



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON
HÁBITOS SALUDABLES EN MÉDICOS Y SU INFLUENCIA EN LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA

DRA. CINTHYA JENNIFER RAYÓN CASTAÑEDA

ASESOR

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2016.

AUTORIZACIÓN

Dr. Benjamín Acosta Cázares

Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Dra. Leonor Campos Aragón

Coordinadora de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina
Familiar No. 21

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme guiado y a mi gran familia por el apoyo incondicional que me brindaron durante estos años de ausencia, estar conmigo cuando los necesitaba y ayudarme a obtener un logro más en mi vida.

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. MARCO TEÓRICO	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	40
5. JUSTIFICACIÓN	41
6. HIPÓTESIS	41
7. OBJETIVOS	42
8. MATERIAL Y MÉTODOS	43
9. ASPECTOS ÉTICOS	52
10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO, FACTIBILIDAD	54
11. RESULTADOS	55
12. DISCUSIÓN	60
13. CONCLUSIONES	61
14. BIBLIOGRAFÍA	62
15. ANEXOS	73

1. RESUMEN

Rayón-Castañeda CJ, Campos-Aragón L. **Conocimientos, prácticas y actitudes relacionados con hábitos saludables en médicos y su influencia en la promoción de la salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21.**

Objetivo: Estimar la asociación entre el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes relacionados con hábitos saludables del médico (no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, actividad física y alimentación saludable) y la promoción de la salud que otorgan.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico, del 01 de octubre de 2015 al 30 de enero de 2016, en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron médicos adscritos a consulta externa, ambos turnos y se excluyeron a los médicos que no tenían consultorio fijo.

Resultados: Se entrevistaron 60 médicos, el 75% fueron mujeres y el 25% hombres, con una mediana de 39 años de edad. El 36.5% de los médicos se encontraba en el grupo de edad de 36 a 45 años, seguido de 28 a 35 años con un 33.3%. De acuerdo a los hábitos saludables, el 66.7% no fumaba, el 33.3% era abstemio, el 23.3% realizaba actividad física moderada y el 20% alta y tan sólo el 13.3% tenía una alimentación saludable. El hábito saludable que se otorgó con mayor frecuencia, fue la actividad física en un 95% y el que menos se otorgó fue el no tomar bebidas alcohólicas en un 66.7%. En cuanto al nivel de conocimientos, el tener un nivel de conocimientos inadecuados tuvo una RMP de 3.85 (IC95% 1.16-12.81, $p=0.023$) para no realizar promoción de no tomar bebidas alcohólicas, el no tener certificación vigente de especialidad en medicina familiar tuvo una RMP de 11 (IC95% 1.04-115, $p=0.004$) para no otorgar promoción de alimentación saludable.

Conclusiones: Un nivel de conocimientos inadecuados y prácticas poco saludables relacionados con hábitos saludables de los médicos tienen influencia en la promoción de la salud en el paciente, por lo que se debe hacer énfasis en la capacitación continua y constante en su formación, y fomentar la adquisición de hábitos saludables en éste personal primordial, que es visto como modelo a seguir por el paciente, y hacer hincapié en la promoción de la salud de los 4 hábitos saludables en todos los pacientes para evitar la aparición y el control de enfermedades crónicas.

2. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles (ENT) son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes(1).

Las ENT matan a más de 36 millones de personas cada año. Cerca del 80% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios(2). Más de 9 millones de las muertes atribuibles a las ENT se producen en personas menores de 60 años(3).

El Banco Mundial estima que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad atribuida a las principales ENT explican actualmente alrededor del 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial; cifras que se prevé aumentarán a 73% y 60%, respectivamente antes de 2020. Las consecuencias económicas de las ENT son alarmantes, se estima que las pérdidas económicas en los países de ingresos bajos y medios serán más de US\$7 trillones para el periodo de 2011-2025 (en promedio cerca de US\$500 billones por año). Por el contrario, el estudio de costos de implementación de intervenciones para prevenir ENT realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostró que estos son relativamente más bajos(4).

Las ENT son además la causa de la mayor parte de los costos evitables de la atención sanitaria. Están causadas principalmente por un conjunto de factores de riesgo comunes como el tabaquismo y la exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente, un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, la obesidad y el consumo nocivo de alcohol; reconociendo que las principales ENT—enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, y que la lucha contra las enfermedades no transmisibles puede llevar a sinergias al abordar enfermedades relacionadas, como los trastornos mentales y las enfermedades renales, bucodentales y oculares(5).

La prevención de las enfermedades constituye un desafío muy importante para la salud pública mundial. De eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían prevenir cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer(6).

Seguir una dieta saludable, realizar actividad física y evitar el consumo de tabaco pueden prevenir estas enfermedades(6) y evitarse hasta en un 80% las muertes por enfermedad cardiovascular y diabetes y un 30% de las muertes por todos los tipos de cáncer si se logra realizar actividad física al menos 150 minutos semanales,

consuman diariamente frutas y verduras, control de peso y no se expongan al humo de cigarrillo(7).

De acuerdo a las Recomendaciones La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, insta a los Estados Miembro, incluyendo a México, a seguir haciendo frente a los factores de riesgo comunes, a través de intervenciones prioritarias: 1. Control del tabaco (la prioridad más urgente e inmediata) 2. Reducción del consumo de sal 3. Mejoría en la dieta y actividad física(8).

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico: obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras(9).

Hábitos saludables

Para poder entender, sobre el tema, es necesario conocer algunas definiciones:

HÁBITOS: Se considera hábito aquella conducta que se repite en el tiempo produciendo un efecto placentero en la persona que lo realiza, pudiendo ser saludable (práctica de actividad física controlada) o no (fumar)(10).

HÁBITOS DE VIDA: Conjunto de comportamientos o aptitudes que desarrollan las personas, pueden ser saludables o dañinos para la salud y puede ser causa de muchas enfermedades(4).

HÁBITOS SALUDABLES: Son las pautas comportamentales cotidianas de la vida de una persona para la mejora de su salud. Uno de los hábitos importantes considerados como positivos para los estilos de vida saludables y su contribución al objetivo final de calidad de vida, es la práctica de actividad física, realizada de acuerdo con la frecuencia, intensidad y duración adecuada. El conocimiento de estos factores de la dinámica de los esfuerzos hará que la actividad que se realice sea más o menos saludable. Llamamos hábitos saludables a todas aquellas conductas y comportamientos que tenemos asumidas como propias y que inciden prácticamente en nuestro bienestar físico, mental y social(10).

Los principales hábitos saludables considerados por la OMS, son la actividad física, alimentación saludable, evitar tabaco y alcohol para la prevención de ENT(11).

Estudios han demostrado que los adultos de mediana edad que se cambian a hábitos saludables después de los 45 años pueden reducir los eventos cardiovasculares en un 35% en tan sólo 4 años(12).

La adhesión a hábitos saludables es un indicador importante de la salud pública y probablemente un indicador clave de las tendencias futuras de salud y los costos económicos(13).

Según Reeves y Rafferty, en el año 2000 sólo el 3% de los adultos estadounidenses estaban adheridos a 4 características de estilo de vida saludables (5 frutas y verduras al día, la actividad física regular, mantener un peso saludable y no fumar) (14) y en 2006 solo el 8%(15).

ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es definida por la OMS como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía; ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. La intensidad de las diferentes formas de actividad física varía según las personas. La OMS recomienda: en niños y adolescentes: 60 minutos diarios de actividad moderada o intensa y en adultos mayores de 18 años de edad: 150 minutos semanales de actividad moderada(16).

Desde un punto de vista cuantitativo, la actividad física se ha definido como «al menos 150 minutos de actividad física moderada por semana»(17).

Está demostrado que la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de enfermedades crónicas como cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión (18).

La OMS la considera como el factor que interviene en el estado de la salud de las personas, y la define como la principal estrategia en la prevención de la obesidad (19).

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea(20). A pesar de los beneficios bien reconocidos de la actividad física, millones de personas son físicamente inactivos. Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte “pasivos” también ha reducido la actividad física(21).

Aproximadamente 3.2 millones de personas mueren cada año debido a la inactividad física (16). Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo)(22).

A nivel mundial, 31.1% de los adultos son físicamente inactivos. De acuerdo a un estudio, la frecuencia de inactividad varía mucho entre regiones que pertenecen a la OMS: 27.5% de las personas son inactivos en África, 43.3% en las Américas, 43.2% en el Mediterráneo oriental, 34.8% en Europa, 17% en el sureste de Asia, y

33% en el Pacífico occidental. Siendo las mujeres más inactivas con un 33.9% en comparación con los hombres con un 27.9 % (23).

En Nuestro país, de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT) 2012, se estimó que en adultos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente en los últimos seis años en un 6% (24) siendo de 19.4% en 2012, en comparación con el 2006 que fue de 13.4% (25).

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La alimentación es saludable cuando favorece el buen estado de salud y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con ella. Una alimentación saludable debería cumplir los siguientes objetivos:

- Asegurar que el beneficio global de sus recomendaciones sea superior a cualquier peligro potencial en los grupos poblacionales a las que van dirigidas.
- Aportar una cantidad de calorías suficiente como para llevar a cabo los procesos metabólicos y de trabajo físico necesarios.
- Suministrar suficientes nutrientes con funciones plásticas y reguladoras.
- Favorecer el mantenimiento o consecución del peso ideal.
- Favorecer el equilibrio entre las cantidades de cada uno de los nutrientes entre sí. Es recomendable un aporte de hidratos de carbono del 45-65% del aporte calórico total; de grasas no superior al 20-35% de las calorías diarias y un 10-35% en forma de proteínas de alto valor biológico (26).
- Reducir el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

Las frutas y las verduras son componentes esenciales de una dieta saludable, y un consumo diario suficiente podría contribuir a la prevención de enfermedades importantes, como las cardiovasculares y algunos cánceres. En general, se calcula que cada año podrían salvarse 1,7 millones de vidas si se aumentara lo suficiente el consumo de frutas y verduras.

Un informe de la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), publicado recientemente recomienda como objetivo poblacional: la ingesta de un mínimo de 400 g diarios de frutas y verduras (excluidas las patatas y otros tubérculos feculentos) para prevenir enfermedades crónicas como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes o la obesidad, así como para prevenir y mitigar varias carencias de micronutrientes, sobre todo en los países menos desarrollados (27). Ese efecto protector estaría mediado por diversos mecanismos, en los que intervendrían en particular antioxidantes y otros micronutrientes, como flavonoides, carotenoides, la vitamina C y el ácido fólico, además de la fibra alimentaria. Estas y otras sustancias bloquean o suprimen la acción de los carcinógenos y, por su acción antioxidante, previenen las lesiones oxidativas del

ADN(28). Además, el aumento de su consumo puede ayudar a desplazar los alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares o sal(29).

Reconociendo las pruebas científicas cada vez más numerosas de que la ingesta insuficiente de frutas y verduras es un factor de riesgo fundamental de varias ENT:

- La ingesta insuficiente de frutas y verduras es uno de los 10 factores principales de riesgo de mortalidad a escala mundial.
- Se calcula que la ingesta insuficiente de frutas y verduras causa en todo el mundo aproximadamente un 19% de los cánceres gastrointestinales, un 31% de las cardiopatías isquémicas y un 11% de los accidentes vasculares cerebrales.(30)

De acuerdo a la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, que incluye la iniciativa de aumentar la producción y el consumo de frutas y verduras, una de las recomendaciones es el consumo de por lo menos cinco porciones diarias de estos alimentos, estrategia conocida como cinco al día(31).

El consumir al menos 3 raciones/día de cereales integrales puede reducir el riesgo de enfermedad coronaria, la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 y favorecer el mantenimiento del peso, disminuye el riesgo coronario en un 30% o más, independientemente de otros comportamientos saludables del estilo de vida.

La ingesta de lácteos protege contra la osteoporosis. Toda la población se beneficia de un consumo adecuado en el contexto de una alimentación saludable, por sus efectos sobre el hueso y el descenso de riesgo de diversas enfermedades.

Reducir o modificar el aporte de grasa para conseguir un perfil lipídico más cardiosaludable, reducir o modificar la ingesta de grasa disminuye significativamente la incidencia de eventos cardiovasculares combinados.

Consumir pescado rico en ácidos grasos omega-3 o suplementos de dichos ácidos grasos se asocia con un menor riesgo de enfermedad coronaria, de mortalidad global y por coronariopatía, de arritmia ventricular fatal y muerte súbita. Este consumo disminuye la mortalidad cardiovascular y total, el infarto de miocardio no fatal y el ictus en prevención secundaria(26).

NO FUMAR

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable a nivel mundial, es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Es responsable de seis millones de muertes anuales, de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600.000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios(32)

Los estudios estiman que de cada cien fumadores que mueren, cincuenta lo harán por causas relacionadas al tabaco y veinticinco perderán entre 20 a 25 años de vida potencial, si no se toman medidas al respecto la cifra de muertes podría duplicarse para el 2030(4).

En los países industrializados, donde el hábito de fumar ha estado muy extendido, se estima que el tabaquismo origina más del 90% de los cánceres de pulmón en los hombres y aproximadamente el 70% en las mujeres. Además, en esos países las fracciones atribuibles se sitúan entre el 56% y el 80% en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas, y en el 22% para las enfermedades cardiovasculares. En porcentajes mundiales, se estima que el tabaquismo provoca aproximadamente el 4.1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos (59,1 millones)(28).

En México existe una prevalencia de tabaquismo del 23.6 % en personas de 12 a 65 años de edad de acuerdo a reportes de la Encuesta Nacional de Adicciones en 2011, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores, por sexo, el 34.6% (11 millones) de los hombres y el 13.5% (4.6 millones) de las mujeres fuman(33).

NO TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS

En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD). El consumo de alcohol provoca muerte y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida. Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos dimensiones del consumo de alcohol separadas, aunque relacionadas, a saber: el volumen total de alcohol consumido, y las características de la forma de beber. El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados. (34).

En nuestro país, la prevalencia del consumo de alcohol en adultos mayores de 20 años de edad es del 53.9%, incrementando aproximadamente un 20% desde el 2006 al año 2012, de acuerdo a lo informado por la ENSANUT 2012 (24).

PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Es considerada una poderosa estrategia de Salud Pública. (35).

La promoción de la salud es el proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud.

El historiador alemán Henry Sigerist, en 1946 fue el primero en usar la palabra promoción de la salud. "La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación".

El Informe Lalonde es un informe formalmente titulado "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses" de 1974, que fue anunciado por Marc Lalonde, Secretario de Salud y Bienestar de Canadá y en el cual por primera vez se resalta que si queremos mejorar la salud de la población, tenemos que mirar más allá de la atención de enfermedad. Su reporte destaca cuatro grupos de los determinantes de la salud: la biología y genética, el medio ambiente y los entornos, los estilos de vida y el sistema de salud. Cada uno determina la salud en un 27%, 19%, 43% y 11%, respectivamente.

Desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que se llevó a cabo en 1978 en Alma Ata, Rusia, las Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud consecuentes, así como las resoluciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS) han marcado el camino y directrices sobre el desarrollo de Promoción de la Salud en el mundo.

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 dice que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar

habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

Las posteriores conferencias internacionales de la OMS celebradas en Adelaida, Australia (1988), Sundsvall, Suecia (1991), Yakarta (1997) y México D.F. (2000) proporcionaron indicaciones y orientación para los gobiernos sobre las medidas a tomar para abordar los determinantes de la salud con miras a lograr la salud para todos.

La Carta de Bangkok, producto final de la 6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 2005, brinda una nueva orientación para la promoción de la salud preconizando políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado, a fin de asumir que la promoción de la salud se incluya en la agenda de desarrollo mundial, que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos, que forme parte de las buenas prácticas institucionales, y que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil.

El Llamado a la Acción de la 7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Nairobi (2009) Kenya, identifica estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud. La promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograr las metas internacionales y nacionales de salud, por ejemplo, las Metas de Desarrollo del Milenio. A través de implementar la promoción de la salud se crean sociedades más justas que permitan que las personas puedan llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando su control sobre su salud y los recursos necesarios para el bienestar(37).

LAS 5 FUNCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la Carta de Ottawa quedaron establecidas las cinco funciones básicas necesarias para producir salud:

A) DESARROLLAR APTITUDES PERSONALES PARA LA SALUD

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

B) DESARROLLAR ENTORNOS FAVORABLES

La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante. Además procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

C) REFORZAR LA ACCIÓN COMUNITARIA

La promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

D) REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD

La promoción de la salud impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.

También contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos, y las respeten.

Asimismo impulsa que los programas de formación profesional en salud incluyan disciplinas de promoción y que presten mayor atención a la investigación sanitaria.

Por último, aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

E) IMPULSAR POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población(37).

MODELOS TEÓRICOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La promoción de la salud ha adaptado ideas de las ciencias sociales y del comportamiento para ajustarlas a las inquietudes de los trabajadores de salud pública.

Estas teorías cognitivo-sociales y del comportamiento se convierten en un arma indispensable para el profesional de la salud pública. Aunque la utilización de teorías no garantiza el éxito de una intervención, sí proporciona toda una estructura sobre la que apoyar su planificación, ejecución y evaluación. Para muchos la utilización de teorías en promoción de salud supone una herramienta valiosa en la identificación y entendimiento de los elementos que afectan las conductas relacionadas con la salud, y nos dicen cómo esos elementos concurren. Las teorías pueden ayudar también al profesional de la salud a predecir y resolver situaciones novedosas, que nunca antes ha experimentado, porque identifican los factores que conllevan a situaciones particulares bajo condiciones específicas(38).

Las teorías se encuadran en una perspectiva ecológica que gira en torno a dos ideas clave para contribuir a guiar las intervenciones de salud. En primer lugar, los comportamientos asociados a la salud afectan y reciben el efecto de múltiples niveles de influencia: factores individuales, factores interpersonales, factores institucionales, factores comunitarios y factores de política pública. La segunda idea clave reconoce que existe una influencia recíproca entre las personas y el ambiente en el que se mueven: la conducta influye en el ambiente social donde tiene lugar y viceversa.

MODELOS DE NIVEL INDIVIDUAL

Las teorías que se centran en la persona reconocen que el comportamiento no tiene lugar en el vacío, sino que está influido por el contexto en el que se desarrolla.

Los modelos conductistas indican que la capacidad y la disposición de la persona para adoptar comportamientos más sanos depende de sus características personales: nivel de conocimiento, habilidades, percepciones, creencias, valores, móviles, grado de auto eficacia (“¿puedo hacer esto?”) y autoestima (“¿merezco estar sano?”), así como de su necesidad de recibir aprobación de los demás. También son importantes las características personales (como la audacia o la timidez) y los factores genéticos (como la predisposición a la depresión o al alcoholismo). De hecho la persona es la unidad más básica de la promoción en salud. Todos los demás niveles (grupos, instituciones, comunidades y naciones) están formados por una serie de personas, que pueden verse influidas en las decisiones de su vida cotidiana. Pero al influir sobre ciertas personas (quienes rigen naciones, organizaciones, dirigen a sus compañeros, crían a niños, o establecen políticas sanitarias) también se termina por influir sobre otros.

En la práctica un gran porcentaje de los profesionales de la salud pasa mucho tiempo relacionándose en forma directa con la gente, ya sea asesorando o dando instrucciones a los pacientes. Los materiales educativos, como los folletos y carteles que vemos en las clínicas de salud, van dirigidos al individuo; a diferencia de los medios de comunicación masiva, que entran en contacto con un gran número de personas en forma simultánea. Es decir, el modelo que generalmente se aplica en muchos sitios, aunque se concentra en el cambio individual, es por sí solo insuficiente para lograr un cambio de comportamiento amplio y sustentable.

Los modelos a nivel individual, como las etapas de cambio y los modelos de creencias de salud tienen que formar parte, o al menos ser consistentes, con otras teorías y enfoques de mayor alcance.

Modelo Etapas de cambio

El Modelo de etapas de cambio surgió de los esfuerzos de lucha contra el tabaquismo y el tratamiento de la adicción al alcohol y las drogas en los Estados Unidos, pero se ha aplicado a otra serie de comportamientos en salud. La premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso, no un acto aislado, y que las personas tienen diferentes niveles de motivación y voluntad de cambio. Según los diferentes puntos del proceso de cambio en que se encuentre la persona, así se pueden aplicar diversas intervenciones que coincidan con su situación en ese momento (39).

También denominado modelo transteórico desarrollado por Prochaska y DiClemente, es uno de los modelos más populares en estos momentos, lo que puede deberse a que es muy aplicable e intuitivo. Reconoce que tratar a todas las personas del mismo modo diluye el impacto de las intervenciones y propone tratarlas de forma adaptada. Concreta el proceso de cambio en etapas: la precontemplación (período en que el individuo no tiene intención de emprender la acción en los siguientes 6 meses); la contemplación (piensa emprender la acción en los próximos 6 meses); la preparación para la acción (piensa emprender la acción en los próximos 30 días); la acción (ha cambiado la conducta hace menos de 6 meses) y el mantenimiento (ha cambiado la conducta hace más de 6 meses). El modelo transteórico se ha utilizado en múltiples campos, por ejemplo en la promoción del uso de métodos anticonceptivos y de preservativos, o el estudio de los determinantes de consumo de frutas y verduras en EE.UU.(40).

Este modelo nos ayuda a explicar por qué las personas que trabajan en una empresa pueden no desear participar en programas para dejar de fumar que ofrezcan sus empleadores. El modelo ayuda a los profesionales de la salud a establecer un programa contra el tabaquismo que entre en contacto con los fumadores en las diversas etapas del proceso de cambio. Las personas en esta

primera etapa (en que desconocen el riesgo o piensan que no les afecta) necesitan información y formas de entender el peligro. Otros puede que necesiten contemplar su intención de dejar de fumar. Los que ya hayan tomado la decisión de abandonar el cigarro, se beneficiarán de un plan específico, paso por paso, para romper hábitos, como no fumar después de la comida y frecuentar bares donde haya mucho humo de tabaco; y los que ya hayan cambiado necesitarán apoyo social y críticas constructivas. Para mantener su abstinencia al tabaco, las personas necesitan el refuerzo periódico por parte de los profesionales que los estén ayudando, así como evitar en todo momento los factores que los conducen a reincidir. La persona que reincide básicamente está regresando a una etapa anterior y necesita la ayuda correspondiente(39).

Modelo de creencias de salud.

En 1950 un grupo de psicólogos que trabajaban para el Servicio de salud pública de los Estados Unidos diseñaron un marco conceptual sobre comportamientos de salud que actualmente es uno de los modelos en salud que ha recibido mayor reconocimiento, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades(38). Los psicólogos estaban interesados en aumentar el uso de servicios preventivos y detección temprana, como los de vacunación y los rayos-X de tórax para detectar tuberculosis. Su teoría se basaba en el concepto de que las personas tienen miedo de contraer enfermedades serias, y que los comportamientos asociados a la salud reflejan el nivel de peligro que se percibe y la reducción del miedo que la persona espera lograr al tomar una acción concreta. Este cálculo incluye la percepción de si el beneficio del cambio de comportamiento supera los obstáculos psicológicos y prácticos al mismo. Es decir, las personas llevan a cabo una evaluación individual del beneficio neto del cambio de comportamiento y deciden si van a actuar en consecuencia o no(39).

El modelo de creencias de comportamiento identifica cuatro aspectos de esta evaluación: la exposición que se cree tener al problema de salud (percepción del riesgo), lo grave que se considera el problema de salud, los beneficios que se esperan lograr del cambio de comportamiento, y los obstáculos que se cree existen que no permiten tomar una acción. La combinación ideal de estas percepciones hace que la persona esté dispuesta a actuar.

Éste modelo también puede ayudar a identificar formas de impulsar el cambio. Un fumador, que piense que es incapaz de dejar de fumar puede recibir información específica sobre las técnicas que han dado buenos resultados, y se le debe motivar para que participe en un programa que le ayude a abandonar el hábito de fumar.

TEORÍAS DE COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL ASOCIADAS A LA SALUD

Los contextos interpersonales son importantes. El comportamiento, las ideas, los consejos de los demás, y su ayuda o falta de esta, su aliento o sabotaje juegan un papel importante en los comportamientos asociados a la salud. El círculo de influencia de la persona incluye los seres más cercanos, como familiares, amigos y pares, y puede incluir también compañeros de trabajo, profesionales médicos, y personas con las que uno se identifique, o a las que se admire. La dinámica es recíproca: las personas se ven influidas e influyen en los demás.

Teoría del aprendizaje social

Para lograr entender y cambiar comportamientos poco saludables, la teoría del aprendizaje social analiza las influencias psicosociales que surgen de la interacción de algunos factores, así como del ambiente social y la experiencia. Si bien es cierto que el ambiente físico y social perfila la conducta, las personas no son entes pasivos en este proceso, sino que a su vez pueden influir sobre su propio ambiente, en una dinámica de reciprocidad. Por ejemplo, las personas pueden correr riesgo por estar expuestas a altos niveles de paludismo en el sitio donde viven, pero también pueden reducir su propio riesgo si utilizan mosquiteros tratados con insecticida, o pueden contribuir a la reducción del riesgo a un nivel más amplio si movilizan a la comunidad para formar un grupo de presión (o se adhieren a uno ya existente) para lograr que el gobierno drene los lugares de reproducción de los mosquitos. Otra premisa es que la gente aprende no sólo de sus propias experiencias, sino también observando las acciones de los demás y el resultado de las mismas. La teoría resalta la capacidad conductual: la persona tiene que saber qué hacer y cómo hacerlo, por lo que se necesitan instrucciones claras, e incluso en ocasiones incluir capacitación, pero puede que esto no sea suficiente. La teoría del aprendizaje social considera que la auto eficacia (la confianza que la persona tiene en su capacidad para alcanzar el cambio deseado) es de suma importancia para adoptar comportamientos saludables, y recomienda tres enfoques para reforzar esta posibilidad: establecer metas pequeñas, incrementales: cuando alguien logra una meta pequeña, su autoeficacia se eleva, y dar primero un paso, y luego otro, hace que el objetivo parezca alcanzable; contrato para el cambio: al establecer un acuerdo formal que especifique los objetivos y el premio (“el incentivo”) la persona y el grupo reciben sugerencias, orientación y reconocimientos en sus logros; auto vigilancia: la retroalimentación que se logra mediante algún tipo de auto vigilancia, como llevar un diario del cambio, puede reforzar la resolución de cambiar la conducta y elevar la confianza en la propia capacidad para alcanzar lo propuesto. Finalmente, al aplicar refuerzos positivos intermitentes durante un largo período de

tiempo se contribuye a mantener el comportamiento deseado una vez que se incorpora.

MODELOS A NIVEL COMUNITARIO

Uno de los objetivos principales de la salud pública es diseñar intervenciones de promoción de la salud que permitan entrar en contacto con comunidades enteras o grupos específicos, en lugar de actuar a nivel individual. La salud de las comunidades puede mejorarse mediante políticas como el seguro médico universal, programas como las consultas prenatales para las mujeres de escasos recursos, y las acciones de la propia comunidad, como organizarse para exigir mejores servicios de salud. Las acciones de la comunidad también pueden servir para abordar problemas sociales, como la desigualdad entre los sexos, y problemas como la cercanía a zonas pantanosas de paludismo. Los modelos a nivel comunitario analizan cómo funcionan los sistemas sociales, y cómo pueden movilizarse con vistas al cambio las comunidades y organizaciones que los apoyan, así como las autoridades normativas que los controlan.

Movilización comunitaria

La movilización comunitaria es “el proceso mediante el cual se ayuda a grupos de la comunidad a identificar problemas o metas en común, movilizar los recursos necesarios, y elaborar y aplicar estrategias para alcanzar sus objetivos”. Debido a que las comunidades están insertadas en contextos sociales y políticos más amplios, el proceso también se denomina “movilización social”, considerando que pueden participar en el mismo todos los niveles de influencia, inclusive la política pública. La movilización comunitaria exige la participación activa de los miembros de la misma para evaluar los riesgos de salud y actuar en consecuencia para reducirlos. La potenciación de la comunidad es un componente esencial de este modelo, como parte del proceso de crear un ambiente de cambio, lo que significa aprovechar los aspectos culturales positivos, y el espíritu y el talento que en ocasiones no se aprecia en los pobres y otros grupos vulnerables.

Una de las mayores dificultades para movilizar a las comunidades es crear un consenso de grupo en torno a los problemas más acuciantes como la falta de saneamiento y decidir qué hacer en cuanto a ello.

Teorías de cambio institucional

Los expertos definen a las organizaciones como sistemas sociales complejos, con varios niveles y con recursos, miembros, roles, intercambios y culturas particulares. Han existido innumerables intentos por mejorar el desempeño de una categoría institucional: los sistemas de salud. También existen otras organizaciones que influyen en la salud. Las teorías de cambio institucional ayudan a identificar formas

de influir sobre la adopción y la institucionalización de políticas y programas que promueven la salud al interior de las organizaciones.

Teoría de la difusión de innovaciones

Esta teoría examina cómo las ideas, productos y conductas novedosas terminan por convertirse en la norma. Esta teoría se puede describir como una “mezcla de todo lo antes expuesto” porque trata sobre el cambio a todos los niveles (individual, interpersonal, comunitario e institucional) e integra las teorías sobre el comportamiento, especialmente la teoría de redes sociales. Se concentra en un cambio de conducta amplio. La teoría de difusión de innovaciones describe cómo dichas innovaciones se diseminan de forma natural mediante redes sociales y analiza cómo el uso de redes de difusión ayuda a planificar cambios de conducta a gran escala. Cuatro elementos principales determinan si la innovación va a ser exitosa: la naturaleza de la misma, el tipo de medios de comunicación disponibles, el tiempo que se toma para su adopción, así como las características del sistema social en que se disemina.

Por último el modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, la cual es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida, teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente(39).

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así: la primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si

ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad(41).

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON HÁBITOS SALUDABLES

A pesar de la cantidad de información y evidencia de los efectos positivos y de la importancia de los hábitos saludables, muchas personas aún no deciden iniciar un cambio, o cuando deciden hacerlo les cuesta permanecer en éste. De ahí la importancia de conocer los factores asociados con la toma de decisiones que implica iniciar un cambio y mantenerse en él.

A mediados de los años 70 se empezaron a hacer estudios para conocer qué influencia ejercían en la salud los diferentes determinantes, con la intención de enfocar los planes de salud hacia los aspectos que más influenciaban en ella. Así se pudo conocer que el determinante de salud de mayor peso eran los hábitos de vida, y que a su vez, era el que disponía de menos recursos, a pesar de que las enfermedades causadas por los hábitos no saludables ocasionaban al sistema de salud un elevado costo económico(4).

En los últimos años, se ha aumentado la evidencia científica, alrededor del tema de hábitos saludables y la prevención de enfermedades crónicas. Este crecimiento de investigaciones justifica la necesidad que tienen las sociedades de generar cambios comportamentales en los hábitos de vida, con el fin de mejorar el bienestar y calidad de vida a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la carga que esto representa a nivel social, cultural, educativo, psicológico, ambiental y económico, da respuesta a los llamados nacionales e internacionales de generar estrategias intersectoriales que conduzcan a cambios comportamentales relacionados con un estilo de vida más saludable (6).

Las actitudes son estados de disposición mental y nerviosa, organizados mediante la experiencia, en que ejercen un influjo directivo o dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones, comporta una preparación de la persona para actuar de una manera o de otra ante cada objeto y por lo tanto la transitoriedad de cada comportamiento queda anclada en la estabilidad de los que son disipaciones del personal(42).

La modificación de conductas de salud implica, fundamentalmente un cambio en el estilo de vida de las personas, en respecto a sus actitudes(43).

La adquisición y mantenimiento de hábitos saludables como principal objetivo de los programas de prevención y promoción de salud, en ocasiones no tienen el impacto esperado, debido principalmente a que se han dejado de lado los aspectos particulares (como las prácticas) de un grupo poblacional. Esto implica alcanzar un mejor conocimiento para intervenir de manera más efectiva a nivel individual y comunitario. De acuerdo con lo anterior, es indispensable la identificación de conocimientos, prácticas y actitudes en determinados grupos sociales para implementar planes eficaces que incluyan el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas pertinentes y adecuados encaminados a la educación, prevención, promoción, mantenimiento y acrecentamiento de la salud(44).

El estudio de los hábitos de vida relacionados con la salud y la enfermedad se ha abordado desde varias perspectivas metodológicas, dentro de las cuales predominan las socioculturales. En este sentido, se retoma la postura que los hábitos saludables no sólo involucran acciones o comportamientos individuales, sino que en aquéllos son importantes los factores sociales y culturales (tradiciones, valores, creencias, percepciones, hábitos, conductas y comportamientos) que determinan en cierta medida las conductas de los grupos(45).

MÉDICOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es considerada una estrategia de los profesionales de la salud para lograr cambios positivos en los comportamientos de los pacientes(46-47).

La modificación de los hábitos, reduciría los resultados negativos para la salud, pero tal acción requiere la intervención en los diferentes niveles (político, social, comunitario, individuo). Las intervenciones conductuales en la práctica han demostrado su eficacia. Todas estas intervenciones incluyen asesoramiento profesional, en el que la consejería médica juega un papel importante(48).

A pesar del efecto positivo de la consejería médica en hábitos poco saludables, su éxito depende de los médicos motivados y el conocimiento adecuado.

Los profesionales de la salud desempeñan un papel central en la promoción de la salud y estilo de vida de la información hacia los pacientes, así como hacia la población en general, y se ha demostrado que los propios hábitos de vida pueden influir en las actitudes y prácticas de asesoramiento hacia los pacientes(49).

La consejería médica es considerada una de las actividades más rentables de promoción de la salud(50).

La promoción de la salud se considera un elemento importante de la función de los profesionales de la salud, sin embargo, parece que con frecuencia carecen conocimientos necesarios para proporcionar asesoramiento en materia de modificaciones de estilo de vida saludables a sus pacientes. Estudios anteriores han indicado que los médicos pueden participar en hábitos de vida más saludables que la población general. Practicar un comportamiento saludable demostró ser el predictor más consistente y de gran alcance de los médicos para asesoramiento a los pacientes sobre temas relacionados con prevención. Por ejemplo, se encontró una asociación entre el consumo de grasa de los médicos y su probabilidad de aconsejar a los pacientes sobre la reducción del colesterol a través de cambios de estilo de vida. Por lo tanto, una de las estrategias utilizadas para promover la confianza entre los profesionales de la salud es, centrándose en el individuo, siendo el profesional de la salud, como la fuente del cambio(51).

Profesionales de la salud están en una posición ideal para promover y mejorar la salud y el bienestar de los individuos, familias y comunidades. Ellos son capaces de llegar a grandes proporciones de la población, ya que a menudo son vistos como modelos a seguir por parte de sus pacientes, y como tal, se espera que practicar lo que “predican”. Sin embargo, las interacciones con los pacientes y el nivel de intervención y la atención prestada a los pacientes pueden ser determinadas por una variedad de factores, incluyendo las actitudes de los profesionales de la salud creencias, y conocimientos(52)

Existe una alta prevalencia de opiniones de que la mayoría de los médicos no dan suficiente prioridad o tiempo para la discusión de factores de estilo de vida y sus cambios necesarios en el mantenimiento de una vida saludable(53).

Es claro que muchos médicos reportan dificultades para realizar consejería sobre promoción de la salud a los pacientes sobre los comportamientos que ellos mismos no practican, sus propios comportamientos de salud pueden afectar su capacidad para involucrar a sus pacientes en conductas saludables. Existe un aumento en las tasas de consejería de prevención, cuando los profesionales de la salud tienen hábitos saludables de sí mismos, los pacientes se vuelven más receptivos a la consejería de promoción de la salud, y son más propensos a discutir comportamientos preventivos con sus pacientes(54-55)

Algunos estudios han sugerido que los propios hábitos de salud de los médicos pueden ser predictores del grado en que se abordan temas de salud preventiva(56).

A pesar de ello, los médicos con mayor frecuencia identifican la falta de tiempo y de una supuesta falta de interés entre los pacientes como barreras importantes para la prevención, sobre todo cuando la intervención en cuestión implica el asesoramiento, en lugar de la simple ordenación de una prueba diagnóstica (por ejemplo, un análisis de sangre para medir el nivel de colesterol)(57). La creencia negativa más común o

actitud que considera el profesional de la salud es que discutir sobre algún tema como por ejemplo fumar tomaba demasiado tiempo y la falta de confianza para participar en estos debates(58).

Los profesionales de la salud parecen estar bien posicionados para transmitir información relacionada con la nutrición a los pacientes, dado su prestigio profesional y el papel de proporcionar asesoramiento médico y de salud(59).

Sin embargo no se ha logrado alcanzar plenamente a los innumerables problemas de salud por ejemplo, el asociado a una alimentación poco saludable. Las limitaciones mencionadas e inconsistencias en la evidencia empírica acerca de la nutrición y de la falta de atención en la educación médica puede estar influenciada en gran medida por las actitudes de los profesionales de salud(59). Además los estudios sugieren que cuando se proporciona la intervención de hábitos saludables que tiende a limitarse a pedir y dar consejos sobre los riesgos para la salud del comportamiento en lugar de la prestación de asistencia, derivación o seguimiento necesarios para apoyar el cambio de comportamiento(60)

La mayoría de los estudios sobre los médicos y asesoramiento nutricional mostró que los médicos de atención primaria, aunque de apoyo, no prestan servicios de nutrición a sus pacientes(61).

Autores indican que las actitudes, conocimientos, y comportamientos de los profesionales son considerados como instrumentales en pacientes para motivar y apoyar a ser más activos físicamente, y argumentan que ha habido una falta de investigación en este ámbito, ya que se ha sugerido que los médicos tienen un conocimiento insuficiente sobre los beneficios de la actividad regular para poder dar un asesoramiento eficaz, sin embargo hay estudios que demuestran que si cuentan con los conocimientos suficientes y a pesar de ello no se otorgan(62-63).

En cuanto a tabaquismo, una de las estrategias para reducir el número de muertes relacionadas con el tabaco es fomentar la participación de los profesionales de la salud en la prevención del consumo de tabaco y el asesoramiento para dejar de fumar a los pacientes(64).

A pesar de la evidencia sobre la efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones de tabaco, varios estudios han demostrado que los médicos no realizan rutinariamente las intervenciones recomendadas. Por otra parte, los estudios anteriores han encontrado que las características relacionadas con los médicos pueden ser barreras importantes para la prestación de intervenciones eficaces de tabaco(65).

Los profesionales de la salud fuman tanto como la población en general, entre los profesionales de la salud existen altas prevalencias de tabaquismo a nivel mundial, en médicos chinos de un 26 a un 61%(66), 63% en Filipinas y el 62% en México(67).

Esto puede comprometer su capacidad para tratar y asesorar eficazmente a sus pacientes que fuman(68).

En un estudio realizado por Abdullah reportó que las creencias más positivas y más alto nivel de confianza se asoció con preguntar y aconsejar a los pacientes a dejar de fumar. Esto indica la necesidad de formación profesional para hacer frente a las creencias de los médicos, las actitudes y los niveles de confianza en relación con el abandono del tabaco(68).

El contexto social, puede desempeñar un papel en el mantenimiento de la conducta de fumar y dejar de fumar. Por eso la importancia de investigar las actitudes y prácticas en el profesional de la salud, ya que puede impactar sobre el comportamiento del paciente(69).

También es esencial comprender las perspectivas de los pacientes, en particular sobre la pertinencia, aceptabilidad y el impacto de la intervención personal de los profesionales de la salud con el asesoramiento de hábitos saludables durante la consulta de rutina. Algunos estudios cualitativos están empezando a arrojar un poco de luz sobre estas cuestiones. La investigación adicional centrada en el paciente también puede dar datos sobre la validez (o no) de cada una de las opiniones de los respectivos grupos profesionales sobre su eficacia en la motivación de los pacientes a tener hábitos más saludables(70).

Problemas o preocupaciones planteadas por los pacientes también pueden introducir nuevas demandas que compiten con la prevención como un elemento en la agenda de discusión durante un encuentro de atención de la salud, independientemente de la convicción de los médicos que las actividades de prevención de enfermedades o de promoción de la salud son importantes. Los conocimientos y actitudes de los médicos son a menudo vistos como características cambiantes. A pesar de la prevalencia de este enfoque en el pasado, la fuerza y la consistencia de una relación entre las características de actitud y la atención preventiva no ha sido examinado por completo. Los pocos estudios que abordan esta asociación han hecho sin tener en cuenta los atributos relacionados con el paciente, los motivos de la visita, o características prácticas que podrían influir en la entrega de atención preventiva y actuar como factores de confusión. Por otra parte, las medidas de la variable principal, la prestación de servicios de prevención, se han basado en el informe médico, una fuente inexacta de información. La mayoría de los estudios se basan en gran medida de auto-informe de los médicos para proporcionar una estimación de la proporción de sus pacientes que reciben servicios preventivos específicos. Trabajos anteriores sugieren que este enfoque presenta la posibilidad de sesgo, con base en la evidencia de que los médicos erróneamente estiman la frecuencia de los servicios preventivos que proporcionan(71).

Según un estudio llevado a cabo en la adherencia de los pacientes a los estilos de vida saludables y los procesos sociales y psicológicos que impregnan la relación médico-paciente, sólo el 25% de los pacientes realiza los consejos del médico con los cambios respecto del estilo de vida, tales como restricciones en la dieta y dejar de fumar, entre otros. Por otra parte, el estudio realizado por Durán et al (72) revelaron una adecuada ingesta de macronutrientes en torno al 60% de las personas que hicieron ejercicio físico(73).

Sin embargo hay estudios, realizados en los pacientes, que reportan una baja tasa de consejos de hábitos saludables, solo un 6% ha recibido promoción de alimentación, 4% de fumar y un 2% sobre el consumo de alcohol. Lo que implica que el consejo más preventivo debe ser proporcionado en la asistencia primaria(74).

La literatura reporta que las acciones identificadas promoción de la salud han contribuido a mejorar la calidad de vida en las personas mayores, ya que estimulan la participación, la interacción y el empoderamiento de los individuos. Al considerar la importancia de la adhesión a formas más saludables de vida frente a los perfiles de salud de los usuarios de servicios, se hace indispensable crear estrategias que apuntan a tener más participación por parte de los profesionales de la salud en su aplicación y para incentivar a estos profesionales a tomar cualificaciones prácticas en el asesoramiento de atención médica. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta tanto los obstáculos para la adherencia reportada por los usuarios del servicio y de las dificultades experimentadas por los profesionales de la salud en su aplicación en el trabajo diario y la vida. Muy a menudo, estas dificultades están relacionadas con la falta de tiempo, el conocimiento teórico-práctico, la dificultad inherente a la adopción de formas más saludables de vida y la percepción de los pacientes sobre la adhesión a los consejos. Por lo tanto, las intervenciones de atención primaria que mejoran la prestación de servicios preventivos son una parte importante de una estrategia de salud pública para contener las consecuencias sanitarias y económicas de la morbilidad y mortalidad evitables(71).

Describiendo un estudio que midió las tasas de detección de cáncer de los médicos de familia y comparó las medidas obtenidas a través de auto-informes del médico, reporte resultados documentado, y encuestas a los pacientes, en donde se reportó que los médicos refieren que si realizan con mayor frecuencia en comparación con lo reportado por el paciente y en reporte, por lo que se debe tomar con precaución los informes de los médicos. (75), es por ello que las investigaciones deberían basarse en el reporte del paciente.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL(IMSS)

El modelo de atención a la salud del IMSS, es de carácter integral y por ello incluye la prevención, curación y rehabilitación. Sin embargo, el énfasis ha estado en la atención al daño, principalmente en la atención hospitalaria, tanto del segundo como del tercer nivel. Esto se ha expresado en deficiencias estructurales de las unidades de medicina familiar del primer nivel y con frecuencia en insuficiente calidad de los servicios que otorgan. Ahí, la prioridad también ha sido la atención al daño y poco se han desarrollado los servicios preventivos, con excepción de programas como el de vacunación, hidratación oral y planificación familiar, que han tenido gran impacto en la salud y demografía del país(76).

Para fortalecer la atención preventiva, el IMSS llevó a cabo un análisis de la situación de la forma en que se proporcionaban estos servicios. El análisis mostró: 1) la falta de coordinación para proporcionar una atención preventiva. Había > 30 programas preventivos aislados (es decir, el programa de vacunación, el programa de planificación familiar, programa de cribado de cáncer de cuello uterino, y así sucesivamente). Estos programas estaban compitiendo entre sí por los recursos y el personal; 2) lagunas en el sistema de información de salud que no pudo proporcionar cifras exactas en cuanto a su cobertura. Para hacer frente a estas deficiencias, la institución desarrolló el programa PREVENIMSS (el acrónimo español para el Programa de Atención Preventiva Integrada IMSS) que apunta a mejorar la prestación del servicio, y al evaluar el progreso de la cobertura de los servicios de atención preventiva (77). Se trata de una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco grandes programas:

- Salud del Niño (menores de 10 años)
- Salud del Adolescente (de 10 a 19 años)
- Salud de la Mujer (de 20 a 59 años)
- Salud del Hombre (de 20 a 59 años)
- Salud de Adulto Mayor (60 y más años) (76).

Actualmente se realiza la promoción de la salud (16 componentes: alimentación correcta, actividad física salud bucal, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención y tratamiento de adicciones, violencia intrafamiliar y de género, prevención de accidentes, infecciones de transmisión sexual, prevención de tuberculosis, prevención de cáncer cervicouterino y mamario, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias, entorno favorable a la salud,

dueños responsables con animales de compañía, cultura para la donación de órganos, incorporación a grupos de ayuda mutua), en donde el personal médico, enfermería, trabajo social, estomatología, nutricionista-dietista y promotores de salud son los responsables de realizar las actividades de estos componentes(78).

Las enfermedades relacionadas con los hábitos de vida están aumentando, y las enfermedades de hoy en día, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes están alcanzando proporciones epidémicas en todo el mundo por lo que las estrategias exitosas para promover hábitos de vida más saludables, incluyendo la actividad física y la dieta, son por lo tanto de gran importancia(37), así como la disminución del hábito tabáquico, los cuales ocupan las consecuencias de no realizarlas ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en nuestro país. Por lo que estos tres principales hábitos saludables son de relevancia y realizar promoción a la salud relacionado a éstos se ha visto tener efectividad al reducir las consecuencias de la mayoría de las enfermedades crónicas(79).

El personal médico, de enfermería, trabajo social, estomatología, nutrición y dietética y promotores de salud, son los responsables de realizar las actividades de estos componentes.

Con el objetivo de lograr que los derechohabientes conozcan y demanden los servicios de salud disponibles en la institución para mejorar su calidad de vida y disminuir la magnitud de la morbilidad y mortalidad asociada a los riesgos y daños más frecuentes.

Estas actividades de promoción a la salud se debe realizar en cada consulta o contacto con los servicios de salud, de manera permanente (78).

COMPONENTE PREVENCIÓN DE ADICCIONES

En hombres y mujeres, el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, inhalables, cocaína y pastillas psicotrópicas aumenta el riesgo de accidentes, suicidios y enfermedades. La prevención se basa en informar y educar acerca de los factores de protección (apoyo familiar, uso adecuado del tiempo libre, entre otros) y riesgo (problemas familiares, depresión, estrés, nerviosismo y amigos o familiares usuarios de estas drogas).

Los objetivos son:

1. Prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en población de riesgo.
2. Realizar la identificación temprana de usuarios para su incorporación a sesiones educativas, grupos de ayuda y consejería.

1. Sesiones informativas: Promoción de estilos de vida saludables y prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

2. Sesiones educativas: Dirigidas a mujeres y hombres con problemas de consumo de tabaco y alcohol principalmente. Se les motiva a participar en las sesiones que se organizan con base en la Guía de Contenidos Técnicos de Educación para la Salud.

3. Grupos de ayuda: Dirigidos a mujeres y hombres que presenten problemas en el consumo de tabaco o alcohol. Los grupos se integran con base en la Guía para la Organización de Grupos de Ayuda.

4. Consejo para dejar de fumar y no tomar bebidas alcohólicas: Intervención breve dirigida a motivar y a establecer compromiso con los fumadores para que dejen de fumar, con base en la metodología que se describe a continuación:

Consejo para dejar de fumar

El consejo para dejar de fumar es una intervención breve (1 a 3 minutos), basada en la información y compromiso que establece el personal de salud con las mujeres y hombres de 20 a 59 años. Con esta técnica se espera que el 5% deje de fumar a un año.

Objetivo: Proporcionar información acerca de los riesgos y daños a la salud que ocasiona el humo de tabaco, a fin de establecer el compromiso con las fumadores para que dejen de hacerlo.

Consejo para dejar o moderar el consumo de bebidas alcohólicas

El consejo para dejar o moderar el consumo de bebidas alcohólicas es una intervención breve (1 a 3 minutos), basada en la información y compromiso que establece el personal de salud con las mujeres y hombres, que consumen bebidas alcohólicas de manera problemática (más de 5 copas por ocasión). Se espera que el 15% modifique el consumo a un año.

Objetivo

Proporcionar información acerca de los riesgos y daños a la salud que ocasiona la ingesta problemática de alcohol, a fin de establecer el compromiso para que dejen o modifiquen el consumo.

COMPONENTE ACTIVIDAD FÍSICA

El objetivo de promover la actividad física sistemática es para disminuir la incidencia de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, depresión y osteoporosis, entre otras enfermedades.

En la primera atención que brinde a las mujeres y hombres, se debe preguntar si realizan alguna actividad física sistemática, especialmente en quienes presentan alguna patología asociada al sedentarismo. Se informara a todos los hombres y mujeres los beneficios de realizar actividad física sistemática e identificar a quienes

por algún problema de salud específico, como cardiopatía, se deba recomendar actividad física supervisada.

Se deben difundir las siguientes recomendaciones generales:

– La actividad física sistemática no tiene que ser vigorosa para aportar beneficios a la salud. Con tan sólo 30 minutos diarios y una intensidad moderada proporciona beneficios de salud importantes como son: un mejor funcionamiento del corazón, y del sistema inmunológico, ayuda a una buena digestión, fortalece los huesos, favorece el desarrollo muscular, ayuda a controlar el estrés, facilita el descanso y el sueño, mejora el desempeño intelectual y laboral, el estado de ánimo así como las relaciones sociales y familiares, mejora la figura y eleva la autoestima.

- El ejercicio más recomendable es el ejercicio aeróbico y éste puede ser tan sencillo como caminar, trotar, correr, andar en bicicleta o subir las escaleras durante más de 30 minutos, 5 veces por semana.

COMPONENTE ALIMENTACIÓN

Y en relación a la promoción de alimentación, el objetivo es para favorecer hábitos de alimentación correcta para lograr un óptimo estado de nutrición, prevenir sobrepeso, obesidad y enfermedades relacionadas con la mala nutrición.

Se debe orientar al derechohabiente la importancia de la alimentación saludable en la prevención y control del sobrepeso/obesidad, diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

El Plato del Bien Comer: es una guía para integrar una alimentación correcta, clasifica a los alimentos en tres grupos, todos igual de importantes y necesarios para la salud.

Grupo 1. Verduras y frutas: frescas y de temporada, ricas en vitaminas, minerales y fibra no): maíz, arroz, trigo, avena, cebada, tapioca, papa, yuca, así como sus derivados, tortilla, pan y pastas

Grupo 3. Leguminosas y alimentos de origen animal (Principal fuente de proteína): frijoles, habas, lentejas, soya, alubias, pollo o pavo sin piel, pulpa de res, ternera, charales, atún en agua, sardina, pescado, huevo, quesos y leche.

En el Plato del Bien Comer, no se muestran las grasas y azúcares ya que se deben consumir en poca cantidad, debido a que su abuso favorece la aparición de enfermedades crónicas degenerativas

Indicar a los pacientes realizar tres comidas completas al día, en horarios regulares, incluir diariamente y en cada comida alimentos de todos los grupos: verduras y frutas; cereales y tubérculos (maíz, arroz, avena, amaranto, trigo, papa, yuca y camote); leguminosas (frijol, haba, lenteja, alubia y soya) y alimentos de origen

animal (carnes, huevo, queso y leche), consumir al menos 5 porciones de verduras y frutas al día, consumir cereales de preferencia integrales, en cantidad suficiente y combinarlos con leguminosas para mejorar la calidad de sus proteínas, consumir cantidades moderadas de alimentos de origen animal: preferir pescado, pollo o pavo sin piel, atún en agua, sardina en lugar de carnes rojas, tomar leche o yoghurt descremados, preferir quesos bajos en grasa como el tipo panela, requesón o cottage, consumir sólo de 2 a 3 piezas de huevo a la semana, las claras pueden ser con mayor frecuencia y consumir poca cantidad de grasas, azúcares y sal así como tomar de 6 a 8 vasos de agua simple(74).

COMPONENTE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El médico familiar, el médico de promoción de la salud, el personal de enfermería, de trabajo social y los promotores de salud, participan en la educación para la salud sexual y reproductiva del hombre.

El ejercicio de la sexualidad del hombre adulto en México tiene una influencia cultural fuerte. Sin embargo, el hombre crece sin haber recibido educación sexual formal que lo prepare desde la niñez y adolescencia, para conocer, entender y cuidar su salud sexual y reproductiva.

La falta de conocimiento sobre la sexualidad origina disfunción sexual, problemas con la pareja, infecciones de transmisión sexual y menos independencia social para elegir el número de hijos que desea tener.

Objetivo

Orientar para que: ejerza de manera responsable y daños asociados a su género, prevenga embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual e informada libremente su sexualidad, identifique los riesgos y daños asociados a su género, prevenga embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

COMPONENTE SALUD MENTAL

El personal médico, de enfermería de medicina preventiva, trabajo social y promotor de salud, son los responsables de este componente.

La salud mental es más que la simple ausencia de trastornos mentales; significa un estado de interacción y equilibrio entre los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Los problemas de salud mental de interfieren su desarrollo y las actividades de la vida cotidiana; para prevenir riesgos, los derechohabientes que acuden a consulta deberán desarrollarse actividades que promuevan un sano desarrollo emocional, a fin de que logren reconocer sus habilidades, sean capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajen de forma fructífera y productiva, además de potenciar su desarrollo intelectual y emocional.

Objetivos:

Brindar al personal de salud elementos básicos para promover el desarrollo emocional y afectivo de los hombres e identificar problemáticas que afecten su salud mental.

Para realizar acciones de promoción de la salud mental se debe:

-Alentar a mantener relaciones positivas, de cuidado y apoyo con sus familias y con otros adultos significativos en su vida, así como fortalecer sus redes de apoyo.

-Promover que se mantengan en ambientes saludables, donde se fomente la práctica de actividad física, la realización de juegos de aprendizaje y de recreación, así como de ayuda a la comunidad.

COMPONENTE VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO

El médico familiar, el médico de promoción de la salud, el personal de enfermería y de trabajo social, son los responsables de este componente.

Objetivo

Coadyuvar a la prevención y disminución de la violencia familiar, promover el desarrollo de comportamientos más positivos para evitar la violencia familiar y canalizar a víctimas o agresores a otras instancias gubernamentales, estatales o municipales para su atención.

-Invitar a participar en las actividades educativas de prevención de la violencia familiar

-Difundir que la violencia familiar no es natural, es el abuso de poder de un miembro de la familia en contra de los otros integrantes y tiene la intención de hacer daño emocional, físico, sexual, económico y de abandono.

-Promover la importancia de identificar, reconocer la violencia familiar y denunciarla.

-Promover la reflexión sobre si se es agresor o víctima.

-Promover el tener la voluntad verdadera de cambiar actitudes y poner en práctica comportamientos de convivencia pacífica (ejemplo: no golpes, no amenazas, no malos tratos, comprensivo y tolerante ante las diferencias de opinión, difundir cariño en la familia, entre otros)

-Promover el desarrollo de habilidades para fortalecer la autoestima, manejar el estrés y estrategias de promoción de relaciones no violentas.

COMPONENTE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

El médico familiar, el de promoción de la salud, el personal de enfermería, de trabajo social y los promotores de salud son los responsables de realizar todas las actividades con relación a la prevención de accidentes.

Objetivo

Capacitar para disminuir los riesgos relacionados con la ocurrencia de accidentes en el hogar, el trabajo y la vía pública

- Informe sobre el tipo, causa y frecuencia de accidentes en el hogar, el trabajo y la vía pública.
- Capacitar sobre las medidas prácticas y sencillas que han comprobado su eficacia para prevenir accidentes en los ámbitos mencionados, por ejemplo:
 - Desplazarse en la cocina con mucho cuidado, principalmente cuando se lleva en la mano materiales cortantes y punzantes, además de utilizar guantes de cocina para retirar o trasladar objetos calientes
 - Utilizar el equipo de protección que se le proporcione en el trabajo. Si no lo tiene, ¡que lo exija!
 - No ingerir alcohol u otras drogas o medicamentos que disminuyan sus reflejos
 - Respetar las señales de tránsito, no manejar con exceso de velocidad, ni bajo la influencia del alcohol

COMPONENTE ENTORNO FAVORABLE A LA SALUD

El personal médico, de enfermería, trabajo social y promotor de salud, son los responsables de este componente.

Objetivo

Informar la importancia de participar en la creación de entornos favorables a la salud que propicien el mejoramiento y conservación de la salud así como en la prevención de enfermedades.

Comente la importancia de construir entornos favorables a la salud, que debe ser una preocupación de cada persona y de la población en general; así mismo informe la importancia de contar con su programa de salud y de asistir a los temas de educación para la salud ya que le proporcionarán herramientas para el desarrollo de habilidades en el cuidado del ambiente saludable en el hogar, trabajo y vía pública.

COMPONENTE DUEÑAS RESPONSABLES CON ANIMALES DE COMPAÑÍA

El personal médico, de enfermería, trabajo social y promotor de salud, son los responsables de este componente.

Objetivo

Informar a los dueños de animales de compañía la importancia de su cuidado y protección para evitar enfermedades.

La convivencia con los animales domésticos es muy importante, ya que crea en un hábito de compañerismo y de responsabilidad; sin embargo, vale la pena resaltar que la salud de los animales está muy relacionada con la de las personas.

Investigue si son dueños de animales de compañía y tipo de mascota.

Informe a los dueños de animales de compañía la importancia de su cuidado y protección.

COMPONENTE CULTURA PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

El personal médico, de enfermería, trabajo social y promotor de salud, son los responsables de este componente.

Objetivo

Qué los derechohabientes y sus familiares se sensibilicen sobre la importancia de la donación de órganos y acepten participar en el programa de donación de órganos. Se debe hacer énfasis en la importancia de la donación de órganos y que el trasplante de órganos y tejidos se presenta como la única alternativa terapéutica para aquellos pacientes con padecimientos cuya consecuencia es la insuficiencia irreversible de algún órgano o la deficiencia de algún tejido.

INCORPORACIÓN A GRUPOS DE AYUDA

El médico de Promoción de la salud y el personal de trabajo social son responsables de esta actividad.

Objetivo

Identificar oportunamente a los derechohabientes que presentan los siguientes problemas de salud: diabetes mellitus e hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, tabaquismo, alcoholismo y violencia familiar(80).

FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA IMSS

Dentro de las actividades que el personal de salud en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS que se deben realizar, destacan:

- Desarrollar la gestión clínica con enfoque de procesos orientados al paciente y basados en el sistema de información disponible, la autoevaluación y la mejora continua.
- Otorgar la atención médica en forma coordinada, tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y la familia con eficiencia, equidad y oportunidad; con un enfoque de procesos de lo individual a lo familiar, grupal y/o ambiental.
- Observar al proceso de salud – enfermedad para proporcionar atención al paciente y su familia con un abordaje biológico, psicológico, social y ambiental.
- Realizar acciones educativas, que propicien la reflexión y la acción hacia cambios en el individuo y su familia, que les permita alcanzar estilos de vida más saludables.
- Propiciar en el paciente el desarrollo de conocimientos, destrezas y actitudes para el Autocuidado.
- Participar en actividades de educación para la salud, enfocadas al derechohabiente y su familiar para desarrollar estilos de vida saludables y responsabilidad compartida en el manejo de la salud - enfermedad.

Médico Familiar

Enviará al Servicio de Materno Infantil o Atención de Enfermera Especialista en Medicina de Familia a los pacientes que cumplan las siguientes condiciones:

- Embarazada: Cuando su embarazo presente bajo riesgo
- Pacientes en edad fértil: Cuando utilicen metodología anticonceptiva o requieran consejería en salud reproductiva
- Menor de 5 años: Cuando se encuentre sano
- Diabético y/o hipertenso: Cuando durante tres meses consecutivos no haya presentado enfermedad aguda o descontrol de su padecimiento.

*Otorgará al asegurado y sus beneficiarios, atención médica que cubra sus necesidades de salud en forma integral.

*Registrará en la papelería oficial las actividades que realice en caso de que se presente un estado de contingencia SIMF.

*Destinará el tiempo de la consulta de medicina familiar de acuerdo al motivo que la genere para la atención integral del derechohabiente.

*Prescribirá el Certificado de incapacidad temporal para el trabajo, de acuerdo al Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, con apoyo del Consejero Médico de Incapacidades (MDA).

*Aplicará los criterios médicos y el contenido de las Guías de práctica clínica, para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, de acuerdo a lo que corresponda en cada caso.

*Aplicará los criterios de referencia y contrarreferencia para el envío de pacientes a unidades de mayor complejidad.

*Recabará la firma del paciente y sus testigos en la "Carta de consentimiento bajo información" cuando los procedimientos de diagnóstico y tratamiento así lo requieran.

*Enviará al paciente a interconsulta en los servicios de apoyo cuando requiera complementar el diagnóstico o tratamiento.

*Derivará al paciente a otros servicios de la unidad de medicina familiar, cuando identifique la necesidad de su participación.

*Derivará al Servicio de Trabajo Social al paciente que requiera intervención de instancias extra-institucionales para el manejo y control de adicciones.

*Orientará al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la posibilidad de acudir en forma voluntaria a la Asociación de Alcohólicos Anónimos como parte de su tratamiento(81).

El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social establecen en este Contrato Colectivo las normas que regulan sus relaciones de trabajo. Son estas normas en su conjunto un esfuerzo de mutuo entendimiento y respeto, actitudes siempre presentes en el trato cotidiano. Una

larga tradición de espíritu de servicio caracteriza la actitud y el desempeño de los trabajadores al servicio del Instituto Mexicano del Seguro Social, conscientes del trascendente papel que la Seguridad Social cumple en beneficio de la mayor parte de la población del país.

De acuerdo al contrato colectivo de trabajo del IMSS, dentro de las actividades a realizar por los médicos familiares son la atención médico-quirúrgica en unidades de adscripción y a domicilio, participa en actividades de fomento a la salud examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento a la población derechohabiente que se le encomiende de acuerdo con las labores señaladas en las normas o instructivos aprobados para esta categoría. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etc.)(82).

ANTECEDENTES

Hay estudios que reportan una alta frecuencia de promoción de la salud en los pacientes por parte de los médicos hasta en un 79%, realizan promoción de hábitos saludables(83).

Un estudio de 4.215 visitas a la oficina con los médicos de medicina familiar en el noreste de Ohio observó consejería para realizar ejercicio en el 20% de visitas al consultorio, con pacientes que eran mayores, hombres o enfermos crónicos fueron los que recibieron la mayor parte de la consejería(84).

En China, una investigación a 3652 médicos para determinar el comportamiento del médico para fumar y sus conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el tabaquismo; el 64% aconsejó a los fumadores a dejar de fumar, sólo el 48% preguntaban a los pacientes sobre el consumo de tabaco, en cuanto a conocimiento se realizó una pregunta en relación a si el tabaquismo pasivo provocaba enfermedad cardiaca, obteniéndose una razón de momios (RM) de 1.06, los médicos con una edad ≥ 60 años tuvieron una RM 1.14, para otorgar la promoción, ser exfumador tuvo una RM de 1.19 y ser médico del sexo masculino tuvo una RM 1.02(85).

Un estudio realizado en los Estados Unidos, en 298 médicos, para obtener información sobre las prácticas personales de comportamiento de ejercicio y asesoramiento en atención primaria, reportó que los doctores que realizaban actividad física con regularidad eran más propensos a aconsejar a sus pacientes con una RMP de 5.72, las principales barreras para no realizar consejería fue el tiempo insuficiente para otorgarlo en un 61%, conocimiento inadecuado en un 16%, la promoción de actividad física fue del 60%(86).

Durante 2006, un total de 661 estudiantes de medicina de primer y quinto año completaron una encuesta para evaluar la asociación entre las prácticas personales en general sobre la actividad física, la nutrición, el control del peso, el tabaquismo, el consumo de alcohol y actitudes hacia el asesoramiento preventivo sobre estos temas. En donde se obtuvo que el consumo de ≥ 5 porciones diarias de frutas y / o verduras, el no ser un fumador o bebedor de alcohol se asocia con una actitud positiva hacia el asesoramiento sobre nutrición (RM = 4,71, IC = 1.6- 14,1; p = 0,006, fumadores (RM = 2,62, IC = 1,1- 5,9; p = 0,022), y el consumo de alcohol (RM = 2,61, IC = 1,3-5,4; p = 0,009), respectivamente (87).

En 307 médicos en España, a través de una encuesta postal, para determinar los factores que influyen en la realización de educación sanitaria; se encontró que el 38,4% de los médicos la otorgaba, y ser médico del sexo femenino tuvo una RM 1.70, no se encontró asociación entre realización de educación sanitaria y presencia de hábitos no saludables(88).

En Brasil en 2011, en 269 médicos y enfermeras de la comunidad, el 64.9% realizaba actividad física más de 150 minutos por semana, el 26.2% consumía frutas y verduras 5 veces al día, y el 47.8% tenía peso normal, el 59.7% realizaba asesoramiento sobre actividad física a sus pacientes, solo el 3% tenía los conocimientos correctos para asesorar sobre consumo de frutas y verduras y 2.4% actividad física. Aquellos que reportaron realizar asesoramiento sobre la actividad física regular (al menos seis meses) tenían una OR de 4.7 para asesorar sobre la práctica de actividad física de 150 minutos o más a la semana con un IC95% 1.5-16.5, los que indicaron haber consumido 5 porciones de frutas y verduras al día, tenían una OR de 6.5 (IC95% 0,83-51,2) para realizar actividad física igual o más de 150 minutos a la semana en comparación con aquellos que realizaban menos de 10 minutos(89).

Otro estudio donde se realizaron 757 encuestas en médicos y enfermeras de atención primaria en Escocia, se investigaron las actitudes, prácticas y conocimientos sobre actividad física y su relación con el asesoramiento a los pacientes durante la consultas de rutina, se reportó que solo el 13% de los médicos y el 7% de las practicantes de enfermería describieron correctamente las recomendaciones actuales para realizar actividad física: 30 minutos de actividad física durante 5 días a la semana, el 18% de los médicos y 10% de enfermeras registraron las recomendaciones anteriores en el expediente. Solo un 40% de los médicos recomendaban actividad física vigorosa, el 23% de los médicos familiares reportaron de no tener tiempo suficiente para promover la actividad física en sus pacientes en un 48%. <0,001. El 47% de los médicos refiere que hay una falta de conocimientos entre los profesionales de la salud en relación con la promoción de la actividad física(90).

En el Reino Unido una investigación realizada en 174 médicos de familia, a través de encuestas enviadas por correo, reportó que realiza promoción a la salud sobre actividad física en un 8% en general, en pacientes con hipertensión en un 55.7%, en diabéticos en un 41.4% y en un 77% en pacientes con sobrepeso. En cuanto a los conocimientos médicos de 'acerca de la existencia de pruebas de los efectos beneficiosos de la actividad física para varias condiciones: no sabían en el 59.8% que podría reducir el riesgo de Alzheimer, 58% reducir riesgo de cáncer de mama, y diabetes mellitus 2 en un 18%, en cuanto a las actitudes para realizar promoción de la salud, el 52.9% de los médicos menciona que promoción de la salud es una parte importante del trabajo de atención primaria, 37.4%, promoción de la actividad física es importante en la atención primaria, 16.1%, tiene conocimientos suficientes para aconsejar a los pacientes sobre la actividad física, 31.2% cualquier cantidad de actividad física es beneficiosa para la salud(91).

En un estudio realizado en médicos generales y practicantes de enfermería, reveló que los médicos tenían menos probabilidades de promover la actividad física con sus pacientes, si indicaban la falta de tiempo como barrera OR 0.73 (IC95% 0,58-0,93) o la falta de incentivos (RM = 0,74; IC95% 0,59-,94), y más probabilidades de promover el ejercicio si ellos mismos realizaban ejercicio regularmente (RM = 3,19, IC95% 1,96-5,18)(92).

En Missouri, un estudio de 27 médicos familiares, y 915 adultos, el tener un alto índice de masa corporal era el predictor más fuerte para recibir promoción de actividad física (RM = 1,6, IC 95% 1.3- 2.0), y con un alto nivel de colesterol fue el predictor más fuerte de para recibir promoción de alimentación para comer menos grasa (RM= 1,9; IC del 95%: 1,5-2.4). El autoinforme de médicos reportó hasta en un 60% haber realizado promoción de salud en cuanto a alimentación y un 62% de actividad física. De los 882 pacientes de la muestra total, el 33% reportó que habían recibido promoción de salud de actividad física y alimentación en un 31%(93).

En México, un estudio realizado para describir la actividad física y el comportamiento de prescripción de los médicos de atención primaria en donde participaron 633 médicos, en donde se reportó que solo el 48% de los médicos preguntaba a los pacientes acerca de su actividad física, y el 33% realizó promoción (94).

En un estudio exploratorio en 115 médicos en Argentina, a través de una encuesta en línea, reportó que un 75% de las mujeres realizaba promoción de actividad física, y los hombres en un 33%. En presencia de enfermedades crónicas las mujeres realizaban consejería en un 73% y los hombres en un 27%. Referente a la práctica de actividad física el 35% de las mujeres si realizaban y el 46% de los hombres la practicaba. Los médicos identificaron a la actividad física como importante para sus pacientes, aunque ellos tenían un estilo de vida poco activo. No encontrándose relación de actividad física y la consejería, así como con los conocimientos(95).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La promoción de la salud es considerada como una estrategia rentable de bajo costo, y efectiva, sin embargo, a nivel mundial se otorga con baja frecuencia.

El médico, al mostrar conocimientos, prácticas y actitudes relacionadas con hábitos saludables, pueden influir para realizar promoción de la salud en sus pacientes y adopten conductas igualmente saludables.

Actualmente los médicos han descuidado su propia salud a favor de sus obligaciones profesionales y personales, teniendo hábitos no saludables.

Dado el importante papel que los médicos tienen en la educación de sus pacientes acerca de las buenas prácticas de salud, las prevalencias de hábitos no saludables en los médicos del IMSS es preocupante.

La afectación sobre la Salud Pública es doble, al impactar sobre un grupo en particular, lo que origina que los estilos de vida de dicho grupo recaigan en las acciones de salud de sus pacientes.

Debido a la diversidad con que se otorga la promoción de la salud en diferentes regiones del mundo, es importante conocer el comportamiento en el contexto mexicano.

Estudios realizados muestran inconsistencias al asociar los conocimientos, prácticas y actitudes de los médicos y acciones de promoción de la salud.

Por lo que es importante profundizar en dicho conocimiento, para comprender el impacto que pueden ejercer las conductas de los médicos en la población, y con ello poder identificar grupos de riesgo.

Con lo anteriormente expuesto, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes relacionadas con los hábitos saludables del médico, (no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, realizar actividad física y tener alimentación saludable) y la promoción de la salud que otorga?

5. JUSTIFICACIÓN

Proporcionará información valiosa para entender las necesidades específicas actuales de los médicos, ya que éstas tienen una gran relevancia en términos de salud, al influir en la promoción de la salud de sus pacientes, lo que contribuirá a corregir sus comportamientos y/o adquisición de hábitos saludables, para la prevención o aparición de enfermedades crónicas, y así disminuir costos en atención por complicaciones relacionadas y con ello mejorar su calidad de vida.

Los resultados obtenidos ayudarán a identificar los factores que se encuentren asociados a la promoción de hábitos saludables en los médicos y con ello realizar programas de sensibilización y capacitación para que se otorgue así como para la mejora de sus hábitos.

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO

El nivel de conocimientos inadecuados, las prácticas no saludables y las actitudes negativas relacionadas con hábitos saludables del médico (no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, realizar actividad física y tener alimentación saludable) se asocian con una mayor probabilidad de no otorgar la promoción de la salud.

7. OBJETIVO GENERAL

Estimar la asociación entre el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes relacionados con los hábitos saludables del médico (no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, actividad física y alimentación saludable) y la promoción de la salud que otorga.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Médico

Estimar la asociación entre:

- Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con hábitos saludables, edad, sexo, índice de masa corporal, años de haber concluido la especialidad en medicina familiar, turno laboral, certificación vigente de especialidad en medicina familiar del médico y otorgar promoción de la salud.
- Estimar la frecuencia con la que el médico otorga promoción de la salud de hábitos saludables.

8.- MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Transversal Analítico

Periodo del estudio

01 de Octubre de 2015 al 31 de enero de 2016.

Lugar de estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 21 de la Delegación Venustiano Carranza del Distrito Federal, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Población del estudio

Médicos adscritos a consulta externa de la UMF No. 21

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN:

- Médicos adscritos a consulta externa
- Ambos turnos
- Ambos sexos

EXCLUSIÓN:

- Personal de sustitución y base sin consultorio fijo.

ELIMINACIÓN:

- Cuestionarios con datos incompletos.
- Que no acepten participar en el estudio

Cálculo del tamaño de muestra.

Para el cálculo de tamaño de muestra, se utilizó la fórmula para población finita a través de la siguiente:

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

N= Tamaño de población

Za2= Nivel de confianza: 1.962 (intervalo de confianza al 95%)

p= Proporción esperada (50%= 0.50)

q= 1-p (1-0.50)

d= Precisión (0.05)2

N= Tamaño de muestra final

$\frac{64 * 1.962^2 * .50 * 0.50}{.0025 * (65 - 1) + 1.962^2 * .50 * .50} = 55 + 10\% \text{ pérdidas} = 60$

60 médicos

Tipo de muestreo

No hubo muestreo, entraron al estudio todos los médicos adscritos de la consulta externa.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente

Promoción de la salud

Definición: Información que se otorga en cuanto mejoramiento de la salud para realizar actividad física, no fumar, no tomar bebidas alcohólicas y alimentación saludable.

Operacionalización: Se construyó a través de interrogatorio directo por autorreporte del médico sobre si otorgó o no consejería sobre hábitos saludables (no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, actividad física y alimentación saludable) en los últimos 12 meses.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Si, 2. No

Variables independientes

Nivel de conocimientos

Definición: Capacidad que tiene un individuo de responder a diversos cuestionamientos.

Operacionalización: Se midió a través de interrogatorio directo del médico, se conformó un cuestionario de conocimientos con 20 preguntas, relacionadas a hábitos saludables (tabaquismo, alcoholismo, alimentación saludable, y actividad física), teniendo 5 preguntas para cada hábito, a cada pregunta se le otorgó un punto por cada respuesta afirmativa, y de cero puntos por cada respuesta negativa, se incluyó la respuesta no sé, el cual se calificó con cero puntos.

Se catalogó para cada hábito como conocimientos inadecuados si de las 5 preguntas realizadas se obtuvo ≤ 3 puntos y conocimientos adecuados ≥ 4 puntos.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Ordinal

Indicador: 1. Inadecuados conocimientos (≤ 3 puntos) 2. Adecuados conocimientos (≥ 4 puntos).

Actitudes

Definición: Posturas que se refiere en relación a su comportamiento.

Operacionalización: Se midió a través de interrogatorio directo del médico, se conformó un cuestionario de actitudes con 8 ítems, relacionadas a hábitos saludables (tabaquismo, alcoholismo, alimentación saludable, y actividad física), se tuvieron 2 preguntas para cada hábito, las dos primeras respuestas fueron consideradas como actitud positiva, se le otorgaba 5 y 4 puntos en orden

decreciente, a partir de la tercer respuesta fue considerada como actitud negativa otorgándose 3 puntos o menos.

Se catalogó para cada hábito como actitud negativa si se tuvieron (≤ 8 puntos) y actitud positiva (≥ 9 puntos).

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Ordinal

Indicador:

1. Actitud negativa (≤ 8 puntos), 2. Actitud positiva (≥ 9 puntos).

Prácticas saludables

Definición: Son las prácticas que conllevan a un mejoramiento del estado de salud.

Operacionalización: Se construyó un indicador, a través de las prácticas realizadas como actividad física, alimentación saludable, no fumar y no tomar bebidas alcohólicas, de acuerdo al número de hábitos saludables realizados por el médico, a través de los apartados de actividad física, alimentación saludable, tabaquismo y alcoholismo, se catalogó como practicas saludables a los médicos que realizaban los 4 hábitos saludables (no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, realizar actividad física moderada-alta, y alimentación saludable), prácticas medianamente saludables (3 solo tres de los 4 hábitos saludables), practicas poco saludables (sólo 2 de los 4 hábitos saludables), practicas no saludables (que no realice ninguno o solo 1 de los 4 hábitos saludables).

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Ordinal

Indicador:

1. Prácticas saludables
2. Prácticas medianamente saludables
3. Prácticas poco saludables
4. Prácticas no saludables

Nivel de actividad física

Definición: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

Operacionalización: Para médicos hasta los 60 años de edad, se aplicó el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)(96) el cual consta de 7 ítems, se sumaron los puntajes de las respuestas obtenidas y dependiendo del valor resultante se clasificó; para médicos mayores de 60 años de edad, se aplicó el cuestionario rápido de evaluación de actividad física en el adulto mayor (RAPA) (97) de 7 ítems, de las cuales cada pregunta tiene un puntaje y de acuerdo a la respuesta se clasificó.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Ordinal

Indicador:

1. Actividad física alta, 2. Actividad física moderada, 3. Actividad física baja.

Alimentación saludable

Definición: Es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana.

Operacionalización: Se obtendrá a través del interrogatorio directo al médico, mediante cuestionario de Frecuencia de consumo alimentario corto(98) y a través del índice de alimentación saludable (99), de acuerdo a puntuación asignada se clasificó como alimentación saludable (>80 puntos), necesita cambios (50 a 80 puntos) y poco saludable (<50 puntos)

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Alimentación saludable 2. Necesita cambios 3. Poco saludable

Tabaquismo

Definición: Persona que se encuentre con exposición al humo de tabaco.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo al médico, de acuerdo a Encuesta PREVENIMSS 2010 (100) apartado tabaquismo y se clasificó.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Fumador actual, 2. Ex fumador (fumó más de 100 cigarros en su vida), 3. No fumador.

Patrón de consumo (tabaquismo)

Definición: Cantidad de cigarros que fuma una persona

Operacionalización: Se preguntó directamente al médico el número de cigarros fumados al día de acuerdo al cuestionario ENCOPREVENIMSS 2010.

Naturaleza: Cuantitativa

Escala: Razón

Indicador: Número de cigarros al día

Tiempo de tabaquismo

Definición: Tiempo que lleva o llevaba fumando productos de tabaco

Operacionalización: Se preguntó directamente al médico sobre el tiempo que lleva o llevaba fumando.

Naturaleza: Cuantitativa

Escala: Razón

Indicador: Tiempo que lleva o llevaba fumando

1. Semanas, 2. Meses, 3. Años

Tiempo que dejó tabaquismo

Definición: Tiempo que dejó de consumir productos de tabaco

Operacionalización: Se preguntó directamente al médico sobre el tiempo que dejó de probar productos de tabaco

Naturaleza: Cuantitativa

Escala: Razón

Indicador: Tiempo que dejó de fumar

1. Semanas, 2. Meses, 3. Años

Grado de tabaquismo

Definición: Grado de fumador de acuerdo al número de cigarrillos fumados al día.

Operacionalización: De acuerdo al patrón de consumo de cigarrillos al día, se catalogó de acuerdo al cuestionario ENCOPREVENIMSS 2010.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Ordinal

Indicador:

1. Leve: que consume en promedio cinco o menos cigarrillos al día.
2. Moderado: que consume entre seis y quince cigarrillos al día.
3. Severo: que consume más de quince cigarrillos al día.

Alcoholismo

Definición: Persona que se encuentre con exposición al consumo de bebidas alcohólicas.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo, de acuerdo a Encuesta PREVENIMSS 2010(100) apartado alcoholismo, se clasificó.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Bebedor actual 2. Ex bebedor 3. No bebedor

Patrón de consumo (alcoholismo) (tipo de bebida alcohólica)

Definición: Cantidad de copas de bebida alcohólica que consume.

Operacionalización: Se preguntó directamente al médico el número de copas de bebida alcohólica que consume de acuerdo al cuestionario ENCOPREVENIMSS 2010.

Naturaleza: Cuantitativa

Escala: Razón

Indicador: Número de copas

Grado de alcoholismo

Definición: grado de alcohol de acuerdo al número de copas consumidas

Operacionalización: a través del patrón de consumo de alcohol, se catalogará de acuerdo al cuestionario ENCOPREVENIMSS 2010.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: ordinal

Indicador:

1. Ocasional: Tomó cualquier cantidad de copas en el último año por ocasión, siendo ésta con intervalo mayor a 30 días entre cada vez que tomó.
2. Moderado Bajo: Tomó en el último mes no más de 5 copas por ocasión.
3. Frecuente Bajo: Tomó una vez a la semana no más de 5 copas por ocasión
4. Frecuente Alto: Tomó una vez a la semana por lo menos 5 copas por ocasión.
5. Consuetudinario: Tomó diariamente 5 o más copas por ocasión.

Turno laboral

Definición: Jornada laboral del trabajador.

Operacionalización: Se interrogó directamente al médico sobre el turno laboral al que se encuentra adscrito ya sea matutino o vespertino.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Matutino, 2. Vespertino.

Certificación en Medicina Familiar

Definición: Es el medio por el cual el Consejo Mexicano de Medicina Familiar, acredita la preparación de los médicos para ejercer la especialidad de Medicina Familiar mediante el otorgamiento del certificado de especialista correspondiente, con vigencia de cinco años.

Operacionalización: Se interrogó directamente al médico si tiene certificación de especialidad vigente.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1.Si, 2. No

Índice de masa corporal

Definición: Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo al cuadrado.

Operacionalización: A través del interrogatorio directo, se preguntó al médico por el peso y talla actual.

Naturaleza: Cuantitativa continúa.

Escala: Ordinal.

Indicador:

1. Normopeso : 18.5-24.9

2. Sobrepeso: 25-29.9

3. Obesidad: 30

Sexo

Definición: Caracteres sexuales que identifican a un individuo

Operacionalización: Se registró mediante las características fenotípicas observadas durante la entrevista.

Naturaleza: Cualitativa

Escala: Nominal

Indicador: 1. Hombre 2. Mujer

Edad

Definición: Años de vida cumplidos de una persona desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Operacionalización: Se obtuvo a través del interrogatorio directo, la edad exacta, así como fecha de nacimiento para corroborar certeza.

Naturaleza: Cuantitativa discreta

Escala: de razón

Indicador: años cumplidos

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Por factibilidad se eligió la Unidad de Medicina Familiar No. 21
2. Se contactó con las autoridades correspondientes para solicitar autorización para la realización del estudio.
3. De un total de 60 médicos, ambos turnos, se acudió a entrevistar a los médicos a su área de trabajo.
4. Se explicaron los objetivos del estudio y se invitó a participar.
5. Se otorgó consentimiento informado.
6. Se realizó entrevista por parte del investigador, y se aplicó de manera anónima.
7. Se entrevistaron 30 médicos turno matutino y 30 médicos turno vespertino.

Análisis estadístico

Univariado: Se realizaron frecuencias simples y proporciones (para variables cualitativas), para variables cuantitativas numéricas fueron evaluadas mediante pruebas de normalidad utilizándose z de Kolmogorov Smirnov para ver su tipo de distribución, efectuándose medianas con percentiles 25 y 75.

Bivariado: se utilizaron pruebas de hipótesis: para comparar diferencia entre proporciones (chi cuadrada y Prueba exacta de Fisher), para asociación: Razón de Momios de Prevalencia (RMP), Intervalos de confianza al 95% (IC95%), Chi cuadrada y valor de $P < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Multivariado: Se realizó regresión logística múltiple para analizar la asociación entre las variables con significancia estadística y/o factores que explicaran los factores que influían para ser otorgada la promoción de la Salud por el médico.

Se utilizó programa estadístico SPSS Statistics V19 para analizar la información y Epidat versión 3.1.

9. Consideraciones éticas.

Este estudio de investigación se llevará a cabo conforme a los aspectos éticos que rigen a toda investigación:

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de acuerdo a la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

De acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, esta investigación se considera sin riesgo

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.



2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón.

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3703
U MED FAMILIAR NUM 21, D.F. SUR

FECHA 19/10/2015

MTRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON HÁBITOS SALUDABLES EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, 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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-3703-23

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIBEL MUÑOZ GONZALEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3703

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

10. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Un médico residente de tercer año de la especialidad en epidemiología.
- Un médico asesor con experiencia sobre el tema.

RECURSOS MATERIALES

- Computadora con Excel y SPSS
- 2500 hojas blancas (para impresión de cuestionarios)
- 10 bolígrafos tinta negra
- 10 lápices del número 2
- 5 borradores
- 2 correctores (adquiridos por el médico residente)

RECURSOS FINANCIEROS

- No se requirió de recurso financiero debido a que los gastos fueron absorbidos por médico residente de epidemiología de tercer año.

FACTIBILIDAD

Fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, a través de cuestionarios, siendo factible ya que no se necesitó de financiamiento económico, ni ningún otro insumo cuya adquisición haya generado conflicto de intereses en el estudio o retrasos en el mismo.

11. RESULTADOS

Análisis univariado.

En la UMF se encontraban adscritos 64 médicos, eliminándose 4 médicos, con una pérdida del 6% de la población estudiada, ya que no aceptaron participar, por lo que se analizaron un total de 60 médicos, 30 del turno matutino y 30 del turno vespertino.

Se observó que 75% fueron mujeres y 25% hombres, con un rango de edad de 28 hasta 62 años, y una mediana de 39 años de edad; con un rango de edad mínimo de 28 años y un máximo de 62 años, el 36.5% de los médicos se encontraba en el grupo de edad de 36 a 45 años, seguido de 28 a 35 años con un 33.3%.

La mediana de años de haber concluido la Especialidad en Medicina Familiar fue de 6. El 75% de los médicos contaban con certificación vigente de medicina familiar y el 25% no la tenían, sólo se encuestó a un médico general.

De acuerdo a los hábitos saludables de los médicos, referente al tabaquismo, el 66.7% no fumaba, 23.3% eran ex fumadores y el 10% fumaba actualmente, fumando en promedio de 3 cigarros por día, teniendo tabaquismo leve el 83.3%, y el 10.7% tabaquismo moderado y severo.

Sobre alcoholismo el 33.3% de los médicos era abstemio, 15% ex bebedores, y el 51.7% eran bebedores actuales, consumiendo con mayor frecuencia la cerveza como bebida alcohólica en un 30%, seguido de vino de mesa en un 23.3%, y con un promedio de 2 copas en cada ocasión; referente al grado de alcoholismo, el 83.8% era ocasional, moderado bajo en un 13% y frecuente bajo en un 4.2%; en cuanto al tiempo de haber dejado de tomar bebidas alcohólicas, el mínimo de años fue de 1 y el máximo fue de 15 años. (Tabla 1)

En cuanto al nivel de actividad física el 23.3% de los médicos, realizaba actividad física moderada, el 20% alta y el 56.7% baja, la mediana de horas que pasaban sentados los médicos durante un día hábil fue de 6; en cuanto al tipo de alimentación, sólo el 13.3% tenía una alimentación saludable, el 81.7% necesita cambios en su alimentación y el 5% tenía una alimentación poco saludable así como el 55%-56% de los médicos consumían frutas y verduras diariamente. (Tabla 1)

Con respecto al nivel de conocimientos, los médicos tenían un nivel de conocimientos inadecuados: relacionados con tabaquismo en un 41.7%, un 26.7% relacionados con alcoholismo, 18.3% relacionados con actividad física y 25% relacionados con alimentación; en relación a actitudes, el 15% de los médicos tenía actitudes negativas de tabaquismo, el 23.3% para alcoholismo, 46.7% relacionadas a actividad física, y 66.7% relacionadas a alimentación. (Tabla 2)

Dentro de los conocimientos, en cuanto a las preguntas realizadas, algo importante que recalcar, el 81.7% los médicos afirmaron que el tabaquismo puede causar cáncer de vejiga, el 85% empeorar la diabetes, el 73.3% probar malformaciones al producto durante el embarazo, como labio y paladar hendido, y solo un 43.3% afirmó que el tabaco no incrementa el riesgo de enfermedad por Parkinson; el 81.1% menciona que incrementa el riesgo de muerte por ulcera gástrica. (Tabla 3)

En cuanto al nivel de conocimientos de actividad física, solo el 58.3% de los médicos conoce los lineamientos de la OMS para realizar actividad física (150 minutos de actividad física, semanalmente por 5 días a la semana), así mismo el 78.3% respondió que reduce la probabilidad de caídas en los ancianos, en un gran porcentaje de los médicos 93.3% afirmó que las personas con lumbalgia crónica pueden realizar actividad física, al igual que las personas con osteoporosis deben realizar actividad física, y si en el embarazo es recomendable realizar actividad física el 96.7% de los médicos, para ambas preguntas. (Tabla 3)

Referente a los conocimientos de alimentación el 60% de los médicos respondió que las grasas saturadas no son saludables, el 81.1% afirmó que el alto consumo de azúcar es causa más importante de obesidad que un alto contenido de grasa, el 70% refirió que las tortillas contienen un alto contenido nutritivo, el 96.7% refirió que los alimentos con almidón en gran cantidad incrementan de peso, y el 100% de los médicos refirió que un colesterol alto aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedad del corazón. (Tabla 3)

Hablando de alcoholismo, solo el 65% de los médicos conoce que el consumo nocivo de alcohol, se relaciona con la aparición de enfermedades infecciosas como tuberculosis y VIH /SIDA, en un bajo porcentaje de los médicos 43.3% respondieron que el consumo nocivo de alcohol incrementa el riesgo de cáncer mamario. Mientras que el 100% afirmó que el consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste, en un 96.7% respondieron correctamente que el consumo perjudicial está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres y el 98.3% de los médicos indicó que ocasiona malformaciones al producto. (Tabla 3)

Con base a las preguntas realizadas de actitudes relacionadas con hábitos saludables, el 75% tuvieron una actitud positiva para limitar el consumo de grasas, el 65% para comer pescado y pollo más que carnes rojas, el 26.7% refirió que le interesaba la actividad física, pero no la practicaba como quería, el 85% prefería siempre caminar que utilizar transporte, el 98.4% tenía una actitud positiva para no fumar por los riesgos y efectos adversos que genera a la salud, el 96.6% estaría dispuesto a colaborar en cualquier campaña en contra del consumo de tabaco y en cuanto a alcoholismo, el 83.3% considera que no deberían anunciarse bebidas alcohólicas por televisión y 100% impediría que un niño tomara bebidas alcohólicas. (Tabla 4)

Referente a las practicas saludables, sólo el 3.3% de los médicos tenía practicas saludables, el 18.3% practicas medianamente saludables, el 48.2% practicas poco saludables, y el 30% practicas no saludables. (Tabla 5)

De acuerdo a la clasificación del índice de masa corporal, el 1.7% de los médicos tenía desnutrición, el 41.7% normopeso, 36.7% sobrepeso, y 20% obesidad.

Referente a la promoción de hábitos saludables, el hábito saludable otorgado con más frecuencia en los últimos 12 meses por el médico, fue la actividad física en un 95%, seguido el de alimentación saludable en un 93.3%, no fumar en un 73.3%, y el que menos se otorgó fue el de no tomar bebidas en un 66.7%. (Tabla 6).

En un 55% los médicos preguntaban siempre a sus pacientes por su hábito tabáquico, en un 51.7% por su hábito de alcohol, el 80% por su hábito de actividad física, y el 81.7% por sus hábitos alimenticios.

El 37% de los médicos que no proporcionó alguno de los 4 hábitos saludables, las causas más frecuentes fueron poco tiempo de consulta en un 41%, falta de interés del paciente 18%, a pesar de que lo sugieren el paciente no lleva las recomendaciones en un 27%, y por no ser prioridad en el motivo de consulta en un 14%.

Análisis bivariado

Al realizar el análisis bivariado para no recibir promoción de no fumar de los médicos, se observó que la asociación del ser del sexo masculino tuvo una RMP de 1.54 (IC95% 0.43-5.50, $p=0.500$), a pesar de no tener significancia estadística el estimador puntual, se encuentra de riesgo, al igual el tener conocimientos inadecuados relacionados con tabaquismo tuvo una RMP de 2.25 (IC95% 0.70-7.19, $p=0.167$). (Tabla 7).

Para no realizar promoción de no tomar bebidas alcohólicas, el tener un conocimiento inadecuado tuvo una RMP de 3.85 (IC95% 1.16-12.81), con significancia estadística ($p=0.023$), en cuanto a la asociación del grupo de edad, los médicos de 40 años y más se encontró una RMP de 0.27 (IC95% 0.08-0.89), con significancia estadística ($p=0.028$); tener una actitud negativa a hábitos saludables tuvo una RMP de 0.41 (IC95% 0.11-1.48), significativamente estadística ($p=0.004$) para no realizar promoción de no tomar bebidas alcohólicas, en cambio el médico con sobrepeso y obesidad tuvo una RMP de 1.15 (IC95% 0.38-3.47, $p=0.791$) sin significancia estadística para no promocionar no tomar bebidas alcohólicas, pero el estimador puntual continua siendo de riesgo. (Tabla 8)

Referente a promoción de actividad física no se encontraron asociaciones significativamente estadísticas, sin embargo en los intervalos de confianza, el estimador puntual se encuentra de riesgo para no promocionarla, como sucede en el caso de no tener certificación vigente con una RMP de 6.76 (IC95% 0.56-80.74, $p=0.151$) y en los años de haber concluido la especialidad con una RMP de 2.56 (0.62-8.02, $p=0.169$). (Tabla 9)

Se encontró asociación al no tener certificación vigente con una RMP de 11 (IC95% 1.04-115), con significancia estadística ($p=0.004$) para no realizar promoción de alimentación saludable, el ser médico del sexo masculino tuvo una RMP de 3.3 (IC95% 0.42-25.84 $p=0.258$) para no otorgar promoción de alimentación saludable, a pesar de no tener significancia estadística, el estimador puntual se considera de riesgo, así como sucede con los médicos con sobrepeso y obesidad, que se obtuvo una RMP de 2.32 (IC95% 0.22-23.75, $p=0.430$) para no realizar promoción de alimentación saludable. (Tabla 10)

Análisis multivariado

Para el análisis multivariado se utilizó una regresión logística binaria, en el que se incluyeron las variables que por análisis bivariado se asociaron a la promoción de los hábitos saludables.

Se incluyeron algunos modelos estadísticamente significativos para otorgar la promoción de la salud por el médico, como promocionar no tomar bebidas alcohólicas, el tener conocimientos inadecuados, tuvo una RMP 6.04 (IC95% 1.37-23.07, $p=0.015$). (Tabla 11)

Para no otorgar promoción de alimentación saludable, el no tener certificación vigente en medicina familiar, tuvo una RMP de 13.18 (IC95% 1.08-160.5, $p= 0.043$). (Tabla 12)

12. Discusión

El presente estudio, difiere a otras investigaciones realizadas a nivel mundial(87), debido a que los médicos que tenían hábitos no saludables como fumar y tomar bebidas alcohólicas tuvieron un efecto protector para realizar promoción de la salud de estos hábitos, sin embargo, los médicos con sobrepeso y un nivel de actividad física baja, tuvieron mayor riesgo de no otorgar promoción de actividad física y de alimentación, así como el tener prácticas no saludables se asoció para no otorgar promoción de 3 hábitos saludables como no fumar, no tomar bebidas alcohólicas y actividad física, lo que algunos autores relatan que muchos médicos reportan dificultades para aconsejar a los pacientes sobre los comportamientos que ellos no practican, pero también hay médicos que recomiendan hábitos de vida saludable que ellos mismos no realizan(54) así también los médicos que demuestran que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de otorgar promoción y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables (55); al igual sucede con las actitudes de los médicos, a pesar de tener actitudes negativas relacionados a hábitos saludables, pueden otorgar promoción de la salud, en nuestro estudio solo se encontró asociación para no otorgar promoción de no tomar bebidas alcohólicas y alimentación saludable.

En cuanto al nivel de conocimientos inadecuados, nuestro estudio encontró asociación para no otorgar promoción de la salud, lo que pueda corresponder que los médicos que no tienen los conocimientos suficientes, tiendan a no hablar con sus pacientes sobre ciertos temas, para evitar ser cuestionados; en cuanto actividad física, el 58.3% de los médicos describieron correctamente las recomendaciones actuales de la OMS: 30 minutos de actividad física durante 5 días a la semana, nuestros datos son más elevados en comparación con otros estudios en donde solo el 13% de los médicos lo han descrito acertadamente(70).

El tener actitudes negativas por parte del médico demostró tener asociación para no otorgar promoción de la salud (No tomar bebidas alcohólicas, y alimentación saludable)(87).

Referente a la frecuencia de promoción de la salud, en nuestro estudio, la realizada por el médico es similar a la reportada en Inglaterra, casi del 80%(83).

Se observó y es motivo de preocupación la baja frecuencia con la que se realizó la promoción de no tomar bebidas alcohólicas y no fumar, ya que actualmente se tiene una alta prevalencia de adicciones en nuestro país(24), lo que sería de importancia continuar enfatizando sobre la promoción de éstos hábitos saludables en la población en riesgo, siendo primordial para la prevención y control de éstas enfermedades. Las percepciones de los médicos de que la promoción pueda no ser valorada por el paciente o perturbar la relación médico-paciente puede explicar la

baja frecuencia de promoción de hábitos saludables como el no fumar y el no tomar bebidas alcohólicas.

En nuestro estudio es un poco más elevado, el que los médicos pregunten a sus pacientes sobre su hábito tabáquico, nuestros médicos preguntan en un 55%, en comparación con otros estudios que ha sido del 48% (85).

En cuanto a las barreras, por las que el médico no otorga la promoción de la salud, es un poco menor en cuanto a la falta de tiempo en un 41% pero similar, en cuanto al desinterés del paciente para no realizarlo (86).

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, incluyen su naturaleza transversal no puede establecer la causalidad de las asociaciones observadas, la posibilidad de error de clasificación no diferencial por el autorreporte, este sesgo pudiera sobreestimar el efecto de la promoción de la salud, ya que los médicos tienden a sobreestimar sus actividades de prevención.

Así también otra de nuestras debilidades, es que no se contaron con instrumentos validados en cuanto a conocimientos y actitudes, lo que pudiera afectar la validez de nuestro estudio.

En nuestra investigación, la frecuencia de promoción de la salud otorgada por el médico puede estar sobreestimada, ya que la mayoría de los médicos sobre informan acerca de sus actividad propias de prevención (86).

13. Conclusiones

Se debe hacer énfasis en la capacitación y actualización académica continúa de los médicos, así como fomentar la salud en éste personal ya que tienen influencia para realizar promoción de la salud.

Los médicos desempeñan un papel importante la promoción de la salud en sus pacientes, al ser una fuente confiable de información en salud, las acciones de los médicos pueden recaer en sus pacientes, originando un gran impacto en la Salud Pública.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/es/index2.html
4. Duperly J, Sarmiento OL, Parra D et al. Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales. 2011. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/305029/Habitos+y+Estilos+de+Vida+Saludable+TOMO+2/6b664115-0b42-4262-8f05-18b7caa3d1bc>
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial del Corazón: Adoptar hábitos saludables desde la infancia puede prevenir enfermedades del corazón Disponible en: http://www.paho.org/Hq/index.php?Option=com_content&view=article&id=9046%3Adia-mundial-corazon-adoptar-habitos-saludables-infancia-prevenir-enfermedades-corazon&Itemid=1926&lang=es
7. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?Option=com_content&view=article&id=1

266:semana-del-bienestar-opsoms-en-el-mundo-y-semana-de-habitos-de-vida-saludables-en-colombia&Itemid=487

8. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 64.a Sesión del Comité Regional Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Organización panamericana de la salud. Organización mundial de la salud. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid
9. World Health Organization (2002). The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization.
10. Bueno-Cabello A, García-Lanzas A. Cuestionarios sobre hábitos saludables desde la educación física. Revista Digital de Educación Física y Deporte Escolar. Disponible en: http://educacionadistancia.juntadeandalucia.es/profesorado/pluginfile.php/55604/mod_resource/content/3/revista%20redeporte/articulos02/01.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial: meta general. La meta general de la estrategia es promover y proteger la salud a través de la alimentación sana y la actividad física. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>
12. Chiuve SE, Mccullough ML, Sacks FM, Rimm EB. Healthy lifestyle factors in the primary prevention of coronary heart disease among men: Benefits among users and nonusers of lipid-lowering and antihypertensive medications. *Circulation*. 2006;114:160–167.
13. Bibbins-Domingo K, Coxson P, Pletcher MJ, Lightwood J, Goldman L. Adolescent overweight and future adult coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2007;357:2371–2379.
14. Reeves MJ. Rafferty Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States. 2000 *Arch Intern Med*. 2005;165:854–857.
15. King DE, Mainous AG, Carnemolla M, Everett CHJ. Adherence to healthy lifestyle habits in US adults. *Am J Med*. 2009;122:528-534.

16. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. Nota descriptiva N°384. Febrero de 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
17. Guirao-Goris JA, Cabrero-García J, Moreno-Pina P, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos. *Gac Sanit.* 2009;23:334.
18. Vidarte-Claros JA, Velez-Alvarez C, Sandoval-Cuellar C, Alfonso-Mora ML. Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2011;16: 202–218
19. Reichert FF, Barros AJD, Domingues MR, Hallal PC. The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-Time Physical Activity. *American Journal of Public Health.* 2007;97:515-519
20. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
21. Organización Mundial de la Salud. Inactividad física: un problema de salud pública mundial. Disponible: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
22. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet.* 2012;380:247–257.
23. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet.* 2012;380(9838):219–229.
24. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf
25. Medina C, Janssen I, Campos I, Barquera S. Physical inactivity prevalence and trends among Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey (ENSANUT) 2006 and 2012. *BMC Public Health.* 2013;13(1063):1-10.

26. Calañas-Continente AJ, Bellido D. Bases científicas de una alimentación saludable. REV MED UNIV NAVARRA. 2006;50:7-14.
27. Organización Mundial de la Salud. Fomento del consumo mundial de frutas y verduras Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/> oms
28. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002 -Reducir los riesgos y promover una vida sana Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/es/>
29. Organización Panamericana de la Salud. Consumir más frutas y verduras salvaría 1,7 millones de vidas al año Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?Option=com_content&view=article&id=762:consumir-mas-frutas-verduras-salvaria-1-7-millones-vidas-ano&Itemid=234
30. Organización Mundial de la Salud Fomento del consumo mundial de frutas y verduras. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index1.html>
31. Restrepo LF, Rodríguez HE, Deossa GC. Consumo de vegetales y factores relacionados en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Perspect Nut Hum.*2013;15(2):171-183.
32. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Nota descriptiva No. 339. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
33. Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. 2012. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf
34. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva 349. Enero 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
35. Organización panamericana de la salud. Promoción de la salud. 2001. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_14-s.pdf

36. Promoción de la salud. DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, MÉXICO. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
37. LAS 5 FUNCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. SECRETARÍA DE SALUD. PROMOCIÓN DE LA SALUD. DISPONIBLE EN: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html
38. Soto-Mas F, Lacoste-Marín J, Papenfuss RL, Gutiérrez-León A EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD. UN ENFOQUE TEÓRICO PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA. *Salud Pública* 1997; 71: 335-311.
39. Murphy EM. La promoción de comportamientos saludables. *Population Reference Bureau. Boletín de Salud*. 2005.
40. Díez E, Juárez O, Villamarín F. Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(5):193-7.
41. Aristizábal-Hoyos GP, Blanco-Borjas DM, Sánchez-Ramos A, Ostiguín-Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2011; 8(4).
42. Ibañez-Gracia T. *Introducción a la psicología social*. Editorial UOC. España. 2004
43. Oblitas Guadalupe LA. *Psicología de la Salud y calidad de vida*. 3era ed. Editorial Cengage Learning. México. 2010
44. Contreras F, Esguerra G, Londoño X. Hábitos y creencias relacionadas con la salud en un grupo de adolescentes escolarizados de Bogotá. *Diversitas* 2005;1.
45. Meda-Lara RM, Torres-Yañez P, Cano-Guzman R, Vargas-Salomón R. Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 2004;14(2):205-214
46. Patra L, Mini GK, Mathews E, Thankappan KR. Doctors' self-reported physical activity, their counselling practices and their correlates in urban Trivandrum, South India: should a full-service doctor be a physically active doctor

47. Petrella RJ, Lattanzio CN. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Can Fam Physician*. 2002;48:72–80? *Br J Sports Med*. 2015 Mar;49(6):413-6
48. Alba LH, Badoui N, Gil F. Attitude toward preventive counseling and healthy practices among medical students at a Colombian university. *Front Med*. 2015;9(2):251-9.
49. Jonsdottir HI, Börjesson M, Ahlbor G. Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden. *BMC Public Health*. 2011;11:448.
50. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud Un Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la salud para la comisión Europea. Disponible en : http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf
51. Shahar DR, Henkin Y, Rozen GS. A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. *Nutrition*. 2009;25(5):532-539
52. Bakhshi S, While AE. Health Professionals' Alcohol-Related Professional Practices and the Relationship between Their Personal Alcohol Attitudes and Behavior and Professional Practices: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014;11(1):218-248.
53. Ali MF, Mahmood A. Attitude and Practices of General Practitioners of Sub-Urban Area of Karachi in Lifestyle Counseling and Health Promotion. *Sch. J. App. Med. Sci*. 2014; 2(5D):1751-1756.
54. Oberg E, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2009;39(4):290-291.
55. Frank E. Physician health and patient care. *STUDENTJAMA*. *JAMA*. 2004;291(5).
56. Frank E, Kunovich-Frieze T. Physicians' prevention counselling behaviours: current status and future directions. *Prev Med* 1995; 24: 543–545.

57. Cornuz J, Ghali WA, Di-Carlantonio D, Pecoud A, Paccauda F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*. 2000;17(6): 535-540
58. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *The European Journal of Public Health*. *European Journal of Public Health*. 2005;15(2):140 -145
59. Leeman RF, Fischler C, Rozin P. Medical doctors' attitudes and beliefs about diet and health are more like those of their lay countrymen (France, Germany, Italy, UK and USA) than those of doctors in other countries. *Appetite*. 2011;56(3):558–563
60. Laws RA, Kemp LA, Harris MF, Davies GP, Williams AM. An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary healthcare: a grounded theory study. *Implementation Science* 2009, 4:66
61. Kolasa KM, Rickett K. Barriers to Providing Nutrition Counseling. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(5):502-509
62. Taylor A. The role of primary care in promoting physical activity. In *Perspectives on Health and Exercise*. 2003:153-173.
63. Lawlor DA, Keena S, Neal RD. Increasing population levels of physical activity through primary care: GPs' knowledge, attitudes and self-reported practice. *Family Practice*. 1999;16(3):250-254.
64. The GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation counselling: Global Health Professionals Survey Pilot Study, 10 countries, 2005. *Tobacco Control* 2006;15(Suppl II):ii31–ii34.
65. Nobile GA, Bianco A, Biafore AD, Manuti B, Pileggi C, Pavia M. Are primary care physicians prepared to assist patients for smoking cessation? Results of a national Italian cross-sectional web Survey. *Preventive Medicine*. 2014;66:107–112

66. Abdullah A.S., Feng Q., Pun V., Stillman F., Samet J.M. A review of tobacco smoking and smoking cessation practices among physicians in China: 1987–2010. *Tob. Control.* 2013;22:9–14
67. Abu S. Abdullah , Frances A. Stillman , Li Yang, Luo H, Zhang Z, Samet MJ. Tobacco Use and Smoking Cessation Practices among Physicians in Developing Countries: A Literature Review (1987–2010). *Int J Environ Res Salud Pública.* 2014;11(1): 429-455.,
68. Abdullah A.S, Zhou J, Huang D, Lu S, Luo S, Pun VC. Smoking status and cessation counseling practices among physicians, Guangxi, China, 2007. *Prev. Chronic Dis.* 2010;7:A15
69. Maa SH, Hoangb MA, Sametb JM, Wang F, Mei C, Xu X et al. Myths and Attitudes that Sustain Smoking in China. *Journal of Health Communication: International Perspectives;* 2008;13(7).
70. Douglas F, Torrance N, van Teijlingen E et al. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BMC Public Health.* 2006;6:138.
71. Litaker D, Flocke SA, Frolkis JP, Stange KC. Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. *Prev Med.* 2005;40(5):556-63.
72. Duran AC, Latorre MR, Florindo AA, Jaime PC. Correlação entre consumo alimentar e nível de atividade física habitual de praticantes de exercícios físicos em academia. *Rev Bras Cienc Mov.* 2004;12(3):15-9.
73. Teixeira de Toledo MT, Abreu MN , Souza-Lopes AC. Adherence to healthy ways of life through counselling by health care professionals. *Rev. Saúde Pública.* 2013;47(3):1-8.
74. Duaso MJ, Cheung P. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think?. *J Adv Nurs.* 2002 Sep;39(5):472-9
75. Montañó DE, Phillips WR. Cancer screening by primary care physicians: a comparison of rates obtained from physician selfreport, patient survey, and chart audit. *Am J Public Health.* 1995;85(6):795–800.

76. Muñoz-Hernández O. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (Supl 1): S1-S2.
77. Gutiérrez G, Pérez-Cuevas R, Levy S, Reyes H, Acosta B, Fernández S et al. Strengthening preventive care programs: a permanent challenge for healthcare systems; lessons from PREVENIMSS México. BMC Public Health. 2010;10:417
78. Guía Técnica IMSS, mujer y hombre 20 a 59 años y del adulto mayor. 2010
79. Díez E. Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. 2004; 6.
80. Guía Técnica IMSS, mujer y hombre 20 a 59 años y del adulto mayor. 2010
81. Norma que establece las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar. 2000 - 001 – 007.
82. Contrato colectivo de trabajo. 2013-2015. IMSS. Seguridad y Solidaridad Social.
83. McAvoy BR, Kaner EF, Lock CA, Heather N, Gilvarry E. Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. Br J Gen Pract. 1999;49(440):187–190.
84. Podl TR, Goodwin MA, Kikano GE, Stange KC. Direct observation of exercise counseling in community family practice. Am J Prev Med. 1999;17(3):207–210.
85. Jiang Y, Ong MK, Tong EK, Yang Y, Nan Y, Gan Q, et al. Chinese Physicians and Their Smoking Knowledge, Attitudes, and Practices. American Journal Of Preventive Medicine. 2007; 33(1):15-22.
86. Duperly J, Lobelo F, Segura C, Sarmiento F, Herrera D, Sarmiento OL, et al. The association between Colombian medical students' healthy personal habits and a positive attitude toward preventive counseling: cross-sectional analyses. BMC Public Health. 2009;9:218.
87. Aweto HA, Oligbo CN, Fapojuwo OA, Olawale OA. Knowledge, attitude and practice of physiotherapists towards promotion of physically active lifestyles in patient management. BMC Health Services Research. 2013;13:21.

88. Díaz-Grávalos G. Factores relacionados con la práctica de educación sanitaria por los médicos de atención primaria de Galicia. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2001;75(6).
89. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GAO, Parra DC, Siqueira SV et al. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. *BMC Public Health*. 2015;15:344
90. Douglas F, Torrance N, Van-Teijlingen E, Meloni S, Kerr A. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BMC Public Health*. 2006;6:138.
91. Lawlor DA, Keena S, Neal RD. Increasing population levels of physical activity through primary care: GPs' knowledge, attitudes and self-reported practice. *Family Practice*. 1999;16(3):250-254.
92. McKenna J, Naylor PJ, McDowell N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *British Journal of Sports Medicine*. 1998;32(3):242-247.
93. Kreuter MW, Scharff, DP, Brennan LK. Physician Recommendations for Diet and Physical Activity: Which Patients Get Advised to Change?. *Preventive medicine*. 1997;26;825–833
94. Galaviz KI, Jauregui-Ulloa E, Fabrigar LR, Latimer-Cheung A, J. Lopez y Taylor J, Lévesque L. Physical activity prescription among Mexican physicians: a structural equation analysis of the theory of planned behaviour. *International Journal of Clinical Practice*. 2015;69(3):375–383.
95. Ramírez-Cardona L, Trejo-Varón T, Barengo NC. Prácticas y consejería de actividad física en médicos generalistas de Argentina. *Rev. salud pública*. 2013;15(3):455-464.
96. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). <https://sites.google.com/site/theipaq/>
97. Topolski TD, LoGerfo J, Patrick DL, Williams B, Walwick J, Patrick MB. Evaluación Rápida del Nivel de Actividad Física (Rapid Assessment of

Physical Activity, RAPA) de los adultos mayores. Prev Chronic Dis. 2006.
<http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/>

98. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. Trinidad-Rodríguez I, Fernández Ballart J, Cucó Pastor G, Biarnés-Jordà E, Arijá Val V. Nutr Hosp. 2008;23(3):242-252.
99. Norte-Navarro AI, Ortiz- Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. Nutr Hosp. 2011;26(2):330-336.
100. Cuestionario de hombres y mujeres de 20 a 59 años apartado tabaquismo y consumo de alcohol. ENCOPREVENIMSS 2010.

Anexos

Tabla 1. Hábitos saludables de los médicos.

Variable	N	%
Tabaquismo		
No fumador	40	66.7
Ex fumador	14	23.3
Fumador actual	6	10.0
Alcoholismo		
No tomador	20	33.3
Ex bebedor	9	15.0
Bebedor actual	31	51.7
Actividad física		
Baja	34	56.7
Moderada	14	23.3
Alta	12	20.0
Alimentación		
Saludable	8	13.3
Necesita Cambios	49	81.7
Poco Saludable	3	5.0
Saludable	8	13.3

Tabla 2. Conocimientos inadecuados y actitudes negativas relacionados con hábitos saludables de los médicos.

	Tabaquismo		Alcoholismo		Actividad física		Alimentación	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimientos								
Inadecuados	25	41.7	16	26.7	11	18.3	15	25
Actitudes								
Negativas	9	15	14	23.3	28	46.7	40	66.7

Tabla 3. Conocimientos adecuados relacionados con hábitos saludables de los médicos.

Conocimientos	Respuestas correctas	
	No.	%
Tabaquismo		
Causa de cáncer	49	81.7
Agravamiento de la diabetes	51	85.0
Causa de malformaciones al producto	44	73.3
Causa de enfermedad de Parkinson	26	43.3
Incrementa muerte por ulcera gástrica	49	81.7
Alcoholismo		
Relacionado con tuberculosis y VIH/SIDA	39	65.0
Riesgo de cáncer mamario	26	43.3
Consumo de riesgo provoca consecuencias adversas a la salud	60	100.0
Consumo perjudicial definido como consumo de 40g/día mujeres y 60g/día hombres	58	96.7
Ocasiona bajo peso al nacer, prematurez, retraso en el crecimiento intrauterino y aborto espontáneo	59	98.3
Actividad física		
Recomendación de la OMS (150 minutos de actividad física, 5 días semana)	35	58.3
Previene caídas en los ancianos	47	78.3
Recomendable en personas con lumbalgia crónica	56	93.3
Recomendable en personas con osteoporosis	58	96.7
Recomendable en embarazadas	58	96.7
Alimentación		
No consumir grasas saturadas	36	60.0
Obesidad como consecuencia de alto consumo de azúcar	49	81.7
Tortillas contienen alto contenido nutritivo	42	70.0
Incremento de peso por consumo de alimentos con almidón	58	96.7
Colesterol alto como causa de enfermedad del corazón	60	100.0

Tabla 4. Actitudes positivas relacionadas con hábitos saludables de los médicos.

Actitudes	Respuestas positivas	
	No.	%
Alimentación		
Limita el consumo de grasas	45	75
Come pescado y pollo, más que carnes rojas	39	65
Actividad física		
Le interesa y la practica actividad física suficientemente	16	26.7
Prefiere caminar a utilizar transporte, si las distancias son cortas	51	85
Tabaquismo		
No fuma (o dejaría de fumar) por los riesgos y efectos adversos que genera a la salud	59	98.4
Colaboraría en cualquier campaña en contra del consumo del tabaco	58	96.6
Alcoholismo		
Considera que no se deberían anunciar bebidas alcohólicas por televisión	50	83.3
Impediría que un niño tomara bebidas alcohólicas	60	100.0

Tabla 5. Practicas saludables de los médicos.

Practicas	N	%
No saludables	18	30.0
Poco saludable	29	48.3
Moderadamente saludables	11	18.3
Saludables	2	3.3

Tabla 6. Promoción de hábitos saludables otorgados por los médicos de consulta externa.

Promoción de hábitos saludables	N	%
No fumar	44	73.3
No tomar bebidas alcohólicas	40	66.7
Actividad física	57	95.0
Alimentación saludable	56	93.3

Análisis bivariado

Tabla 7. Análisis bivariado de los principales factores para no realizar promoción de no fumar de los médicos.

Variables	Promoción		RMP	IC95%	p
	No	Si			
Sexo					
Mujer	11	34	1		
Hombre	5	10	1.54	0.43-5.50	0.500
Edad					
20 a 40	5	22	1		
41 y mas	11	22	2.20	0.65-7.38	0.196
Años de haber terminado especialidad					
21 y más	1	4	1		
11 a 20	3	10	1.20	0.09-1.26	0.701*
0 a 10	12	29	1.65	0.16-16.38	0.561*
Certificación vigente					
Si	11	34	1		
No	5	10	1.54	0.43-5.50	0.500
Turno					
Vespertino	11	19	1		
Matutino	5	25	0.34	0.10-1.16	0.800
IMC					
Normopeso	7	18	1		
Sobrepeso y Obesidad	9	25	0.92	0.29-2.94	0.896
Tabaquismo					
No fumador	13	27	1		
Exfumador	2	12	0.34	0.06-1.77	0.168*
Fumador actual	1	5	0.41	0.04-3.92	0.397*
Actitud					
Positiva	13	28	1		
Negativa	3	16	0.4	0.09-1.63	0.163*
Conocimiento					
Adecuado	7	28	1		
Inadecuado	9	16	2.25	0.70-7.19	0.167
Prácticas					
Moderadamente y saludables	1	12	1		
Poco Saludables	10	19	6.31	0.71-55.81	0.068*
No Saludables	5	13	4.61	0.46-45.39	0.176*

*prueba exacta de Fisher.

Tabla 8. Análisis bivariado de los principales factores para no realizar promoción de no tomar bebidas alcohólicas de los médicos.

Variables	Promoción		RMP	IC95%	p
	No	Si			
Sexo					
Mujer	15	30	1		
Hombre	5	10	1.00	0.28-3.45	1.000
Edad					
20 a 40	15	18	1		
41 y mas	5	22	0.27	0.081-0.89	0.028
Años de haber terminado especialidad					
21 y más	1	4	1		
11 a 20	3	11	1.09	0.08-13.77	0.741*
0 a 10	16	25	2.56	0.26-25.01	0.381*
Certificación vigente					
Si	30	15	1		
No	5	5	1.00	0.23-4.18	1.000
Turno					
Vespertino	13	17	1		
Matutino	7	23	0.39	0.13-1.21	0.100
IMC					
Normopeso	8	17	1		
Sobrepeso y Obesidad	12	22	1.15	0.38-3.47	0.791
Alcoholismo					
No Bebedor	7	13	1		
Ex bebedor	3	6	0.92	0.17-4.89	0.636*
Bebedor actual	10	21	0.88	0.26-2.90	0.537
Grado de alcoholismo					
Ocasional	9	17	1		
Moderado bajo	1	3	0.62	0.05-6.96	0.592*
Actitud					
Positiva	15	31	1		
Negativa	5	9	1.14	0.32-4.02	0.829
Conocimiento					
Adecuado	11	33	1		
Inadecuado	9	7	3.85	1.16-12.81	0.023
Prácticas					
Moderadamente y saludables	4	9	1		
Poco Saludables	10	19	1.18	0.29-4.82	0.552*
No Saludables	6	12	1.12	0.24-5.20	0.596*

*prueba exacta de Fisher

Tabla 9. Análisis bivariado de los principales factores para no realizar promoción de actividad física de los médicos de la consulta externa.

Variables	Promoción		RMP	IC95%	p
	No	Si			
Sexo					
Mujer	2	43	1		
Hombre	1	14	1.53	0.12-18.24	0.585*
Edad					
20 a 40	1	17	1		
41 y mas	2	40	1.17	0.09-13.86	0.664*
Años de haber terminado especialidad					
11 y más	4	14	1		
0 a 10	16	25	2.56	0.62-8.02	0.169*
Certificación vigente					
Si	1	44	1		
No	2	13	6.76	.56-80.74	0.151*
Turno					
Vespertino	2	28	1		
Matutino	1	29	0.48	0.04-5.62	0.500*
IMC					
Normopeso	1	24	1		
Sobrepeso y Obesidad	2	32	1.50	0.12-17.52	0.615*
Actividad física					
Moderada y Alta	1	25	1		
Baja	2	32	1.56	0.13-18.23	0.601*
Actitud					
Positiva	2	30	1		
Negativa	1	27	0.55	0.04-6.47	0.550*
Conocimiento					
Adecuado	2	47	1		
Inadecuado	1	10	2.35	0.19-28.50	0.461*
Prácticas					
Poco, moderado y saludables	2	40	1		
No Saludables	1	17	1.17	0.09-13.86	0.664*

*prueba exacta de Fisher

Tabla 10. Análisis bivariado de los principales factores para no realizar promoción de alimentación saludable de los médicos.

Variables	Promoción		RMP	IC95%	p
	No	Si			
Sexo					
Mujer	2	43	1		
Hombre	2	13	3.3	0.42-25.84	0.258*
Edad					
20 a 40	2	40	1		
41 y mas	2	16	2.5	0.32-19.30	0.346*
Años de haber terminado especialidad					
11 y más	3	52	1		
0 a 10	1	4	4.33	0.36-51.80	0.300*
Certificación vigente					
Si	1	44	1		
No	3	12	11.0	1.04-115	0.004*
Turno					
Vespertino	3	27	1		
Matutino	1	29	0.31	0.03-3.16	0.306*
IMC					
Normopeso	1	24	1		
Sobrepeso y Obesidad	3	31	2.32	0.22-23.75	0.430*
Actitud					
Positiva	1	19	1		
Negativa	3	37	1.54	0.14-15.83	0.592*
Conocimiento					
Adecuado	2	43	1		
Inadecuado	2	13	3.3	0.42-25-84	0.258*
Prácticas					
Poco, moderado y saludables	3	39	1		
No Saludables	1	17	0.76	0.07-7.88	0.653*

*prueba exacta de Fisher

Tabla 11. Análisis de regresión logística múltiple, ajustado por las variables de control de promoción de no tomar bebidas alcohólicas y que explica los factores asociados para no otorgarlo por el médico.

Variable	RMP*	IC95%	p
Sexo masculino	1.41	0.36-5.73	0.627
Años de concluir MF (0-10)	2.13	0.52-9.10	0.298
Certificación no vigente	1.75	0.43-7.37	0.440
<u>Conocimientos inadecuados</u>	<u>6.04</u>	<u>1.37-23.7</u>	<u>0.015</u>
Prácticas no saludables	1.13	0.25-4.93	0.875
Actitud negativa	2.10	0.48-9.26	0.325
Sobrepeso y Obesidad	1.37	0.40-4.60	0.610

Tabla 11. Análisis de regresión logística múltiple, ajustado por las variables de control de promoción de alimentación saludable y que explica los factores asociados para no otorgarlo por el médico.

Variable	RMP*	IC95%	p
<u>Certificación no vigente</u>	<u>13.18</u>	<u>1.08-160.5</u>	<u>0.043</u>
Sexo masculino	2.38	0.21-26.98	0.483
Conocimientos inadecuados	4.05	0.35-45.99	0.258
Actitud negativa	1.67	0.13-21.51	0.694



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Instituto Mexicano del Seguro Social
Curso de Especialización en Epidemiología



Conocimientos, prácticas y actitudes relacionados con hábitos saludables en el médico y su influencia en la promoción de la salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

FOLIO _____

FECHA _____

Se le realizarán unas preguntas, toda información será tratada de manera confidencial y Usted será identificado con un número de folio.

1. ¿Tiene Usted Certificación de Especialidad vigente?
 1. Si
 2. No
2. Turno laboral al que se encuentra adscrito
 1. Matutino
 2. Vespertino
3. Tiempo desde que término su especialidad en medicina familiar (años) _____

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

4. Sexo: _____ 1. Hombre 2. Mujer
5. Fecha de nacimiento: _____
Dd mm aaaa
6. Edad: _____ años cumplidos

CONSUMO DE TABACO (Cuestionario ENCOPREVENIMSS 2010)

7. ¿Ha fumado alguna vez en la vida?
 0. No Pase a la pregunta 10
 1. Si, anteriormente
 2. si actualmente
8. Ha fumado más de 100 cigarrillos (5 cajetillas en toda su vida)
 0. No
 1. Si
- 9 ¿Actualmente cuantos cigarros fuma? Día ____ Semana ____ Mes ____ Año ____

CONSUMO DE ALCOHOL (Cuestionario ENCOPREVENIMSS 2010)

- 10 ¿Ha ingerido alguna vez en su vida bebidas alcohólicas?
 0. No (pase a la pregunta 13)
 1. Si, anteriormente (pase a la pregunta 11)
 2. si, actualmente (pase a la pregunta 12)
- 11 ¿Hace cuánto tiempo que dejo de tomar? Semana _____ Meses _____
Años _____ pase a la pregunta 13

12. Dígame si toma alguna(s) de las siguientes bebidas:

	SI	NO	DIARIO	SEMANTAL	MENSUAL	OCASIONAL	COPAS
Cerveza							
Brandy							
Tequila							
Ron							
Vino de mesa							
Aguardiente							
Mezcal							
Pulque							
Otro							

ACTIVIDAD FÍSICA

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA (IPAQ) Contestar si es menor de 60 años. Posterior a la pregunta 19 pasar a la pregunta 29

13. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

Días por semana _____

Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 15)_____

14. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

Indique cuántos minutos por día _____ No sabe/no está seguro _____

15. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar

Días por semana (indicar el número)_____

Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 17)_____

16 Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

Indique cuántas horas por día _____

Indique cuántos minutos por día _____

No sabe/no está seguro _____

17 Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

Días por semana (indique el número)_____ Ninguna caminata (pase a la pregunta 19)_____

18 Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

Indique cuántas horas por día _____

Indique cuántos minutos por día _____

No sabe/no está seguro _____

19 Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

Indique cuántas horas por día _____

Indique cuántos minutos por día _____

No sabe/no está seguro _____

CUESTIONARIO La Evaluación Rápida de la Actividad Física (RAPA).

Contestar solo si tiene más de 60 años.

20 Nunca o casi nunca hace actividades físicas.

1. si pase a la pregunta 29

2. No

21 Hace alguna actividad física ligera o moderada, pero no cada semana.

1. si pase a la pregunta 27

2. No

22. Hace algunas actividades físicas ligeras cada semana.

1. si pase a la pregunta 27

2. No

23 Hace actividades físicas moderadas cada semana, pero menos de cinco días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días.

1. si pase a la pregunta 27

2. No

24 Hace actividades físicas vigorosas cada semana, pero menos de tres días por semana, o menos de 20 minutos diarios en esos días.

1. Si pase a la pregunta 27

2. No

25 Hace 30 minutos o más de actividades físicas moderadas por día, 5 o más días por semana. 1. si pase a la pregunta 27

2. No

26 Hace 20 minutos o más de actividades físicas vigorosas por día, 3 o más días por semana. 1. si

2. No

27 Hace actividades para aumentar la fuerza muscular, como levantamiento de pesas una o más veces a la semana.

1. si

2. No

28 Hace actividades para mejorar la flexibilidad, como como ejercicios de elasticidad, una o más veces por semana.

1. si

2. No

ALIMENTACIÓN

Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario

¿CUANTAS VECES COME?

	A LA SEMANA	AL MES
29 Leche		
30. Yogur		
31. Chocolate: tableta, bombones		
32. Cereales inflados de desayuno (corn flakes, Kellogs)		
33. Galletas tipo María		
34. Galletas con chocolate, crema		
35 Pan dulce		
36. Donas, croissant		
	A LA SEMANA	AL MES
37. Ensalada: lechuga, tomate.		
38. Acelgas o espinacas		
39. Verduras de guarnición, berenjena, champiñones		
40. Papas al horno, fritas o hervidas		
41 Legumbres: lentejas, garbanzos, frijoles, habas, alubias		
42. Arroz		
43. Pasta: fideos, macarrones, espaguetis		
44. Sopas y crema		
45. Tortillas		
	A LA SEMANA	AL MES
46. Huevos		
47. Pollo o pavo		
48. Ternera, cerdo, cordero (bistec)		
49. Carne picada, longaniza , hamburguesa		
50. Pescado blanco: bacalao		
51. Pescado carpa, atún, sardina,		
52. Marisco: mejillones, langostinos, calamares		
53. Croquetas, pizza		
54. Pan (en bocadillo, comidas)		
	A LA SEMANA	AL MES
55. Jamón, salado, dulce, embutidos		
56. Queso blanco fresco, o panela		
57. otros quesos, curados, semicurados, o cremosos		
	A LA SEMANA	AL MES
58. Frutas cítricas, naranja, mandarina		

59. Otras frutas: manzana, pera, melocotón, plátano		
60. Frutas en conserva (en almíbar)		
61. Zumos de fruta natural		
62. Zumos de fruta comercial		
63. Frutos secos: cacahuates, avellanas, almendras		
64. Postres lácteos, natillas, flan, requesón		
65. Pasteles de crema o chocolate		
66. Bolsas de aperitivos (chetos, fritos)		
67. Golosinas, caramelos		
68. Helados		
69. Bebidas azucaradas Coca-Cola, fanta, etc.		
70. Bebidas baja en calorías (Coca-Cola light)		

ACTITUDES

Le realizaré preguntas en cuanto a actitudes relacionadas con los hábitos saludables

71. Limita el consumo de grasas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Nunca

72. Come pescado y pollo, más que carnes rojas.

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Nunca

73. En cuanto a actividad física

1. Le interesa y la practica suficientemente
2. Le interesa pero no la practica como quisiera
3. Le interesa, pero no la practica
4. No le interesa y no la practica

74. Prefiere caminar a utilizar transporte, si las distancias son cortas

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Nunca

75. No fuma (o dejaría de fumar, si es que fuma) por los riesgos y efectos adversos que genera a la salud
1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. En desacuerdo
76. Estaría dispuesto a colaborar en cualquier campaña en contra del consumo del tabaco
1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. En desacuerdo
77. No se deberían anunciar bebidas alcohólicas por televisión
1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. En desacuerdo
78. ¿Usted impediría que un niño tomara bebidas alcohólicas?
1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. En desacuerdo

CONOCIMIENTOS

Ahora le haré unas preguntas en cuanto a conocimientos relacionadas con hábitos saludables

- 79 ¿Fumar puede causar cáncer de vejiga?
- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. Si | 2. No | 3. No sé. |
|-------|-------|-----------|
- 80 ¿Fumar puede empeorar la diabetes?
- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. Si | 2. No | 3. No sé. |
|-------|-------|-----------|
- 81 ¿Fumar puede provocar malformaciones al producto durante el embarazo, como labio y paladar hendido?
- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. Si | 2. No | 3. No sé. |
|-------|-------|-----------|
- 82 ¿Fumar incrementa el riesgo de padecer enfermedad de Parkinson?
- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. Si | 2. No | 3. No sé. |
|-------|-------|-----------|
- 83 ¿Fumar incrementa el riesgo de muerte por ulcera gástrica?
- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. Si | 2. No | 3. No sé. |
|-------|-------|-----------|
- 84 ¿Cuáles son las recomendaciones de la OMS para realizar actividad física?
1. 10 minutos de actividad física diariamente (7 días)
 2. 150 minutos de actividad física, semanalmente (5 días a la semana)
 3. 120 minutos de actividad física, semanalmente (7 días a la semana)
 4. 20 minutos de actividad física diariamente (5 días)



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Médico)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Conocimientos, prácticas y actitudes relacionados con hábitos saludables en profesionales de la salud y su influencia en la promoción de la salud en los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Diciembre México D.F Unidad de Medicina Familiar No 21

Número de registro: R-2015-3703-23

Justificación y objetivo del estudio: El objetivo principal es el de estimar la asociación entre los conocimientos, prácticas y actitudes relacionadas con los hábitos saludables del médico y su influencia para realizar promoción de la salud en los pacientes de la UMF 21 proporcionará información valiosa para entender las necesidades específicas actuales de los médicos, ya que éstas tienen una gran relevancia en términos de salud, al influir en la promoción de la salud de sus pacientes, lo que contribuirá a corregir sus comportamientos y/o adquisición de hábitos saludables, para la prevención o aparición de enfermedades crónicas, y así disminuir costos en atención por complicaciones relacionadas y con ello mejorar su calidad de vida.

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el Es posible que no obtenga ningún beneficio directo, sin embargo podrá conocer sus conocimientos, prácticas y actitudes relacionadas con hábitos saludables

Información sobre resultados y alternativas de estudio Se harán a través del investigador principal directo

Participación o retiro: El participante puede solicitar en cualquier momento que no sea incluido en el estudio y podrá expresar cualquier duda que surja y conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Privacidad y confidencialidad: Toda información obtenida no se utilizarán en ningún momento para identificar al participante.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Los resultados obtenidos ayudarán a identificar los factores que se encuentren asociados a la promoción, y con ello realizar programas de sensibilización y capacitación a los médicos para mejorar sus hábitos y se realice con mayor frecuencia la promoción de la salud en el paciente de la UMF 21

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Cinthya Jennifer Rayón Castañeda Correo electrónico:cnthya03_84@hotmail.com Teléfono:7442364512

Colaboradores: Dra. Leonor Campos Aragón Correo electrónico: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com Teléfono: 55 52 56 43, Conmutador 5768 66 00 extensión: 112

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: comision.etica@imss.gob.mx

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

