 318 (84%) lo integraron a la dieta familiar y 68 (16%) a veces. Con lo que respecta a la ingesta de agua natural al inicio del estudio 280 (74%) no ingerían agua, 100 (26%) tomaban agua esporádicamente; seis meses después 370 (97%) la bebida base fue el agua natural. De los 380 pacientes solo 18 (5%) realizaban actividad física, en la siguiente valoración 291 ((77%) se incorporaron a una actividad física.

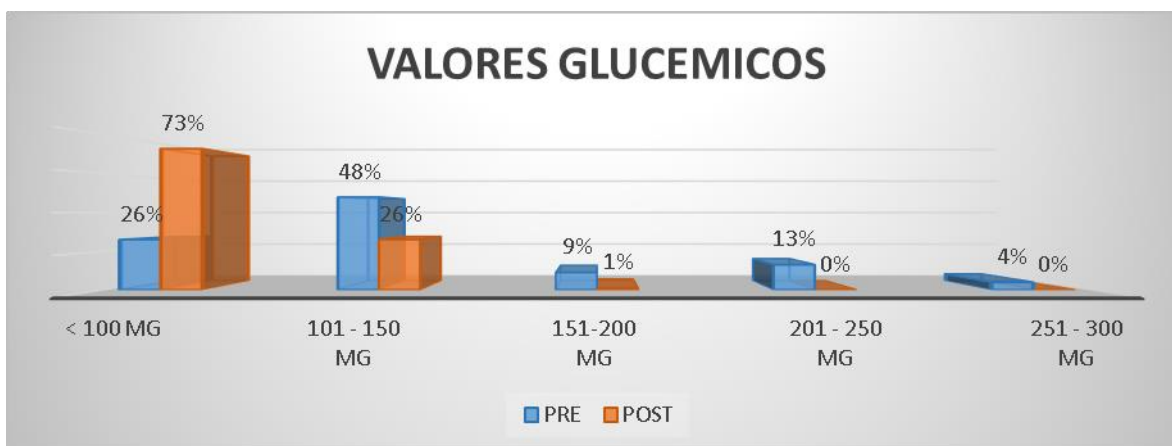
Referente al control metabólico los niveles de glucosa mejoraron en 275 (73%) con glucosa normal, con respecto a colesterol mejoraron en 292 (77%) y los triglicéridos presentaron mejoría notable en 279 (73%) con cifras dentro de parámetros normales. Ver tabla 5.

Tabla 5.

VALORES BIOQUIMICOS					
GLUCOSA	PRE - INTERVENCION				
	< 100 mg	101 - 150 mg	151- 200 mg	201 - 250 mg	251 - 300 mg
	26%	48%	9%	13%	4%
	POST - INTEVENCION				
	< 100 mg	101 - 150 mg	151- 200 mg	201 - 250 mg	251 - 300 mg
	73%	26%	1%	0%	0%
TRIGLICERIDOS	PRE - INTERVENCION				
	131-200 mg	201 - 250 mg	251 - 300 mg		
	15%	73%	12%		
	POST - INTEVENCION				
	131-200 mg	201 - 250 mg	251 - 300 mg		
	73%	25%	2%		
COLESTEROL	PRE - INTERVENCION				
	151-200 mg	201 -250 mg	251 - 300 mg		
	21%	26.50%	52.30%		
	POST - INTEVENCION				
	151-200 mg	201 -250 mg	251 - 300 mg		
	76.30%	23.10%	0%		

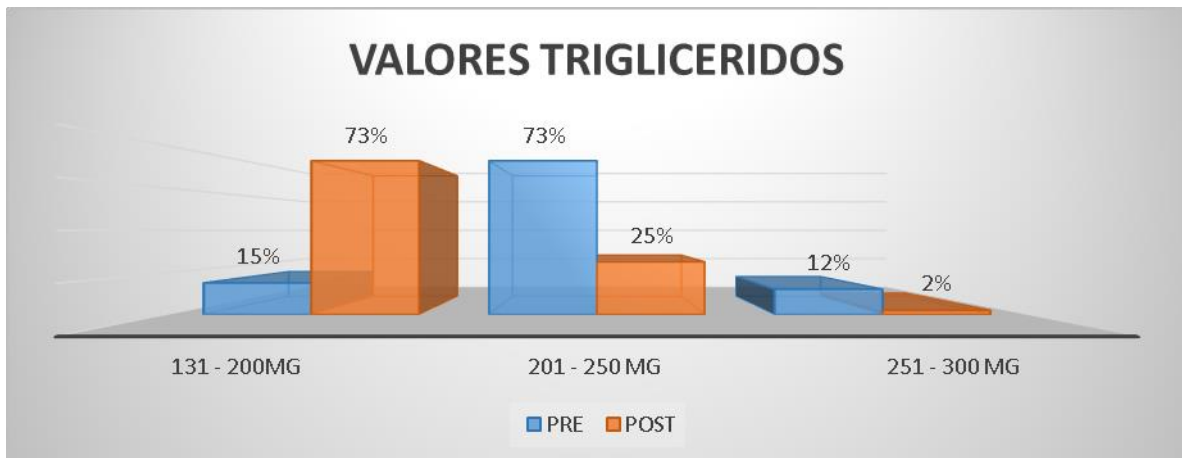
FUENTE: Tabla de recolección de datos bioquímicos.

Grafico 13.



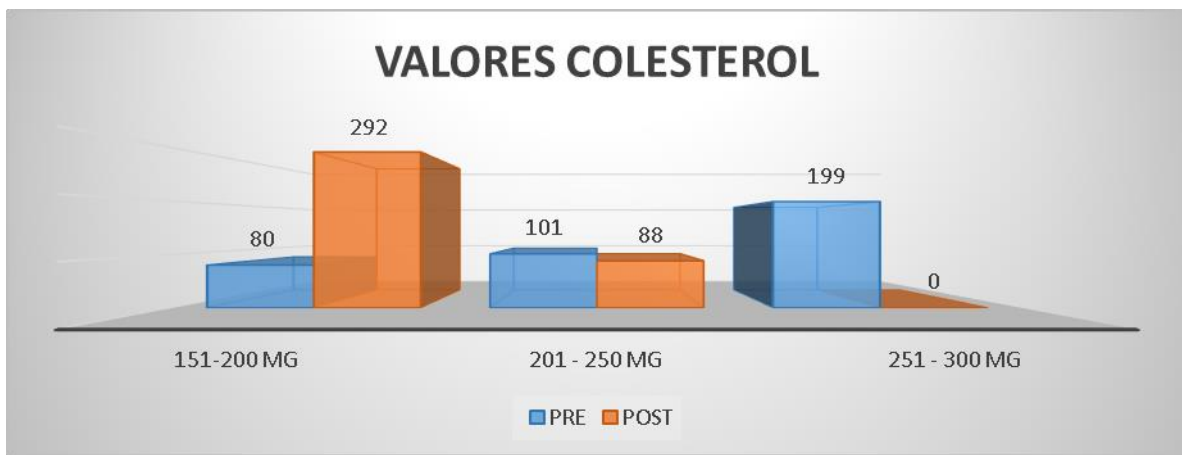
Fuente. Tabla de Valores Bioquímicos

Grafico 14.



Fuente: Tabla de valores bioquímico

Grafico 15



Fuente: Tabla de valores bioquímico



Tabla 6.

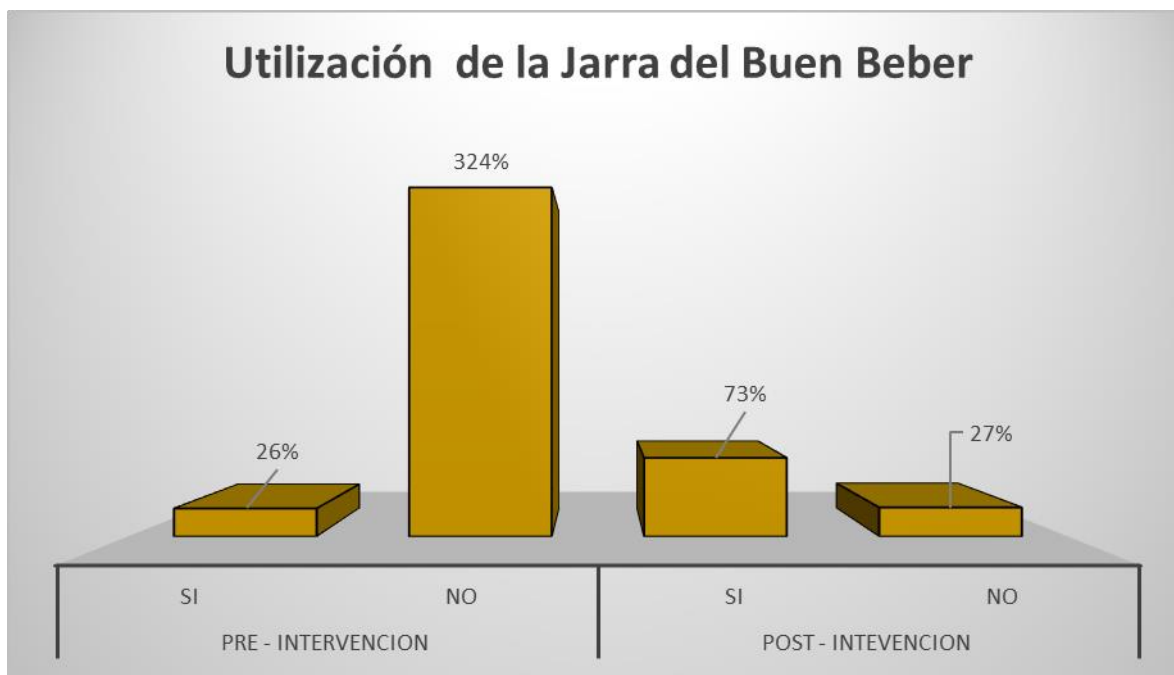
Utilización de la Jarra del Buen Beber	PRE - INTERVENCION		POST - INTEVENCION	
	SI	NO	SI	NO
	26%	324%	73%	27%

Utilización del Plato del buen Comer	PRE - INTERVENCION		POST - INTEVENCION	
	SI	NO	SI	NO
	6%	94%	95%	5%

Fuente: Resultados obtenidos de la aplicación de la Guía “Aprendiendo a Comer Bien”

Grafico 16.



Fuente. Tabla 6.

Grafico 17.



Fuente. Tabla 6

## Discusión

Debido al ritmo de vida que se ha adoptado es muy fácil descuidar aspectos básicos de la alimentación, convirtiéndose en un factor detonante para problemas de salud. Las enfermedades cronicodegenerativas son una de las consecuencias de la transgresión alimentaria y cambios en la dieta que se ha generado en los últimos años con la transición de riesgos. En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se observó que no solo los cambios en los estilos de vida saludable influyen, ya que hay otros factores coadyuvantes para generar el desequilibrio nutricional generando la enfermedad. Al comparar los resultados antes de la estrategia nutricional y posterior a ella implementando los cambios en el estilo de alimentación, se observó que la estrategia educativa, mejora notablemente el estado nutricional.

Dentro de los factores sociodemográficos se identificaron que varios interfieren como causa para generar enfermedades cronicodegenerativas. En el presente estudio al compararlos se encontró que el nivel socioeconómico, la ocupación el nivel educativo, también fumar e ingerir bebidas alcohólicas, tener una vida sedentaria, en la cual los pacientes pasan varias horas del día en el transporte a sus trabajos y de regreso a sus casas, dejando poco o nulo tiempo para realizar alguna actividad física. Influyendo también el estrés laboral y emocional como carga para limitar las actividades físicas, provocando astenia y adinamia e indiferencia para ejercitarse. Otro factor fundamental es el tipo de alimentación que realizan los pacientes en su mayoría están en edad laboral, teniendo jornadas de 8 horas de trabajo y en la menor de las veces más horas de trabajo, o con horarios de 24 x 24 o donde se rolan turnos, fomentando malos hábitos de alimentación al no tener un horario fijo de comida lo que genera periodos prolongados de alimentación o realizar 1 o 2 alimentos al día con cantidades abundantes. Otra situación es el no contar con alimentos saludables para comer durante su jornada laboral, teniendo que alimentarse y no nutrirse. Lo cual ocasiona alteraciones en el metabolismo en forma significativa, favoreciendo una calidad mala de vida de los pacientes.

Es vital educar a la población con respecto a los hábitos de alimentación y de los beneficios en cuestión de salud para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas y en caso de padecer alguna se mejoran notablemente las condiciones generales del paciente evitando las complicaciones a corto o largo plazo. En este estudio se observó que al implementar la estrategia nutricional con apego a modificar alimentos saturados en grasas, con alto contenido energético, con saborizantes artificiales, condimentos, conservadores, bebidas azucaradas y cambiarlas por la implementación del Plato de buen comer, ingiriendo más nutrientes los cuales encontramos en verduras, frutas, proteínas, disminuyendo o evitando el consumo de sal, azúcares, pastas, harinas, grasas, refrescos etc., e implementando, una adecuada cantidad por medio de raciones y porciones y calidad en los alimentos, evitando periodos prolongados de ayuno, con tres alimentos al día como mínimo.

La jarra del buen beber es otra estrategia con ingesta de 8-12 vasos de agua al día y eliminar bebidas azucaradas las cuales generan alteraciones importantes en el metabolismo celular, dañando órganos vitales.

Podemos deducir que la alimentación adecuada y balanceada con una actividad física e hidratación adecuada diariamente retarda la presencia de las enfermedades o mejora el control metabólico de la misma. Cuando el paciente presenta ya alguna enfermedad. Dentro de la estrategia es importante recalcar que los hábitos saludables que se adquieren se deben aplicar día a día y son de por vida, porque las enfermedades se pueden presentar o modificar, si la paciente no continua con sus hábitos de vida saludable.

## Conclusiones

Las enfermedades crónicas degenerativas son complejas y su abordaje es complicado por los diversos indicadores que lo componen, por ejemplo; los metabólicos y antropométricos. Una mala alimentación, en cantidad, calidad, con periodos prolongados de alimentación, ocasionan alteraciones significativas desde un inicio en el paciente con un deterioro progresivo en su estado de salud. Al implementar el paciente una estrategia de alimentación, se limitan los efectos secundarios, se evitan complicaciones a corto o largo plazo, mejorando el control metabólico y el tratamiento farmacológico.

Al recibir la educación nutricional por medio de la estrategia, al paciente lo orientan y educan respecto a conocimiento sobre nutrición y alimentación. Lo aprendido se aplica y transmite a la familia y la sociedad en general. Esto debe trascender convirtiéndose en un estilo y hábito de vida y no solo por un tiempo.

Otra parte importante es empoderar al paciente sobre su estado de salud-enfermedad, hacerlo responsable y participe de la misma, con valoración posterior a la aplicación de la estrategia, para dar continuidad y seguimiento, para confirmar que los cambios favorables que se dieron en cada paciente continúen y de ser posible el conocimiento se sigan reforzando para evitar recaídas.

En este estudio al aplicar la estrategia educativa y realizar el análisis de las mediciones bioquímicas, se observaron cambios estadísticos significativos, con mejor control metabólico, al realizar; los cambios en la alimentación, implementando una dieta saludable basada en el plato del buen comer, la jarra del buen beber, y realizar una actividad física la cual es parte de la estrategia, mejorando y fortaleciendo las funciones básicas del organismo.

El sector salud debe dar difusión a los programas educativos con los que cuenta, los cuales están bien estructurados y se han observado resultados favorables al aplicarlos. Los cambios en los estilos de vida que se han dado en los últimos años, por la transición epidemiológica, donde las familias han cambiado alimentos saludables por comidas rápidas, con alto contenido de carbohidratos grasas saturadas, ingesta de bebidas ricas en azúcares, los alimentos procesados con alto contenido de sodio, conservadores, saborizantes artificiales, los cuales generan alteraciones bioquímicas a nivel celular con daños en el metabolismo, expresado con alteraciones en la homeostasis, teniendo como resultado final la enfermedad, la cual en la mayoría de los casos puede ser evitable al implementar estrategias de nutrición entre otros hábitos saludables.

La función fundamental del personal de salud como educadores, es implementar hábitos y costumbres saludables. Se tiene que involucrar al paciente en una forma activa, haciéndolo responsable de su padecer, para que cumpla los objetivos de control adecuado y al llegar a la meta esperada se mantenga y de ser posible mejore los niveles aceptables, que sea capaz de automonitoreo e individualizar el control integral del paciente con beneficios a sus familias lo cual mejorara su estado de salud.

La sugerencia es la continuidad del paciente para la retroalimentación de programas y estrategias nutricionales considerando que las enfermedades crónicas degenerativas son de por vida.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1.- Barba Evita JR. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab.2018; 65(1):4-17
- 2.- Soto EG, Moreno AL, Pabua DD. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Rev. Fac Med UNAM. 2016; 59 (6): 8-22.
- 3.- Córdova VJA, Barriguete MJA, Lara EA, Barquera S, Rosas PM, Hernández AM et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública Méx. 2008; 50 (5): 419-427.
- 4.- Fuentes ChL, Alvaradejo RP, Briseño CP, Protocolo para orientación nutricional en la prevención y control de enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. Rev. Alianza por un México sano protocolo nutricional indd, 2008, [citado 2008 marzo 08].
- 5.- Consulta mixta de expertos OMS/FAO. Dietética, Nutrición y Prevalencia de Enfermedades Crónicas, OMS Serie de Informes Técnicos 916. Organización mundial de Ginebra
- 6.- Álvarez GMA, Hernández PMR, Jiménez MM, Durán DA. Estilo de vida y presencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios. Diferencias por sexo. Revista de psicología. 2014; 32 (1): 122-138.
- 7.-Marta E. (2008). La educación alimentario-nutricional como. Primer nivel de atención a la salud. Opción medica nutricional., 40-42.
- 8.- Rodríguez GP, Rosales PA, Coreño JMO, Krug LIE, Borja AVH. Estrategia PREVENIMSS. 2014
- 9.-Marimón TER, Orraca CO, Casanova MMC, Paredes DR, Mendoza FMI. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Jul 19]; 17(2): 2-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000200002&lng=es).
- 10.- Rodríguez GLC, Aguirre Mendoza BN, Acosta GMN, Sánchez RMC. Guía Técnica de Educación Nutricional en Primer Nivel de Atención, "APRENDIENDO A COMER BIEN". Primera edición 2016. ISBN: 978-607-9464-49-3.

11.- Arroyo P. La alimentación en la evolución del hombre: su relación con el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas. Bol Med Hosp Infant Méx. 2008; 65 (6): 431-440.

12.- Castillo GA, Arocha MC, Armas RNB, Castillo AI, Cueto CME, Herrera GML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Jul 19]; 27(3-4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002008000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000300003&lng=es).

13- López LM, Programa De Acción Especifico, Alimentación y Actividad Física. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, primera edición, xxx 2014, Secretaria de Salud, México D.F. 101-123.

14.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. [Citado 10 Julio 2017]. Disponible en: [www.salud.gob.mx>cdi>compi>rlgsmis](http://www.salud.gob.mx/cdi/compi/rlgsmis).

15-(PDF) Declaración de Helsinki. [citado 10 Julio 2017]. Disponible en: [www.conamed.gob.mx>prof\\_salud>pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf).

16-(PDF) Informe Belmont – Comisión Nacional de Bioética. [citado 10 Julio 2017]. Disponible en: [www.conbioética-mexico.salud.gob.mx](http://www.conbioética-mexico.salud.gob.mx)

17.- Monreal HA, García RMT, Forés CMD. Promoción de la salud y prevención de enfermedades. Conceptos esenciales. Capítulo 4. Salud y Comunidad. 2016 jul [citado 2016 julio 27]; 1-25.

## I. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	<u>"Estrategia nutricional con enfoque anticipatorio de prevención de enfermedades crónico-degenerativas en pacientes de 20 a 30 años".</u>
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	<u>UMF 91 del 1ro de marzo 2018 a 28 de febrero 2019</u>
Número de registro	<b>AUTORIZACION: R-2017-1402-25</b>
Justificación y objetivo del estudio:	<u>El presente estudio se llevará a cabo para prevenir o mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.</u>
Procedimientos:	<u>Serán clasificados pacientes del programa NUTRIMSS y PREVENIMSS con enfoque anticipatorio, se dará seguimiento por un año.</u>
Posibles riesgos y molestias:	<u>Ninguna</u>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<u>Aprender sobre hábitos de alimentación saludable para prevenir enfermedades crónico-degenerativas y mejorar la calidad de vida en caso de tener alguna enfermedad crónico-degenerativa.</u>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<u>Atendiendo a uno de los principios de la bioética que es el principio de autonomía, a los derechohabientes se les dio a firmar el consentimiento informado lo que implica que ellos aceptan de forma voluntaria participar en el presente estudio de investigación.</u>
Participación o retiro:	<u>El paciente tiene la opción de retirarse en el momento que el lo decida</u>
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	<u>Mejorar los hábitos de alimentación y prevenir enfermedades.</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>Dra. María del Carmen Aguayo Carmona.</u>
Colaboradores:	<u>Dra. Andrea Patricia Tejada Bueno.</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

**Clave: 2810-009-013**



**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA PACIENTES DE 20 A 30 AÑOS CON FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS.**

**(INICIAL)**

INSTRUCCIONES: Lee los siguientes puntos y contesta como se indica.

**1. FICHA DE IDENTIFICACION.**

NOMBRE:

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

EDAD:

ESTADO CIVIL;

OCUPACION:

GRADO DE ESTUDIOS CONCLUIDOS:      Primaria ( ) secundaria ( )      Preparatoria  
( ) Licenciatura ( ) Otro ( )

RELIGION:

FECHA:

FUMA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ DE SER SI, CUANTOS CIGARROS AL DIA: \_\_\_\_\_

INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DER SER SI, CON QUE FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_matutino o vespertino\_\_\_\_\_

**2. MEDICIONES SOMATOMETRICAS Y DE LABORATORIO**

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ CINTURA: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

T/A: \_\_\_\_\_ GLUCOSA: \_\_\_\_\_ COLESTEROL: \_\_\_\_\_ TRIGICERIDOS: \_\_\_\_\_

**3. HABITOS ALIMENTARIOS**

¿Cuántos Alimentos realiza al Día?

- a) 1 a 2
- b) 3
- c) 3 a 5

Horario de Alimentos:

Desayuno \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_ Cana \_\_\_\_\_ Colaciones \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los alimentos que ingiere y con qué frecuencia a la semana y al día?

( ) Carnes (pollo, res, cerdo, borrego o pescado y mariscos)

A la semana \_\_\_\_\_ Al día \_\_\_\_\_

( ) Cereales (maíz, trigo, avena, centeno, cebada, amaranto, arroz y sus productos derivados como: tortillas, cereales industrializados, pan, galletas y pastas.

A la semana \_\_\_\_\_ Al día \_\_\_\_\_

( ) Frutas (ciruela, durazno, fresa, granada, guayaba, higo, mandarina, mango, manzana, melón, naranja, papaya, piña, pera, plátano, tuna, uva.

A la semana \_\_\_\_\_ Al día \_\_\_\_\_

( ) Verduras (acelgas, apio, berros, brócoli, cilantro, col, coliflor, chayote, ejote, espinaca, tomate verde, flor de calabaza, jitomate, nopales, pepinos, perejil, pimiento, rábano, romeritos, verdolagas, lechuga, betabel, calabaza, chícharo, cebolla, chile poblano, esparrago, hongos, jícama, zanahoria.

A la semana \_\_\_\_\_ Al día \_\_\_\_\_

( ) Lácteos (leche, yogurt, queso, jocoque)

A la semana \_\_\_\_\_ Al día \_\_\_\_\_

( ) Tubérculos (papa, camote y yuca)

A la semana \_\_\_\_\_ Al día \_\_\_\_\_

( ) Leguminosas (frijoles, garbanzo, alubia, soya texturizada)

A la semana \_\_\_\_\_ Al día \_\_\_\_\_

( ) Otro ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

A la semana \_\_\_\_\_ Al día \_\_\_\_\_

( ) Que tipo de aceite o grasa utiliza generalmente en casa para preparar la comida.

Aceite \_\_\_\_\_ Manteca animal \_\_\_\_\_ Mantequilla \_\_\_\_\_ Margarina \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

¿Cuántos vasos (250 ml o 1 taza) de agua simple potable consume en un día normal?

1-2 \_\_\_ 2-4 \_\_\_ 4-6 \_\_\_ 6-8 \_\_\_ 8-10 \_\_\_ 10-12 \_\_\_ No tomo agua \_\_\_\_\_

#### 4.- ACTIVIDAD FISICA.

¿Padece usted alguna enfermedad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? Indique \_\_\_\_\_

¿Sabe en qué consiste su enfermedad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún impedimento físico para realizar alguna actividad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? Indique \_\_\_\_\_

¿Realizar alguna actividad física?

¿Cual? Indique \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_

GRACIAS.



