



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO BIOMEDICO

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS

**“PRACTICAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DEL PERSONAL QUE
LABORA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR URBANAS DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION
AGUASCALIENTES”**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

ALUMNO: DRA. CYNTHIA YOSHEIDA CARDENAS URQUIZO.

ASESOR: DRA. ROSA MARIA CALDERON LIMON.

Aguascalientes, Ags Enero 2009

AGRADECIMIENTOS

A Dios que me ha conservado con vida, salud y ha sido mi guía hasta el momento, cuidandome y dándome consuelo en todos los momentos difíciles.

Agradezco a toda mi familia, que desde lejos me han comprendido, respetado y apoyado, muy en especial a Carlos y Claudia quienes me dieron la ilusión, contagiándome su alegría y dándome el impulso final que necesitaba para culminar esta etapa.

A todos mis profesores por sus enseñanzas, críticas, regaños, comentarios y toda su paciencia; gracias por impulsarme cada día a ser mejor. Y por ayudarme a realizar este sueño, que hubiera sido imposible sin su ayuda.

Agradezco a todas esas personas especiales que han pasado y pasan por mi vida, su amistad, animo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar donde estén, quiero darles las gracias por formar parte de mi, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

DEDICATORIAS

A Dios por darme fuerza y voluntad para seguir y concluir mi carrera profesional, por acompañarme siempre y guiar mis pasos en todo momento.

A mis padres, no me equivoco en decir que son los mejores padres del mundo, gracias por todo su esfuerzo, apoyo y por la confianza que depositaron en mi. Gracias por siempre, aunque lejos, han estado siempre a mi lado. Los amo.

Hay personas que son decisivas en nuestras vidas, una de ellas el Dr. García, quien más que medicina me enseñó a apreciar el valor real de la vida misma. Me enseñó que cualquier reto por más difícil que sea siempre tiene solución y que con un poco de ingenio, alegría e inteligencia el trabajo cotidiano se vuelve ligero como el viento.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN AGUASCALIENTES
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**

AGUASCALIENTES, AGS. 29 DE FEBRERO DEL 2008.

Al: DR. LUIS MIGUEL MÉNDEZ SÁNCHEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL
DE EDUCACION MÉDICA

De: DRA. ROSA MARÍA CALDERÓN LIMÓN
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7 AGS.

ASUNTO:

Por medio de este conducto le informo que la Dra. Cynthia Cárdenas Urquiza Residente del Tercer Año de Medicina Familiar y cuyo proyecto de tesis es **"PRACTICAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR URBANAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION AGUASCALIENTES"** se ha concluido satisfactoriamente, quedando pendiente su titulación, la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus ordenes para cualquier aclaración.

ATTE:

DRA. ROSA MARÍA CALDERÓN LIMÓN
Especialista en Medicina Familiar

c.c.p. Dr. José Manuel Martínez Canchoja. Coordinador de la Residencia en Medicina Familiar en Ags.
c.c.p. Dr. José de Jesús Valdivia Martínez. Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

RESUMEN

AUTORES: Calderón LR, Cárdenas UC.

TITULO: Prácticas de estilos de vida saludables del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.

LUGAR: UIESS, Delegación Aguascalientes.

INTRODUCCION: Las enfermedades crónicas secundarias a estilos de vida no saludables son causa líder en la morbilidad y mortalidad americanas, afectando a todos los estratos de la sociedad y redundado en dos tipos de costos: la reducción de la productividad del individuo y de su capacidad de generar ingresos. Estas enfermedades causan 60 % de las muertes en el mundo, cifra que según cálculos, podría ascender a 73 % para el año 2020. El impacto sobre la salud pública cuando el personal de salud practica estilos de vida saludables es doble, ya que además de impactar a un grupo en particular, los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos.

OBJETIVO: Medir las prácticas de estilos de vida saludables del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.

MATERIAL Y METODOS: Diseño observacional, descriptivo, transversal, al personal total que labora en las unidades de medicina familiar urbanas IMSS Delegación Aguascalientes, a quienes se les aplicó un cuestionario "Cuestionario de Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002)" con dos apartados (datos sociodemográficos y prácticas). Cuyas propiedades psicométricas son: Alpha de Cronbach: 0.8735, Medida de adecuación muestral de Kaiser-Olkin (KMO): 0.854, Chi-cuadrada aprox: 34584.7, gl: 6670, Sig.: 0.

RESULTADOS: 386 personas intervinieron en la investigación, de las cuales el promedio de edad fue de 42.7 años; el 35.5 % fueron hombres, mientras que el 64.5 % fueron mujeres. El 75.9% corresponde a personal de salud y el 24.1% personal administrativo. El 54.7 % tiene por lo menos una enfermedad crónica entre ellas: diabetes mellitus, hipertensión arterial sobrepeso-obesidad,

hipercolesterolemia, entre otras. Se encontró que el 68.3 % del personal total presenta algún grado de sobrepeso-obesidad. Encontrando que el 26.9% tiene cintura con riesgo elevado y el 39.1 % cintura con riesgo muy elevado. El nivel de actividad física que practica el personal total es en su mayoría poco (43.5%) y no saludable (40.4 %). En cuanto a recreación y manejo de tiempo libre la mayoría presentó saludable esta práctica (56 %). En el manejo de autocuidado el 62.4 % presenta saludable esta práctica. Referente a la práctica de hábitos alimenticios, el 65.8% presentó saludables esta práctica.

DISCUSION: En comparación al personal de salud colombiano, el personal total que labora en el Instituto Mexicano del Seguro Social presenta en general mejores prácticas de estilos de vida saludables, en las seis dimensiones de los mismos. Coincide en los dos estudios la deficiente práctica de actividad física y deporte.

CONCLUSIONES: A pesar de contar con prácticas de estilos de vida saludables, la población total presenta una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, que ocupan la primera causa de morbilidad a nivel mundial, y que pueden prevenirse con mejores prácticas de estilos de vida saludables.

	PAGINAS
AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIAS.....	ii
CARTA DE LIBERACION	iii
RESUMEN	iv
INDICE GENERAL.....	vi
INDICE DE CUADROS.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	ix
INDICE DE GRAFICAS.....	xii
I. INTRODUCCION.....	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
III. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	31
IV. JUSTIFICACION.....	35
V. MARCO TEORICO.....	36
V.1 PRACTICAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	36
V.1.2 COMPONENTES DE PRACTICAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.....	36
V.2 TEORIA DE LA ACCION RAZONADA.....	37
V.3 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.....	43
V.3.1 ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE.....	43
V.3.2 RECREACION Y MANEJO DE TIEMPO LIBRE....	44
V.3.3 AUTOCUIDADO.....	44
V.3.4 ALIMENTACION.....	45
V.3.5 ADICCIONES.....	48
V.3.6 SUEÑO.....	49
VI. OBJETIVO GENERAL.....	54
VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	55
VIII. METODOLOGIA.....	56
VIII.1 DISEÑO.....	56
VIII.2 UNIVERSO DE TRABAJO.....	56

VIII.3 POBLACION DE ESTUDIO.....	56
VIII.4 UNIDAD DE OBSERVACION.....	56
VIII.5 UNIDAD DE ANALISIS.....	56
VIII.6 CRITERIOS DE INCLUSION.....	56
VIII.7 CRITERIOS DE NO INCLUSION.....	56
VIII.8 CRITERIOS DE ELIMINACION.....	57
VIII.9 MUESTREO.....	57
VIII.10 DEFINICION DE VARIABLES.....	57
VIII.11 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.....	58
VIII.12 LOGISTICA.....	60
VIII.13 PRUEBA PILOTO.....	60
VIII.14 CAPTURA DE DATOS.....	61
VIII.15 ANALISIS ESTADISTICO.....	61
VIII.16 CONSIDERACIONES ETICAS.....	61
IX. RESULTADOS.....	62
X. DISCUSIÓN.....	66
XI. CONCLUSIONES.....	68
XII. ANEXOS.....	69
XII.1. TABLAS	
XII.2. GRAFICAS	
XII.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	
XII.4. INSTRUMENTO DE EVALUACION	
XII.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
XII.6. HOJA DE GASTOS	
XII.7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
XIII. GLOSARIO.....	83
XIV. BIBLIOGRAFIA.....	84

INDICE DE CUADROS

PAGINAS

Cuadro 1. Trabajadores de las Unidades de Medicina Familiar Urbanas del IMSS Delegación Aguascalientes.....	19
Cuadro 2. Estimación de las necesidades energéticas y de otros nutrimentos para el adulto.....	47
Cuadro 3. Interpretación de IMC acorde a Guía Técnica PREVENIMSS: Cartilla de Salud de la mujer y del hombres de 20 a 59 años.....	48

INDICE DE TABLAS

PAGINAS

Tabla 1. Frecuencia de Práctica de Actividad Física y Deporte del Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes.....	74
Tabla 2. Frecuencia de Práctica de Recreación y Manejo de Tiempo Libre del Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes.....	74
Tabla 3. Frecuencia de Práctica de Autocuidado y Cuidado Médico del Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes.....	74
Tabla 4. Frecuencia de Práctica de Hábito Alimenticio del Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes.....	75
Tabla 5. Frecuencia de Práctica de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas del Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes.....	75
Tabla 6. Frecuencia de Práctica de Sueño del Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes.....	75
Tabla 7. Frecuencia de Práctica de Actividad Física y Deporte de acuerdo al Género en el personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes....	76

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tabla 8. Frecuencia de Práctica de Autocuidado y Cuidado medico de acuerdo al Género en el personal de que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 76

Tabla 9. Frecuencia de Practica de Sueño de acuerdo al Género en el personal de que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 77

Tabla 10. Frecuencia de Hábito Alimenticio en relación al Estado Civil en el personal de que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 77

Tabla 11. Frecuencia de Práctica de Autocuidado en relación al Nivel Educativo en el personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 78

Tabla 12. Frecuencia de Práctica de Habito Alimenticio en relación al Nivel Educativo en el personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 78

Tabla 13. Frecuencia de Práctica de Actividad Física y Deporte, en relación a la Categoría Laboral del personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 79

Tabla 14. Frecuencia de Práctica de Autocuidado en relación a la Categoría Laboral del personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes... 79

Tabla 15. Frecuencia de practica de Hábito Alimenticio en relación al Nivel Educativo en el personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 80

Tabla 16. Frecuencia de Práctica de Actividad Física y Deporte en relación al personal con enfermedad crónica agregada en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 80

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tabla 17. Frecuencia de Práctica de Actividad Física y Deporte en relación al IMC del personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 81

Tabla 18. Frecuencia de Práctica de Actividad Física y Deporte en relación al Índice cadera/cintura en el personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 81

Tabla 19. Frecuencia de Práctica de Recreación y Manejo de Tiempo Libre en relación al Índice cadera/cintura en el personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 82

Tabla 20. Frecuencia de Práctica de Hábito Alimenticio en relación al Índice cadera/cintura en el personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 82



INDICE DE GRAFICAS

PAGINAS

Grafica 1. Distribución de Practicas de Estilos de Vida Saludables del Personal de Salud y Administrativo que labora en las Unidades de Medicina Familiar Urbanas de Aguascalientes..... 83

Grafica 2. Frecuencia de Índice de Masa Corporal del Personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar Urbanas de Aguascalientes..... 83

Grafica 3. Frecuencia de Práctica de Actividad Física y Deporte de acuerdo al Género en el Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes.... 84

Grafica 4. Frecuencia de Práctica de Auto cuidado de acuerdo al Género en el Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 84

Grafica 5. Frecuencia de Hábito Alimenticio de acuerdo al Estado Civil en el Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 85

Grafica 6. Frecuencia de Práctica de Auto cuidado de acuerdo al Nivel Educativo en el Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 85

Grafica 7. Frecuencia de Práctica de Hábito Alimenticio de acuerdo al Nivel Educativo en el Personal que labora en las UMF Urbanas de Aguascalientes..... 86

En el continente americano ha habido en las últimas décadas un notable incremento de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estilos de vida no saludables.

Estas enfermedades y trastornos en conjunto, entre los que se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebro vasculares, la obesidad y algunos tipos de cáncer, son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

Mediante la promoción de estilos de vida saludables se previenen la mayoría de las enfermedades anteriormente señaladas.

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales.

Desde este punto de vista los estilos de vida comprenden no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables – ejercicio físico, dieta sana y ausencia de consumo de sustancias dañinas -, sino también otras actitudes y prácticas tales como la tolerancia, la solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación, entre otros, que incide en la vida colectiva.

El propósito de este estudio es medir las prácticas de estilos de vida saludables del personal que labora en el primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

AREA DE INVESTIGACION: SALUD OCUPACIONAL.

AREA PROBLEMA: PROMOCION A LA SALUD.

OBJETO DE ESTUDIO: PRACTICAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

SUJETO DE ESTUDIO: PERSONAL QUE LABORA.

CONTEXTO: PRIMER NIVEL DE ATENCION.

En la Delegación Aguascalientes del Instituto Mexicano del Seguro Social se tiene un registro de contratación de 3,527 trabajadores de base, divididos en diferentes niveles, categorías y áreas laborales. Se considera personal de salud al conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, con el objetivo de generar acciones en el campo de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.¹

Personal administrativo son el conjunto de personas que laboran al servicio del Instituto con actividades de tipo administrativas.

De acuerdo al profesigramas del Contrato Colectivo de Trabajo 2005-2007 del Instituto Mexicano del Seguro Social existen las siguientes categorías laborales en las Unidades de Medicina Familiar:

Trabajadores de Confianza

- Director General
- Secretaria General

Trabajadores de Base

I. Grupo de Profesionales

la.- Escalafón de Enfermería:

Auxiliar de Enfermería General.- Categoría Autónoma

1ª. Categoría: Enfermera General

2ª. Categoría: Enfermera Especialista:

- Enfermera Especialista en Atención Materno – Infantil
- Enfermera Especialista en Salud Pública

3ª. Categoría: Enfermera Jefa de Piso

¹ Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en las unidades de medicina familiar 2000-001-007. Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Ib.- Escalafón de Servicios de Farmacia

1ª. Categoría: Auxiliar de Farmacia

2ª. Categoría: Ayudante de Farmacia

3ª. Categoría: Oficial de Farmacia

4ª. Categoría: Coordinador de Farmacia

Ic. Químico Responsable (Jefe de Laboratorio)

Id. Auxiliar de Laboratorio

Ie. Laboratorista

If. Químico Clínico

Ig.- Estomatólogo

Ih.- Médico Familiar

Ii.- Médico No Familiar Epidemiólogo

Ij.- Jefe de Grupo de Médicos Familiares (Jefe de Clínica)

Ik.- Jefa de Trabajo Social

Il. Trabajadora Social

II. Grupo de Especializados

Ila. Médico para el Traslado de Pacientes de Urgencias

Ilb. Técnico Radiólogo

Ilc. Terapeuta Físico

(Sólo en unidades donde existe atención en servicio de urgencias)

III. Grupo de Administrativos

IIIa.- Escalafón de Almacenistas

1ª. Categoría: Auxiliar de Almacén

2ª. Categoría: Oficial de Almacén

IIIb.- Escalafón de Telecomunicaciones en el Área de Telefonía

1ª. Categoría: Operador Telefónico "A"

IIIc.- Escalafón de la Rama Universal de Oficinas

- Mensajero

1ª. Categoría: Auxiliar Universal de Oficinas

2ª. Categoría: Oficial de Servicios Técnicos

2ª. Categoría: Oficial de Personal

2ª. Categoría: Oficial de Estadística

3ª. Categoría: Coordinador de Servicios Técnicos

3ª. Categoría: Coordinador de Estadística

4ª. Categoría: Jefe de Grupo de Servicios Técnicos

4ª. Categoría: Jefe de Estadística

5ª. Categoría: Especialista de Servicios Técnicos

5ª. Categoría: Jefe de Servicios

- Administrador

- Ayudante Administrativo

III d.- Escalafón de Asistentes Médicas

1ª. Categoría: Asistentes Médicas

2ª. Categoría: Coordinadora de Asistentes Médicas

IV. Grupo de Intendencia, Conservación, Servicios de Nutrición y Dietética y Transportes (Chofer)

IVa.- Escalafón de Servicios de Intendencia

1ª. Categoría: Auxiliar de Servicios de Intendencia

2ª. Categoría: Ayudante de Servicios de Intendencia

IVb.- Escalafón de Conservación

- Jefe de Conservación
- Técnico Polivalente
- Técnico Electricista
- Técnico Plomero
- Técnico "A " en Equipos Médicos

IVc.- Escalafón en Nutrición y Dietética

1ª. Categoría: Nutricionista Dietista

IVd. Escalafón de Transportes

1ª. Categoría: Chofer

V. Técnico en Atención y Orientación al Derechohabiente ⁽²²⁾

Existen variantes según la operacionalización de cada unidad de medicina familiar específica. Los técnicos radiólogos y químicos laboratoristas laboran sólo en unidades donde existe atención en servicio de urgencias.

En la zona urbana de la ciudad de Aguascalientes existen cinco unidades de Medicina Familiar, con el siguiente número profesionales de la salud y administrativos:

CUADRO 1. Trabajadores de las Unidades de Medicina Familiar Urbanas del IMSS Delegación Aguascalientes.

	Categoría	UMF 1	UMF 7	UMF 8	UMF 9	UMF 10	Total
1	Director	1	1	1	1	1	5
2	Secretaria de Unidad Operativa	1	0	0	0	0	1
3	Auxiliar de Enfermería General	5	10	11	10	8	44
4	Auxiliar de Enfermería en Salud Pública	7	6	5	5	7	30
5	Enfermera general	3	7	5	11	5	31
6	Enfermera Especialista	4	2	2	2	2	12
7	Enfermera Especialista en Salud Pública	2	2	2	2	2	10
8	Jefe de Enfermería	0	1	1	1	1	4
9	Auxiliar de Farmacia	4	2	3	2	3	14
10	Ayudante de Farmacia	1	2	3	1	3	10
11	Oficial de Farmacia	1	1	1	1	1	5
12	Coordinador de Farmacia	0	0	1	0	0	1
13	Jefe de Laboratorio	0	1	1	1	1	4
14	Auxiliar de Laboratorio	0	2	2	2	3	9
15	Laboratorista	0	3	2	3	3	11
16	Químico Clínico	0	1	2	1	3	7
17	Estomatólogo	3	3	4	2	4	16
18	Médico Familiar	45	35	57	34	51	222
19	Médico No Familiar	1	1	1	1	2	6
20	Trabajadora Social	5	3	3	3	5	19
21	Jefa de Trabajo Social	0	1	1	1	1	4
22	Médico para Traslado de Urgencias	1	0	0	0	0	1
23	Técnico Radiólogo	0	2	2	2	2	8

24	Terapeuta Físico	0	0	0	0	4	4
25	Auxiliar de Almacén	0	0	1	0	0	1
26	Oficial de Almacén	1	1	1	1	1	5
27	Operador Telefónico A	2	2	2	2	2	10
28	Mensajero	1	3	3	3	2	12
29	Auxiliar Universal de Oficina	8	14	14	11	9	56
30	Oficial de Servicios Técnicos	3	3	3	3	0	12
31	Oficial de Personal	1	1	1	1	1	5
32	Oficial de Estadística	3	2	2	2	0	9
33	Coordinador de Servicios Técnicos	2	1	2	1	1	7
34	Coordinador de Estadística	2	2	2	2	0	8
35	Jefe de Grupo de Servicios Técnicos	1	0	0	1	0	2
36	Jefe de Grupo de Estadística	1	1	1	1	0	4
37	Especialista de Servicios Técnicos	0	0	1	0	0	1
38	Jefe de Servicios	2	2	3	2	3	12
39	Administrador	1	1	1	1	1	5
40	Ayudante Administrativo	1	0	0	0	0	1
41	Asistente Médica	46	34	51	29	48	208
42	Coordinadora de Asistentes Médicas	2	3	4	2	2	13
43	Auxiliar de Servicios de Intendencia	8	15	10	11	17	61
44	Ayudante de Servicios de Intendencia	0	1	1	0	2	4
45	Jefe de Conservación	0	0	0	0	1	1
46	Técnico Polivalente	0	1	1	0	1	3
47	Técnico Electricista	0	1	0	1	1	3
48	Técnico Plomero	1	1	1	1	2	6
49	Técnico A en Equipo Médico	0	0	0	0	1	1
50	Nutricionista Dietista	1	1	1	1	1	5

51	Chofer	0	1	1	0	1	3
52	Técnico en Atención y Orientación al derechohabiente	1	1	2	1	1	6
53	Controlador de Tarjetones	0	0	0	0	1	1
	Total	172	178	219	163	211	943

Fuente: Departamento de Personal Delegación IMSS Aguascalientes, 2007.

No se cuenta con la información completa del personal total que labora en las unidades de medicina familiar urbanas de la Delegación Aguascalientes. Por este motivo se pretende realizar el censo debido a que no se cuenta con información precisa del personal que labora.

Las enfermedades crónicas no transmisibles desempeñan un papel cada vez más importante dentro del marco de la carga general de enfermedades en América Latina ⁽¹⁾; estas enfermedades junto con las lesiones no intencionales, ambas relacionadas a prácticas de estilos de vida no saludables representan casi el 70% de todas las causas de muerte y afectan principalmente a personas de 18 a 70 años de edad ⁽²⁾.

En el estudio colombiano “Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos“(2007) de Sanabria y cols, se midieron las prácticas de estilos de vida saludables en el personal de salud encontrando que una minoría las presentan ⁽³⁾.

México se encuentra en un proceso de transición en lo que respecta a la salud, con aumento en la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles. La tasa de mortalidad por estas enfermedades ha ascendido de 43.7 por 1000 habitantes en 1950 a 73 por 1000 habitantes en el 2000; no se cuenta con datos actuales del 2008. Desde 1980 las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de muerte en México ⁽⁴⁾.

Las prácticas no saludables como la reducción de la actividad física, la ingesta calórica aumentada en relación con un gasto calórico bajo entre otros factores parecen ser determinantes en la génesis del sobrepeso y obesidad ⁽⁵⁾ que a su vez condicionan el desarrollo de cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión ⁽⁶⁾.

Prácticas no saludables como la inadecuada alimentación, la falta de actividad física, la ingesta de cafeína, el alcoholismo y el tabaquismo, incrementan la probabilidad de infarto al miocardio e hipertensión en personas expuestas a factores estresantes en el trabajo, como el trabajador de la salud ⁽⁷⁾.

1.- Programa de Fomento a la Salud en los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social: tiene el objetivo de llevar a cabo al 100% de los trabajadores de la salud y administrativos, acciones oportunas de carácter preventivo, educativo y de gestión médico-administrativa, con impacto en el ámbito individual, laboral y familiar, bajo el enfoque de atención a los principales factores de riesgo y daños a la salud, a través de la autogestión. Se cuenta con el Departamento de Fomento a la Salud en la Delegación Aguascalientes, en cada Hospital General de Zona (1 y 2) con asignación de determinadas unidades de medicina familiar respectivamente. Donde actualmente estas actividades han disminuido por diferentes factores ⁽⁸⁾.

2.- Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS): su objetivo es promover en los derechohabientes estilos de vida saludables; cuenta con cinco programas que corresponden a grupos etéreos, de los cuales para este estudio nos interesa:

- Salud de la mujer (20 a 59 años)
- Salud del hombre (20 a 59 años) ⁽⁹⁾.

3.- Existe omisión en la Ley Federal del Trabajo y Nueva Ley del Seguro Social del termino “estilo de vida saludable” dentro de sus lineamientos. En la

búsqueda de información se ha hecho una revisión exhaustiva en estos documentos y no existe un apartado que sugiera promoción a la salud del trabajador con relación a estilos de vida saludables ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾.

4.- Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-SSA2-043-2002, Servicios básicos de salud. Promoción y educación en materia alimentaria. Criterios para brindar atención: establece los criterios generales para identificar grupos de riesgo, desde el punto de vista nutricional, la evaluación de la prevalencia y magnitud de las enfermedades relacionadas con la nutrición de la población y por último la evaluación de la disponibilidad y capacidad de compra de alimentos, por parte de los diferentes sectores de la población ⁽¹²⁾.

5.- Norma oficial Mexicana NOM 174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad: establece los lineamientos sanitarios para el regular el manejo integral de la obesidad ⁽¹³⁾.

6.- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la Prevención, tratamiento y control de las adicciones: define y especifica criterios diagnósticos de tabaquismo y alcoholismo, así como sus complicaciones y prevención en materia de promoción a la salud ⁽¹⁴⁾.

7.- Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria: especifica la relación de estilos de vida con el patrón de la enfermedad, así como los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de la enfermedad ⁽¹⁵⁾.

8.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial: establece los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial ⁽¹⁶⁾.

El desarrollo económico y social ⁽⁴⁾, la transición epidemiológica, la globalización, la comercialización de productos “chatarra” difundida por los

medios masivos de comunicación, la introducción de la tecnología alimentaria transnacional, entre otros factores, han influido en los cambios en los estilos de vida, que a la postre se verán reflejados en la alta incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas ⁽⁵⁾.

Los actuales estilos de vida, en concreto las formas de alimentación y de actividad física, no son prácticas saludables en nuestra población, y el costo para su atención es muy alto para las personas, instituciones y sociedad en su conjunto ⁽²⁰⁾.

Por otro lado, las actividades recreativas son más comunes en los sectores de población en mejor situación económica, no así en los sectores de menores ingresos ⁽²⁾.

En cuanto al régimen alimentario, existe un cambio significativo caracterizado por una disminución del consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres y un aumento paralelo del consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal ⁽²⁾.

Los médicos y el personal de salud de instituciones hospitalarias están dentro del grupo de profesionistas cuyo campo de acción laboral propicia factores de mayor riesgo en cuanto al consumo de drogas y alcohol ⁽⁷⁾.

Los trabajadores de la salud tienen una alta prevalencia de prácticas no saludables, el control de cada uno de los mismos representa una reducción en la morbilidad y mortalidad ⁽¹⁷⁾.

El impacto sobre la salud pública cuando el personal de salud practica estilos de vida saludables es doble, ya que además de impactar a un grupo en particular, los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos ⁽³⁾.

La población de trabajadores de la salud es mayormente sedentaria, solo una minoría practica un ejercicio efectivo para su salud ⁽¹⁾. El sobrepeso y obesidad están presentes en el personal de salud, afectando principalmente a médicos, trabajadores que se encuentran bajo el dominio de prácticas no saludable ⁽⁴⁾.

En Colombia donde se han medido las prácticas de estilos de vida saludables en el personal de salud, específicamente entre médicos y enfermeras, se encontró que: la actividad física es una práctica nada saludable en el 84%, en cuanto al tiempo de ocio la tercera parte presenta un manejo poco saludable; referente a prácticas alimentarias alrededor del 11% no presenta adecuada esta medida; y en cuanto al hábito de sueño menos del 10% lo presenta poco saludable ⁽³⁾.

Fanghanel y cols en su estudio “Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México” (1997), encontraron que del personal de salud conformado por intendencia, administración, enfermería y personal médico, el 16.34 % presenta hipercolesterolemia; 20.89 % hipertrigliceridemia; 13.92 % obesidad; 15.43 % hipertensión arterial y 29.3 % tabaquismo ⁽¹⁸⁾.

Los profesionales de salud obtuvieron mayor prevalencia de tabaquismo en comparación de los profesionales de otras áreas. A su vez los médicos ocupan un mayor porcentaje (43.1 %) de tabaquismo en comparación con las enfermeras (29.3%) ⁽¹⁹⁾.

Las enfermedades crónicas secundarias a estilos de vida no saludables son causa líder en la morbilidad y mortalidad americanas, afectando a todos los estratos de la sociedad y redundado en dos tipos de costos: la reducción de la productividad del individuo y de su capacidad de generar ingresos. Además obligan a un uso más intenso de servicios de salud muy especializados. La

prevalencia y los costos de las enfermedades crónicas son extraordinariamente altos ⁽¹⁾.

Las enfermedades crónicas causan 60 % de las muertes en el mundo, cifra que según cálculos, podría ascender a 73 % para el año 2020 ⁽⁴⁾.

Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos debido a las enfermedades no transmisibles secundarias a prácticas de estilos de vida no saludables tales como obesidad, accidentes cerebro vasculares, diabetes y cardiopatías en América ascienden a 12.5 millones de AVAD ⁽²⁾.

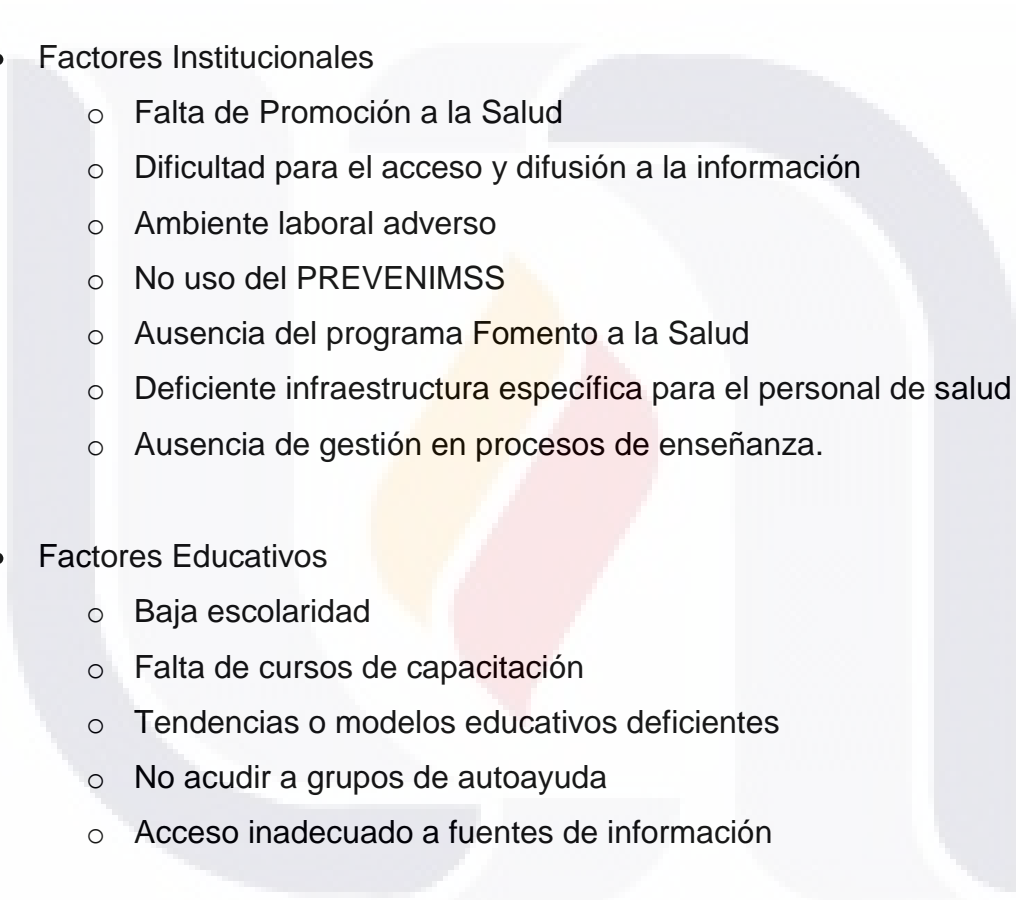
La inactividad física no sólo contribuye a las enfermedades no transmisibles antedichas, sino también puede predisponer enfermedades mentales, la acumulación del estrés, un menor rendimiento laboral e incluso tener un efecto negativo en la interacción social ⁽²⁾.

El problema del consumo de sustancias tóxicas para la salud en el área laboral es de suma importancia, tanto por el daño personal –físico y psicológico- que este consumo causa al sujeto, a su familia y compañeros de trabajo, como por las graves consecuencias y problemas que puede ocasionar en el desempeño de las labores cotidianas, especialmente dentro del ámbito de la atención a los seres humanos ⁽⁷⁾.

Factores más importantes que pueden influir en el problema:

Prácticas de Estilos No Saludables del Personal de Salud IMSS Delegación Aguascalientes

- Factores Personales
 - Edad
 - Género
 - Estado civil
 - Peso – estatura

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Relación cintura-cadera
 - Hábitos alimentarios inadecuados
 - Deficiente práctica de actividad física
 - Mal manejo de hábito de tiempo libre
 - Estrés laboral presente
 - Hábito de descanso y sueño deficiente
 - Hábito de tabaquismo presente
 - Hábito de alcoholismo presente
- Factores Institucionales
 - Falta de Promoción a la Salud
 - Dificultad para el acceso y difusión a la información
 - Ambiente laboral adverso
 - No uso del PREVENIMSS
 - Ausencia del programa Fomento a la Salud
 - Deficiente infraestructura específica para el personal de salud
 - Ausencia de gestión en procesos de enseñanza.
 - Factores Educativos
 - Baja escolaridad
 - Falta de cursos de capacitación
 - Tendencias o modelos educativos deficientes
 - No acudir a grupos de autoayuda
 - Acceso inadecuado a fuentes de información
 - Factores Sociales
 - Entorno familiar disfuncional
 - Relaciones personales conflictivas
 - No formar parte de organizaciones sociales
 - Falta de membresía a club social
 - No seguimiento de normas sociales
 - Factores Económicos
 - Mala condición económica
- 

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Vivienda deficiente
 - Dificultad en el acceso a los servicios básicos

 - Factores Culturales
 - Falta de valores
 - Falta de actividades lúdicas

 - Factores de Salud
 - Enfermedad preexistente
 - Falta de auto-cuidado
 - Uso de fármacos

Ver diagrama en Anexos página

Proyectos relacionados con el tema

- Sanabria, González y Urego (2007) en su estudio “Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos” aplicaron un cuestionario “*Prácticas y Creencias sobre estilos de Vida*, tomado de Salazar y Arrivillaga (2004)”, encontrando que sólo el 11.5 % de los médicos y el 6.73 % de enfermeras presentan un estilo de vida saludable ⁽²⁾.

- Arrivillaga y Salazar (2003) en su estudio “*Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*”, a través de la aplicación de un cuestionario “Cuestionario de prácticas y creencias relacionados con estilos de vida” encontrando que existe una alta presencia de creencias favorables a la salud con prácticas no saludables; y baja presencia de creencias favorables a la salud con prácticas saludables⁽²⁹⁾.

- Villarreal en su estudio “Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión” (2003) realizaron historia clínica, antropometría y medición bioquímica del 30% del total del personal de salud, y encontraron que la población de trabajadores es mayormente sedentaria, recomendando mejorar los estilos de vida de esta población de trabajadores⁽¹⁾.

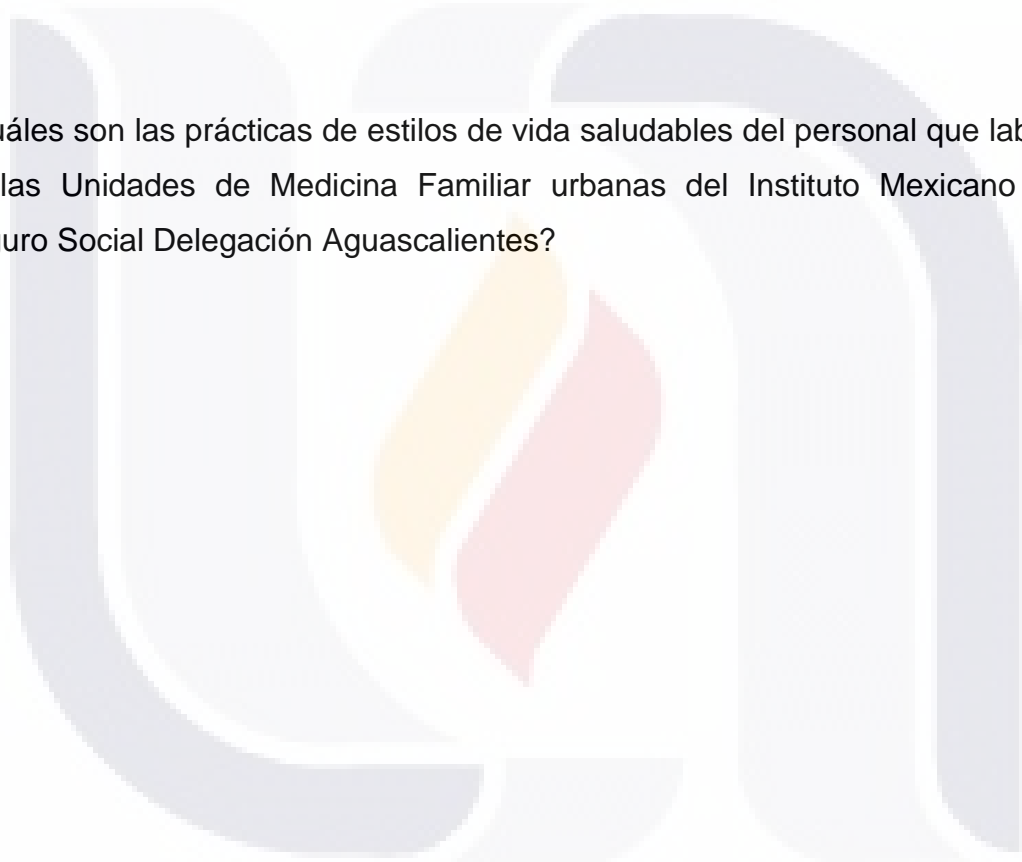
- Hernández B y *Cols* en su estudio “Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva” el 2003 mediante un cuestionario se evaluó el tiempo dedicado a las distintas formas de actividad física y se midió la actividad en equivalentes metabólicos. Concluyen que la práctica de deportes no es frecuente como forma de actividad física en mujeres en edad reproductiva en México ⁽⁴⁾.
- Palacios, Murguía y Avila (2006) en su estudio “Sobrepeso y obesidad en personal de salud de una unidad de medicina familiar” identificaron la frecuencia de sobrepeso y obesidad a través de IMC, en el personal de salud de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Concluyen que es frecuente la obesidad en el personal de salud, y sugieren la aplicación de programas integrados, modificar los estilos de vida, nutrición, ejercicio de esta población ⁽⁵⁾.

Se espera conocer el nivel de prácticas de estilo de vida saludable del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes, para conocer su situación actual e identificar grupos de riesgo.

- Prácticas de estilos de vida saludables: patrones de conducta, hábitos y acciones de las personas para mantener, reestablecer o mejorar su salud ^{(26) (29)}.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Personal de salud: conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, con el objetivo de generar acciones en el campo de la promoción, prevención y recuperación de la salud ⁽²¹⁾.
 - Personal administrativo son el conjunto de personas que laboran al servicio del Instituto con actividades de tipo administrativas ⁽²²⁾.

¿Cuáles son las prácticas de estilos de vida saludables del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes?



ANTECEDENTES CIENTIFICOS

- Sanabria, González y Urrego (2007) en su estudio “Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos” con el objetivo de medir la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud colombianos y conocer si existe alguna relación entre su nivel de acuerdo con el nivel bio-médico y su estilo de vida. La muestra aleatoria fue de 606 profesionales de la salud (82.8 % médicos y 17.2% enfermeras). Se utilizó un diseño observacional, transversal. Se utilizó como instrumento el “Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida” de Salazar y Arrivillaga con un Alpha de Cronbach 0.8735. Se realizó un análisis de correspondencias múltiples. Se encontró que sólo el 11.5 % de los médicos y el 6.73 % de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. Se concluyó que esta situación puede estar induciendo en los profesionales, además de una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorece la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y una práctica de una medicina más curativa que preventiva ⁽³⁾.
- Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), en su estudio de “Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios” tienen como objetivo describir las creencias sobre la salud de los jóvenes universitarios y su relación con las prácticas o conductas de riesgo o de protección, en seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo de tiempo libre; auto-cuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño. Se tomó como población objeto a 4,416 jóvenes y adultos de la Universidad de Cali, Colombia; se hizo un muestreo estratificado de 754 estudiantes. Diseño descriptivo, transversal. En donde se utilizó como instrumento el “Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida” de Salazar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y Arrivillaga, con Alpha de Cronbach 0.8735. Como resultados se evidenció dos situaciones: alta presencia de creencias favorables a la salud con prácticas no saludables; y baja presencia de creencias favorables a la salud con prácticas saludables. Concluyen que es necesario diseñar programas orientados a promoción de estilos de vida saludables en jóvenes ⁽²⁶⁾.

- Villarreal (2003) en su estudio “Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de La Anexión, España), cuyo objetivo fue conocer los estilos de vida del personal de salud del total de los empleados del Hospital de La Anexión. La muestra de 431 personas, estratificada del 30% del total de los empleados de todos los servicios del hospital. El diseño es descriptivo, longitudinal, donde se utilizó el cuestionario autoaplicado, la entrevista directa y dirigida, con medición antropométrica y bioquímica. El cuestionario consta de cinco apartados: aspectos sociodemográficos, historia clínica, hábitos alimentarios, hábitos de actividad física y estrés. Como resultados el 77% de los trabajadores tiene obesidad, hipercolesterolemia el 82% e hipertrigliceridemia el 72 %. Concluye que es necesario contemplar medidas tendientes a abordar los aspectos de salud y enfermedad, incluyendo estrategias de educación y promoción de la salud, poniendo énfasis en estilos de vida saludables ⁽¹⁾.
- Hernández B y *Col/s* (2003) en su estudio “Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva” con el objetivo de conocer la práctica de actividades físicas ligeras y pesadas, particularmente de deportes y ejercicios, en mujeres de 12 a 49 años en México y evaluar su asociación con algunas características sociodemográficas. La muestra fue de 2 637 mujeres a través de un muestreo polietápico, estratificado de mujeres de 12 a 49 años residentes en México. La investigación es observacional, transversal. Mediante un cuestionario se evaluó el tiempo dedicado a las distintas formas de actividad física y se midió la actividad en equivalentes

metabólicos. Los resultados reportaron 0.08 diarias en promedio a practicar deportes y 1.25 horas diarias a actividades físicas pesadas. Concluyen que la práctica de deportes no es frecuente como forma de actividad física en mujeres en edad reproductiva en México ⁽⁴⁾.

- Martínez, Medina y Rivera (2004) en su estudio “Consumo de alcohol y drogas en personal de salud” con el objetivo de identificar el nivel de consumo de alcohol, drogas, estrés y depresión de estudiantes residentes de medicina, buscando determinar los factores sociodemográficos relacionados que intervienen en la presencia de dicha sintomatología. La muestra fue de 190 sujetos residentes y estudiantes de medicina. Se utilizó un cuestionario estructurado y autoaplicable el cual constó de 114 preguntas. Se detectó altos índices de consumo de alcohol, drogas y moderado de tabaco. Y recomiendan la posibilidad de elaborar programas de estudio y trabajo que permitan disminuir los niveles de depresión y estrés para que cuenten con mejor salud física y mental ⁽⁷⁾.
- Flores y *Col's* en el 2006 en su estudio “Consumo de alimentos saludables o con riesgo para la salud”, con el objetivo de conocer la prevalencia de consumo de alimentos considerados saludables y con riesgo para la salud, en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. La muestra fue representativa de las regiones norte, centro, sur, sureste y ciudad de México en que se ha dividido al país; así como de cada uno de los grupos de los Programas Integrados de Salud: 1. Niños de 0 a 9 años. Adolescentes de 10 a 19 años. Mujeres de 20 a 59 años. Hombres de 20 a 59 años. Adultos mayores de 59 años. Mediante cuestionarios de frecuencia se obtuvo el consumo de alimentos, clasificados en saludables o de riesgo, y según su naturaleza y frecuencia de consumo. La información se desglosó en forma descriptiva según grupo de edad, tipo de alimento y categoría de consumo. En los adultos y adultos mayores, los alimentos de saludables de más consumo fueron los cereales y las leguminosas, y fue escasa la ingesta de frutas y verduras. Los alimentos con riesgo potencial más

consumidos en este grupo de edad fueron los lácteos con mucha grasa, los alimentos con grasa saturada y el refresco. Concluyen que se requiere fortalecer el consumo diario de alimentos saludables, particularmente frutas y verduras frescas, y disminuir el de alimentos con azúcares refinados o grasas saturadas y sal ⁽²⁰⁾.



JUSTIFICACION

Muchos suponen que los profesionales de la salud, al ser personas estudiosas de los factores que determinan la salud de un individuo, practiquen con mayor frecuencia comportamientos que promueven la salud y evitan la enfermedad, presentando por lo tanto, una morbilidad y mortalidad menores a las de la población en general.

A diferencia de la población general, los profesionales de la salud que no lleven un estilo de vida saludable, representan un problema adicional, no sólo para su salud personal, sino para la de sus pacientes. El hecho de que estos profesionistas cuiden de su salud a través de estilos de vida saludables, refleja la mayor probabilidad de practicar una medicina preventiva y de tener éxito en el seguimiento de las recomendaciones a sus pacientes.

Por lo anterior, surge el interés de medir las prácticas de estilos de vida saludables del personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes, ya que no se cuenta con esa información.

El conocer las prácticas de estilos de vida saludable del personal que labora en el primer nivel de atención, nos permitirá conocer la situación actual de estos trabajadores e identificar los grupos de riesgo.

MARCO TEORICO

DEFINICION

Prácticas de estilos de vida saludables son definidas como los patrones de conducta, hábitos y acciones de las personas para mantener, reestablecer o mejorar su salud ^{(26) (29)}.

COMPONENTES

Por patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábitos cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones (Mendoza, Sagrera y Batista1994; Rodríguez Marin, 1995) ⁽²⁶⁾.

El término “Práctica” entonces, es definido como el ejercicio de cualquier arte o facultad según sus reglas, y la destreza adquirida con este ejercicio. Por lo tanto, los patrones de conducta y/o hábitos nos llevan a lo que conocemos como práctica.

Para este estudio “Prácticas de estilo de vida saludable” se considera una conducta, y se considera pertinente para su estudio utilizar la “Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen”.

TEORIA DE LA ACCION RAZONADA

La Teoría de la Acción Razonada fue presentada en 1967, posteriormente ha sido refinada, desarrollada y probada por estos mismos autores (Fishbein y Ajzen, 1975; Fishbein y Ajzen, 1980; Morales, et al 1999). Es una teoría general de la conducta humana que trata de la relación entre las creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual

La formulación básica de la Teoría de la Acción Razonada parte del supuesto de que los seres humanos son esencialmente racionales y que esta cualidad les permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas.

La teoría asevera que es posible predecir las conductas desde las actitudes, las intenciones conductuales y las creencias en relación a la influencia social y a la predisposición del sujeto hacia esta última. Afirma que la intención de una persona de llevar a cabo o no una conducta es la determinante inmediata de una acción. De esta forma la teoría se relaciona con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y cambiar las intenciones conductuales.

Puede ser utilizada para explicar diferentes comportamientos en contextos disímiles, como puede ser la salud, la cultura, el ámbito laboral o el propiamente social.

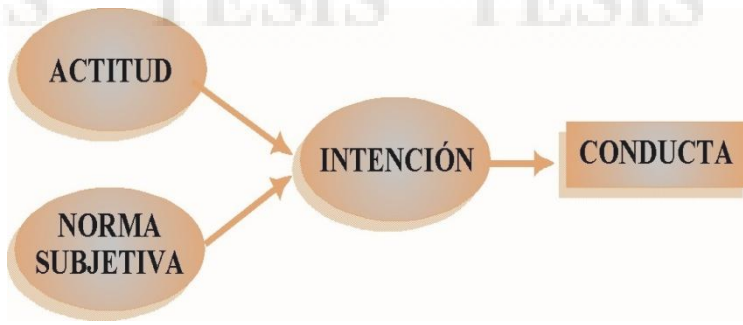


Figura 1. Teoría de la Acción Razonada

Según Fishbein y Ajzen (1975) la conducta humana se puede predecir atendiendo a factores psicológicos y sociales. Por lo que se refiere a los factores psicológicos, podemos diferenciar entre características afectivas (por ejemplo estado de ánimo y emociones) y cognitivas (como creencias y expectativas). Por lo que se refiere a los factores sociales (redes, normas sociales, entre otros) éstos actuarán facilitando o inhibiendo la manifestación de una conducta dada. Todos los factores comentados deben ser considerados a la hora de predecir la aparición, el mantenimiento o la extinción de una conducta en un contexto determinado.

* Formación de Creencias

Dentro de la Teoría de la Acción razonada las creencias acerca de un objeto (actitudinal-psicosocial) proporcionan la base para la formación de una actitud.

Ajzen y Fishbein (1975) definen creencia como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo. La formación de una creencia implica la unión entre dos aspectos determinados de un individuo, esto tiene el propósito de conseguir el entendimiento de sí mismo y de su medio ambiente.

* Formación de la Actitud

La posición de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa o afectiva con respecto de un objeto, acción o evento es actitud (Fishbein, 1967). Y representa el sentimiento favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto – estímulo (Fishbein y Ajzen, 1980).

Una actitud se adquiere automáticamente hacia un objeto cuando se aprenden las asociaciones de éste con otros objetos, objetos de los cuales ya se tienen actitudes previas. Estas actitudes son evaluaciones del atributo y son una función de las creencias que unen un nuevo atributo a otras características y a las evaluaciones de dichas características. Dentro de este orden de ideas al adquirir una creencia hacia un objeto, automática y simultáneamente se adquiere una actitud hacia dicho objeto.

El modelo de expectativa-valor de la Teoría de la Acción Razonada sirve para explicar la relación de un grupo de creencias y la actitud. Proporciona una descripción de la forma en que las creencias diferentes y sus respectivas evaluaciones de atributos, son combinadas e integradas en la evaluación del objeto.

La evaluación del atributo contribuye a definir la actitud del individuo en proporción a la fuerza de sus creencias. Esto es, si el individuo cree con más fuerza que la realización de una conducta x le traerá consecuencias positivas, entonces su actitud será no sólo positiva sino más positiva en proporción a la fuerza de su creencia. Gráficamente se expresa así:

La actitud de la persona hacia un objeto está relacionada a la fuerza de sus creencias que unen el objeto a varios atributos, multiplicados por sus evaluaciones de esos atributos. Según el modelo de expectativa-valor, las actitudes son predecibles desde la suma de los productos resultantes ($A = \sum b_i e_i$). Así la actitud de una persona hacia un objeto puede ser medida al multiplicar su evaluación de cada atributo asociado con el objeto, por su

probabilidad subjetiva de que el objeto tiene tal atributo y sumando los productos para el total del grupo de creencias.

De la misma manera, la actitud de una persona hacia una conducta puede ser estimada al multiplicar la evaluación de cada consecuencia por la probabilidad subjetiva de que la realización de la conducta lo llevará a tal consecuencia y sumando los productos para el total de creencias.

El modelo afirma que la intención es una función de dos determinantes básicas: una evaluación personal o actitud hacia la conducta y una evaluación social o norma subjetiva.

Las normas subjetivas son función de las creencias normativas porque nacen de la influencia (norma) de los individuos o grupos relativamente importantes o significativos para el que realiza la acción.

La diferencia entre creencia normativa es que ésta se refiere a la influencia de individuos o grupos específicos; en tanto la norma subjetiva tiene que ver de manera general con el otro importante generalizado.

La norma subjetiva de una persona con respecto a un comportamiento dado es función de las creencias normativas predominantes. Es necesario aclarar que la norma subjetiva puede ejercer la presión para ejecutar o no una conducta independiente de la propia actitud de una persona hacia la conducta en cuestión.

El modelo de la Teoría de la Acción Razonada puede exponerse de forma un tanto esquemática en la siguiente figura, que muestra cómo a través de una serie de constructor intervinientes, encuentra el origen de la conducta detrás de las creencias del individuo. Cada paso sucesivo en esta secuencia desde la conducta hasta las creencias proporciona una explicación más comprensiva de las causas determinantes de la conducta.

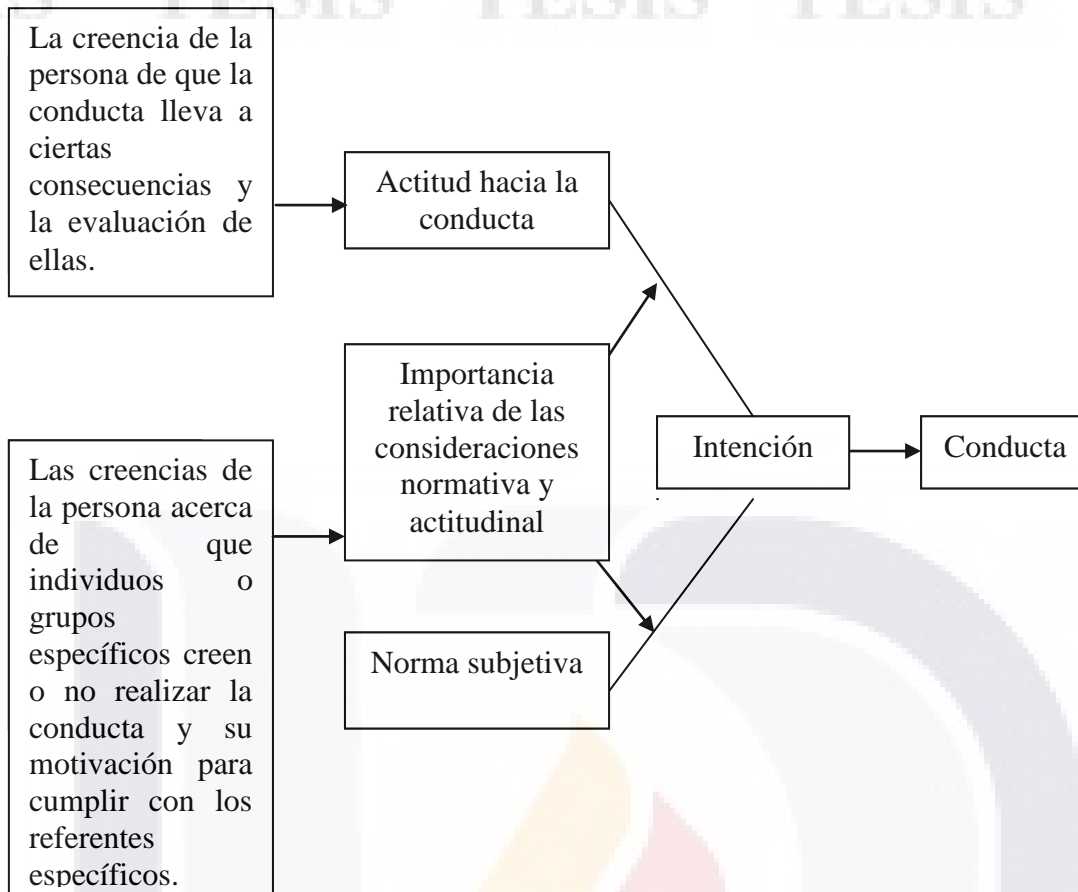


Figura 2. Modelo de la Teoría de la Acción Razonada

* Definición y medición de conducta

Ciertas conductas no son dependientes del contexto situacional y en consecuencia virtualmente predecibles a partir de la medición de actitudes.

Para distinguir si una conducta es independiente del contexto situacional se hace necesario construir un concepto operacional de la conducta de interés diferenciado entre una conducta y su resultado, así como reconocer las diferencias entre una acción simple específica, y un conjunto de acciones (categoría conductual). Sólo las acciones simples en grado relativo o rango de conducta son observables y medibles empíricamente hablando, no así los resultados de la conducta ni un confuso conjunto de conductas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Antes de proceder a medir la conducta de interés también considerar:

1. Acción: el tipo de conducta.
2. Objeto: respecto a donde está dirigida.
3. Contexto: o lugar en el cual se realiza.
4. Tiempo: en el que ocurre.

Es necesario agregar que para cada uno de estos cuatro elementos tienen igualmente rangos que van de lo simple a lo complejo y pueden definirse para hacer corresponder la medición de la conducta con el criterio de interés.

Las formas de registro de la conducta de interés pueden ser por:

1. Opción simple y magnitud;
2. Observaciones repetidas;
3. Autor reportes de conducta.

Reyes RL. La teoría de la acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. INED 2007.

Carpi BA, Brevia AA. La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de la acción planeada.

* Actividad física y deporte

La actividad física puede definirse como cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un gasto energético. Ejemplo son todas las acciones que se realizan a diario: el trabajo en la oficina, el quehacer doméstico, subir escaleras, caminar, correr, en resumen, cualquier movimiento que ejecute una persona ⁽¹⁾ ⁽³⁴⁾.

Cuando la actividad física es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud, se le conoce como ejercicio o deporte ⁽¹⁾ ⁽³⁴⁾.

La inactividad física denota un nivel de actividad menor que el necesario para mantener una buena salud ⁽³⁴⁾.

Para asegurarse que la actividad física tiene relación directa con la disminución de la morbilidad y mortalidad debe existir elementos vinculantes como:

1. Secuencia temporal: se observa por ejemplo que la inactividad física es predictiva de un diagnóstico.
2. La relación dosis-respuesta: el riesgo de enfermar aumenta con la disminución de la actividad física.
3. Pertinencia: la actividad física reduce el riesgo de enfermar a partir de una serie de mecanismos fisiológicos y metabólicos (aumenta el HDL, disminuye los triglicéridos, estimula la fibrinólisis, altera la función plaquetaria, reduce el riesgo de trombosis aguda, mejora la tolerancia a la glucosa y sensibilidad a la insulina, disminuye la sensibilidad del miocardio a los efectos de la catecolaminas, etc) ⁽³⁴⁾.

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y el Colegio Americano de Medicina del Deporte establecieron que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

todos los adultos deben de realizar en la mayoría de los días de la semana (y de preferencia en todos) por lo menos 30 minutos de actividad física de moderada intensidad como caminar 3 a 4 kilómetros a paso rápido ⁽³⁾ ⁽³⁴⁾.

* Recreación y manejo de tiempo libre

De acuerdo a la Ley 181 de 1995 con base en dos documentos: el de la Asociación Nacional de Parques y Recreación de Estados Unidos y el del Movimiento de Beneficios de Ontario, el término “*Recreación*” descrito en el artículo 5, es definido como: un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de calidad de vida individual y social, mediante actividades físicas o intelectuales de esparcimiento ⁽³⁷⁾.

Mientras que “*Tiempo libre*” es definido como: el uso constructivo que el ser humano hace de él, en beneficio de su enriquecimiento personal y del disfrute de la vida, en forma individual o colectiva. Tiene como funciones básicas el descanso, la diversión, el complemento de la formación, la socialización, la creatividad, el desarrollo personal, la liberación en el trabajo y la recuperación psico-biológica ⁽³⁷⁾.

* Auto-cuidado

Para Jones, et al (2004) el auto-cuidado en salud incluye la búsqueda y utilización de servicios institucionales de salud, las conductas sobre la observancia de los tratamientos prescritos y también la participación de la comunidad en la formulación de políticas públicas, en los diferentes niveles de toma de decisión en el área de salud ⁽³⁸⁾.

* Alimentación

El término de alimentación se refiere al acto de seleccionar los alimentos, de prepararlos y de ingerirlos ⁽³⁹⁾.

La alimentación en el adulto sano debe reunir las características generales de la alimentación correcta; es decir, debe ser completa, equilibrada, suficiente, variada, inocua y adecuada a las circunstancias particulares del adulto. Las siguientes son recomendaciones para una alimentación correcta:

1. Equilibrar el consumo de energía con la actividad física para alcanzar o mantener un peso saludable.
2. Consumir una gran variedad de alimentos en cantidades moderadas, combinando todos los grupos de alimentos.
3. Moderar el consumo de alimentos de origen animal debido a que contienen cantidades apreciables de lípidos (en particular, ácidos grasos saturados y colesterol), como la yema de huevo, el chicharrón, la crema, las carnes grasosas, el pollo con piel y el tocino, entre otros.
4. Preferir el consumo de consumo de pescado y aves en lugar de carnes rojas. En lo posible, optar por pescados de agua fría, que contienen mayor proporción de ácidos-grasos n-3: por ejemplo, salmón, macarela, arenque y trucha.
5. Elegir los productos elaborados con cereales enteros sobre los refinados, por su mayor contenido de fibra.
6. Consumir todos los días semillas de leguminosas por su bajo contenido de lípidos y su apreciable contenido de proteínas y fibras.
7. Reducir el uso de grasas animales en la preparación de alimentos.
8. Aumentar el consumo de verduras y frutas, sobre todo crudas y de color verde o amarilla, así como las frutas cítricas.
9. Mantener un consumo adecuado de calcio, preferir las fuentes de calcio bajas en lípidos, como productos lácteos descremados o semidescremados, tortillas, charales o sardinas.
10. Moderar la ingestión tanto de alimentos ahumados por su elevado contenido de hidrocarburos aromáticos policíclicos, como de productos

curados o de salchichonería, pues contienen nitratos y nitritos, ya que los componentes citados en ambos casos se pueden convertir en sustancias carcinogénicas.

11. En caso de ingerir bebidas alcohólicas, limitar el consumo diario a una (en mujeres) y dos (en hombres).
12. Restringir el uso de azúcar, sal y grasa en la preparación de alimentos, así como el consumo de productos industrializados, que ocultan su gran contenido de estos componentes.
13. Consumir líquidos en abundancia, guiándose por la sed (alrededor de un mililitro por kilocaloría)^{(2) (39)}.

Al concluir el día, cada persona ha comido una serie de alimentos aislados y platillos que en conjunto forman los que se conoce como *dieta*. La dieta es la unidad de la alimentación por lo una buena alimentación se define por una buena dieta, dieta correcta o *dieta recomendable*⁽⁴⁰⁾.

Existen tablas para la estimación de las necesidades energéticas y de otros nutrimentos para el adulto:

CUADRO 2. Estimación de las necesidades energéticas y de otros nutrimentos para el adulto

	ENERGIA (kcal/día)
1.- Gasto energético basal (GEB)	
Hombres	
19 – 30 años = $(15.3 \times P^a) + 679$	
31 – 60 años = $(11.6 \times P) + 879$	
Mayor 60 años = $(13.5 \times P) + 487$	
Mujeres	
19 – 30 años = $(14.7 \times P) + 496$	
31 – 60 años = $(8.7 \times P) + 829$	
Mayor 60 años = $(10.5 \times P) + 596$	= _____
2.- Actividad Física	

En cama: 10% GEB	
Sedentaria: 10 a 20% GEB	
Moderada: 20 a 30% GEB	
Intensa: 30 a 40% GEB	= _____

El cálculo de las necesidades energéticas está basado en fórmulas propuestas por el Comité FAO/OMS/UNU.

Una vez que se han estimado las necesidades energéticas, se procede a calcular su distribución de hidratos de carbono, lípidos y proteínas. De acuerdo a las recomendaciones más aceptadas, los hidratos de carbono complejos deben aportar de 40 a 45 % de la energía total; los hidratos de carbono simples, de 20 a 25 %; los lípidos, de 20 a 25 % (ocho por ciento como ácidos grasos saturados, 12 a 15 por ciento como ácidos grasos monoinsaturados y cinco a 10% como polinsaturados) y las proteínas de 10 a 15 por ciento.

El consumo adecuado (AI) de sal al día para el adulto sano es de 3.8 g/día (1.5 g de sodio y 2.3 g de cloruro) "*...para cubrir las pérdidas de [sodio en sudor] en individuos no aclimatados que están expuestos a altas temperaturas o que se vuelven físicamente activos...*" (Institute of Medicine, 2004, p. 6-1). Las recomendaciones de potasio son de 4.7 g/día. Con respecto a la ingesta de agua el consumo adecuado (AI) es de 3.7 L/día en hombres (130 onzas; el equivalente a 16 tazas de líquido) y 2.7 L/día para mujeres (95 onzas; alrededor de 12 tazas) ⁽⁴⁰⁾.

La Guía Técnica (Programas Integrados para la Salud en Hombres y Mujeres de 20 a 59 años), refiere que debido a la importancia que tiene la nutrición en todas las etapas de la vida, es necesario que hombres y mujeres se sometan a la detección periódica anual de sobrepeso y obesidad ⁽⁹⁾.

Para conocer si la persona se encuentra en el peso adecuado para su estatura, se obtiene el Índice de Masa Corporal [IMC = Peso (kg) / Estatura (m²)], en el que el peso es en kilogramos y la estatura en metros.

CUADRO 3. Interpretación de Índice de Masa Corporal

INTERPRETACION	IMC
Desnutrición	≤ 17
Bajo Peso	17.1 a 20
Normal	20.1 a 25
Sobrepeso	25.1 a 27
Obesidad Grado I	27.1 a 29.9
Obesidad Grado II	30 a 39.9
Obesidad Grado III	40 en adelante

Fuente: PREVENIMSS Hombres y Mujeres de 20 a 59 años

El Índice Cintura Cadera, en un indicador antropométrico, que permite conocer la distribución del tejido adiposo en un individuo y tiene importancia en predecir ciertas enfermedades. Se obtiene a través de la siguiente formula:

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

El valor normal en el hombre es < 0.94 y en mujeres < 0.83 = distribución de tejido adiposo tipo ginecoide.

Valores mayores corresponden a obesidad tipo androide, abdominal, central o en forma de manzana que se relaciona con el desarrollo de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad cardiovascular entre otras⁽⁹⁾.

* Adicciones

La Norma Oficial Mexicana NOM 028 SSA2 1999 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones define tabaquismo a la dependencia o adicción al tabaco, mientras que alcoholismo es definido como el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se entiende por adicción o dependencia al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos que se desarrollan después del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

Bebida alcohólica es aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% a 55% en volumen.

Tabaco: se refiere a la planta "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones que se utilizan para fumar, masticar o aspirar, y cuya sustancia activa es la nicotina ⁽¹⁴⁾.

* Sueño

El sueño es un estado del organismo, regular, recurrente y fácilmente reversible, que se caracteriza por una relativa tranquilidad y por un gran aumento del umbral o de la respuesta a los estímulos externos en relación con el estado de vigilia. El sueño es un estado biológico y conductual, el cual se recomienda realizar de 7 a 8 horas diarias ⁽⁴¹⁾.

Existen varias definiciones de estilos de vida:

Rodríguez y Marín (1995) los definen como “pautas comportamentales, es decir, formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se constituyen en el modo habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito, permitiendo entender la relación directa que se establece entre la forma y el estilo de vivir con los aspectos de la salud “⁽³⁾.

Tavera J. (1994) considera el *estilo de vida* como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados⁽³⁾.

Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales. Representa así mismo un producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales, que convergen no sólo del presente sino también de la historia interpersonal ⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud ha definido estilo de vida como un modo general de vivir basado en la interacción de las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales (OMS 1989)⁽²⁶⁾.

Existen también varias definiciones para estilos de vida saludables y distinciones con estilos de vida no saludables.

El estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir, con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nivel bio-psico-social. Por su parte, el estilo de vida de riesgo se entiende como el conjunto de patrones conductuales, incluyendo tanto conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico y que acarrearán directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen seriamente aspectos del desarrollo del individuo ⁽²⁶⁾.

Duchan y cols (2001) refiere que los *estilos de vida saludables* son “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida...por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social ⁽²⁷⁾.

El aumento en los problemas de salud en nuestros tiempos se debe a los estilos de vida que se practican, los cuales se van sistematizando como un proceso de aprendizaje por asimilación o por imitación de modelos, patrones familiares y/o de grupos. Todo esto orienta las concepciones, criterios y decisiones de los individuos, su tiempo, energía física y psíquica, además de sus relaciones con otras esferas de su vida ⁽²⁷⁾.

Estilo de vida saludable para Sánchez 1996, sería aquel que provoca en el individuo un óptimo nivel de estrés, una sensación de bienestar, capacidad de disfrute de la vida y tolerancia a los retos del entorno ⁽²⁸⁾.

Pastor, Balaguer y García-Merita (1999) definen estilos de vida relacionados con la salud como un patrón de comportamientos relativamente estable de los individuos o grupos que guardan una estrecha relación con la salud. Según Elliot (1993), sus características son:

1. Su naturaleza es conductual y observable, por lo que las actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.

2. Para que una conducta forme parte del estilo de vida relacionado con la salud ha de tener una continuidad en el tiempo.
3. El estilo de vida relacionado con la salud denota combinaciones de conductas o dominios conductuales que ocurren conjuntamente en el mismo período ⁽²⁸⁾.

Para este estudio definimos estilos de vida saludable como las conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud ⁽²⁶⁾.

Acerca de las expectativas saludables, los estudios demuestran que los hábitos de las personas son poco consistentes, ya sea porque los comportamientos protectores de la salud cambian bastante con el tiempo (historia de aprendizaje), o porque los hábitos comportamentales pueden tener diferentes objetivos, sin estar gobernados por un conjunto único de razones. El que una persona lleve acabo o no comportamientos protectores podría depender de motivaciones, que a su vez dependen de la percepción que el individuo tiene de las enfermedades, o de los modelos sociales a los cuales esta expuesto (aprendizaje), lo que demuestra que los hábitos para lograr un estilo de vida sano no dependen únicamente del conocimiento que se tiene de la salud y la enfermedad, como lo diría el sentido común y que al articular dichos hábitos, cada persona puede aprender comportamientos saludables. El que se realice una conducta de salud no garantiza que se lleven a cabo otros comportamientos saludables, pues en el repertorio de conducta de un individuo pueden convivir al mismo tiempo hasta hábitos saludables y nocivos ⁽³⁾.

Con respecto al bienestar, los estilos de vida determinan la presencia de factores de riesgo, de factores protectores o de ambos, por lo cual es importante tener en cuenta los componentes individuales y sociales que rodean al individuo ⁽³⁾.

Para Becoña la adopción de estilos de vida saludable no se pueden explicar con el viejo modelo de información, en el que era suficiente tener el

conocimiento de cómo se produce la enfermedad y su manera de prevención. Este autor plantea algunos de los aspectos que explican porqué las personas no adoptan estilos de vida saludables, dentro de ellos el carácter placentero y la inmediatez de los efectos de las conductas no saludables, la no percepción de la relación entre la práctica de los comportamientos nocivos con la aparición de la enfermedad diagnosticable, la idea de que la mayoría tiene el poder sin límites de la medicina y la tecnología para solucionar los problemas de salud, las barreras culturales que impiden el cambio de los hábitos no saludables y el cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal ⁽³⁾.

El estilo de vida no se conforma únicamente durante el proceso de formación y práctica profesional, sino que se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, desde la niñez, pudiéndose afirmar, como ya se dijo, que es un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o ya por imitación de patrones familiares o de grupos formales o informales. También se han descrito variables de orden cognitivo-sociales que explican el porque una persona adopta o no un comportamiento particular a favor o en contra de su propia salud ⁽³⁾.

Teniendo en cuenta que la mayoría de causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo, por ejemplo, las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa ⁽³⁰⁾.

El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas es producto de la interacción de múltiples factores y variables. Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de la gente, lo que indica por qué las prácticas que afectan la salud no son explicables en la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual ⁽³⁰⁾.

OBJETIVO GENERAL

Medir las prácticas de estilos de vida saludables del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.



OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.
2. Medir la práctica de actividad física del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.
3. Medir la práctica de alimentación del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.
4. Medir la práctica de recreación del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.
5. Medir la práctica de auto-cuidado del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.
6. Medir la práctica de adicciones del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.
7. Medir la práctica de descanso y sueño del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.

Tipo de diseño

Observacional, descriptivo, transversal.

Universo de trabajo

Todo el personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar Urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes

Población de estudio:

Todo el personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar Urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes

Unidad de observación

Personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar Urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Unidad de Análisis:

Personal de salud y personal administrativo.

Criterios para selección de la población

➤ **Criterios de inclusión**

Base fija en el IMSS

Antigüedad mínima de dos años laborando

Que acepte participar en el estudio.

➤ **Criterios de no inclusión**

Algún impedimento físico, no mental para realizar estilos de vida saludables.

Que se encuentre en trámite de jubilación.

Que el titular se encuentre de vacaciones, con permiso sindical, incapacidad o sustitución base por base, que sea personal de sustitución 08.

Que no firme consentimiento informado.

➤ **Criterio de Eliminación**

Personal de salud que no acepte participar en el estudio,

Personal de salud que por algún motivo decida retirarse.

Muestreo

Se realizó un censo para conocer las prácticas de los estilos de vida en el total de personal de salud y administrativo debido a que no se cuenta con la información completa del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.

Tamaño de la muestra

Se realizó un censo para conocer las prácticas de estilos de vida en el total de personal de salud y administrativo que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.

Definición de variables

• **Variable Dependiente**

Prácticas de estilos de vida saludable

1. Prácticas de la condición, actividad física y deporte.
2. Prácticas de la recreación y manejo del tiempo libre.
3. Prácticas del auto cuidado y cuidado medico.
4. Prácticas de los hábitos alimenticios
5. Prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
6. Prácticas del sueño

• **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

1. Edad
2. Género
3. Estado civil
4. Nivel Educativo
5. Unidad de adscripción
6. Turno
7. Categoría laboral
8. Antigüedad laboral
9. Enfermedad crónica preexistente
10. Peso
11. Talla
12. Medición de Cintura
13. Medición de Cadera

Plan de recolección de datos

A través de un instrumento autoaplicado: “Cuestionario de Prácticas sobre Estilos de Vida, tomado de Salazar, Arrivillaga y Gómez (2002)”.

El cuestionario, con un total de 69 preguntas, se divide en dos partes: la primera es la ficha de aspectos sociodemográficos de los participantes; la segunda, sobre prácticas saludables. Todas las escalas corresponden a una escala de Likert. El instrumento fue validado a partir de dos fuentes de expertos: validación por jueces, para lo cual se seleccionaron expertos en el campo de psicología clínica y de la salud, quienes evaluaron los instrumentos, teniendo en cuenta la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los puntos; y prueba piloto a partir de las recomendaciones de los jueces.

Propiedad psicométricas:

Alpha de Cronbach: 0.8735

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): 0.854

Chi-cuadrado aprox: 34594.7

gl: 6670

Sig. 0

Se practicó la medición de peso y talla de cada participante para el cálculo del Índice Masa Corporal de la siguiente manera:

1. Se utilizó una báscula con altímetro bien calibrada (ocupamos las del departamento de medicina preventiva).
2. Se procedió a pesar y medir al participante sin zapatos, con un mínimo de ropa.

Se practicó la medición de la cintura y cadera para el cálculo del Índice Cintura Cadera de la siguiente manera:

1. Se utilizó una cinta métrica flexible, al participante se le pidió tuviera la mínima cantidad de ropa posible, pies juntos, posición erguida y abdomen relajado.
2. Se colocó la cinta métrica de manera horizontal en la parte más estrecha del abdomen ejerciendo una mínima presión, para evitar la compresión de la piel.
3. En personas obesas, en quienes no fue posible localizar la cintura se realizó la medición al nivel de cicatriz umbilical.
4. Se solicitó al participante realizara una inspiración y en el momento de exhalar se tomó la medición en cms.
5. Para la toma de circunferencia de la cintura se localizó la prominencia máxima de los glúteos y se colocó la cinta métrica de manera horizontal a ese nivel, sin comprimir la piel, y se tomó la medición en centímetros.

Logística

Se obtuvo a través de una solicitud de aceptación y permiso para realizar el estudio en las 5 Unidades de Medicina Familiar Urbanas, en conjunto con la Coordinación de Educación e Investigación del Instituto y se le entregó a cada uno de los directores de las Unidades, para solicitar la participación de todo el personal que labora en su Unidad por medio de una junta informativa sobre el objetivo del estudio y del llenado de la carta de consentimiento informado.

Después que contestaron el cuestionario auto administrado que en promedio entre 20-30 minutos se diseñó una base de datos en el SPSS versión 15 español para Windows. Se realizó medición de peso, estatura, cintura y cadera de cada participante.

Posteriormente se capturó la información de acuerdo a los cuestionarios ya contestados del personal que labora.

Se realizó control de calidad de los datos bajo supervisión en dos a tres tiempos para evitar errores de dedo.

Se hizo una exploración de datos para el análisis estadístico correspondiente. Y por ultimo se presentaron datos en tablas y graficas según lo planeado.

Prueba Piloto

Se realizó prueba piloto con los primeros 30 cuestionarios en donde se midió el tiempo utilizado para contestar el cuestionario, además se observó la aceptabilidad del método y preguntas planteadas en el cuestionario, verificando la claridad y la comprensión del lenguaje utilizado.

Captura de Datos

En el SPSS versión 15 español para Windows.

Análisis estadístico:

En el nivel descriptivo para todas las variables, se obtuvo distribución de valores absolutos y relativos con el objetivo de caracterizar el grupo. Para la variable de tipo cuantitativo se obtuvieron medidas de tendencia central (media aritmética), representados por cuadros, gráficos y figuras.

Para variables de tipo cualitativo de tipo nominal se realizaron medidas en base a tasas, razones y proporciones.

Consideraciones éticas:

Este proyecto de investigación no presenta ninguna implicación ética. Se informó al personal de salud y administrativo de las unidades de medicina familiar urbanas de esta ciudad el motivo de la investigación.

Se solicitó su autorización por escrito para la aplicación del cuestionario con consentimiento informado, los datos proporcionados fueron anónimos y confidenciales.

RESULTADOS

Para este estudio se tomo el total de la población trabajadora de las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes (1, 7, 8,9 y 10). Según datos del Departamento de Personal Delegación IMSS Aguascalientes 2007 el total del personal de base en el contexto de estudio es de 943. Al aplicar el censo se encontró que 361 personas se encontraban laborando en los servicios de urgencias, jornada acumulada y turno nocturno, los cuales no se consideraron en este estudio. Nueve sujetos fueron eliminados por no reunir criterios de inclusión, 187 sujetos decidieron no participar en el estudio, quedando un total de 386 personas.

En cuanto a las características socio-demográficas de la población estudiada, se obtuvieron los siguientes resultados:

El promedio de edad fue de 42.7 años de edad, con una desviación estándar de ± 8.3 , con una edad mínima de 26 años y una edad máxima de 61 años.

El 35.5% (137) fueron hombres y el 64.5 % (249) fueron mujeres. El 74.9% (289) son casados.

Con respecto al nivel educativo, el .3% (1) cuenta con primaria completa; el 25.9% (100) cuenta con carrera técnica; el 22% (85) cuentan con licenciatura y el 19.2 % (74) tiene postgrado (médicos con especialidad).

En relación a la categoría laboral, el 75.9% (293) es personal de salud y el 24.1 % (93) es personal administrativo. GRAFICA 1.

El 55.7% (215) pertenece al turno matutino mientras que el 44.3 % (171) labora en el turno vespertino.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El promedio de antigüedad laboral es de 15.53 años, con una desviación estándar \pm 6.9, donde el mínimo es de 2 años y el máximo de 28 años.

El 21.8% (84) cuenta con otro trabajo extrainstitucional, mientras que el 78.2 % (302) no lo tiene.

El 54.7% del personal total tiene por lo menos una enfermedad crónica. De los cuales el 5.7% (22) son diabéticos; el 11.1 % (43) se conocen hipertensos; el 23.3 % (90) tiene sobrepeso; 8.5 % (33) obesidad. El .8 % (3) padece hipercolesterolemia, y el 5.2 % (20) alguna otra enfermedad.

Es decir, 45.3 % (175) del personal total no se conoce con enfermedades crónicas; 46.1 % (178) tiene solo una enfermedad crónica; el 5.4 % (21) tiene dos: el 2.8 % (11) tiene tres y el .3% (1) tiene cuatro o mas enfermedades crónicas.

En relación al IMC (Índice de Masa Corporal) el .8% (3 personas) tiene desnutrición con IMC por debajo de 18. El 30.3 % (117) tienen un IMC normal. El 43.8% (169) se encuentra en sobrepeso; el 21.8% (84) obesidad grado I, 3.1% (12) obesidad grado II y .3 % (1) obesidad grado III. Por lo tanto el 68.3 % se encuentra con algún grado de sobrepeso-obesidad. GRAFICA 2.

De acuerdo a los resultados obtenidos del Indica Cadera-Cintura, el 33.9% (131) cuenta con cintura sin riesgo; el 26.9 % (104) cintura con riesgo elevado mientras que el 39.1 % (151) cintura con riesgo muy elevado.

De acuerdo a la cantidad y frecuencia con que se realizaron cada una de las conductas evaluadas se clasificaron en cuatro categorías: muy saludables, saludables, poco saludables y no saludables. Las siguientes fueron las frecuencias que se encontraron de acuerdo a cada dimensión de estilo de vida del total del personal que labora en las UMF urbanas de Aguascalientes:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se encontró que el nivel de actividad física que practica el personal en su mayoría es poco (43.5 %) y no saludable (40.4 %). TABLA 1. Encontrando que el personal del sexo masculino realiza esta practica más saludablemente que el personal del sexo femenino TABLA 7, GRAFICA 3. El personal con alguna enfermedad crónica resultó con práctica de actividad física y deporte no saludable en un 52.1%, en comparación con el personal sin enfermedad crónica, quienes en su mayoría presentaron esta práctica poco saludable (50.3 %) TABLA 16. La práctica de actividad física en la población con IMC normal, con sobrepeso o algún grado de obesidad fue poco o no saludable. TABLA 17. La población con cintura de riesgo normal, con riesgo y riesgo alto resultaron con práctica de actividad física y deporte poco y no saludables (43.5 %, 40.4 %) TABLA 18.

En cuanto a recreación y manejo de tiempo libre la mayoría presentó saludable esta práctica (56 %) TABLA 2. La población con cintura de riesgo normal, con riesgo y riesgo alto resultó con práctica de recreación y manejo de tiempo libre saludables en su mayoría TABLA 19.

En el manejo de auto cuidado, que se refiere a aspectos como visitas periódicas al odontólogo y al médico, al uso de pruebas de tamizaje, etc., se encontró que el 62.4 % de la población presenta saludable dicha práctica. TABLA 3. En promedio, el 62.4 % de la población practica el auto cuidado de manera saludable, principalmente el género femenino (65.1%), en comparación al género masculino (57.7%). TABLA 8, GRAFICA 4. A mayor nivel educativo, mayor la frecuencia de practica saludable de auto cuidado: con postgrado (81.1%), licenciatura (63.5 %), preparatoria (67.6%), carrera técnica (56%), secundaria 40%, y hubo una persona con escolaridad primaria completa (100%). TABLA 11, GRAFICA 6.

Referente a la práctica de hábitos alimenticios, el 65.8 % presentó saludable esta práctica. TABLA 4. En relación al estado civil, resultó que el 50% de los separados presentan esta práctica poco saludable, mientras que el resto en su mayoría se observó saludable. TABLA 10, GRAFICA 5. Se encontró que el personal con escolaridad técnica es el que mayor porcentaje tuvo de práctica saludable de hábito alimenticio en un 77%. TABLA 12. La población con cintura de riesgo normal, con riesgo y riesgo alto resultaron con hábitos alimenticios saludables en su mayoría TABLA 20.

Se observó que por categoría laboral el personal de salud tiene mejores prácticas de actividad física y deporte, auto cuidado y hábitos alimenticios en comparación al personal administrativo. TABLAS 13, 14,15, GRAFICA 7.

Respecto al consumo de psicoactivos, los sujetos evaluados reportaron en general, una práctica saludable (58.5 %).TABLA 5.

En cuanto al hábito de sueño, se encontró que el 64 % presentan saludable esta práctica. TABLA 6. El genero femenino practica saludablemente este habito en un 65.9 %, y el género masculino en un 60.6%. TABLA 9.

Los resultados de la investigación muestran que las prácticas de estilos de vida saludables del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar Urbanas de Aguascalientes en general son saludables en aspectos como recreación y manejo de tiempo libre, consumo de sustancias psicoactivas, sueño, auto cuidado y hábitos alimenticios, pero deficientes en actividad física y deporte.

En comparación al personal de salud colombiano ⁽³⁾, el personal que labora en el Instituto Mexicano del Seguro Social incluyendo al administrativo presenta en general mejores prácticas de estilos de vida saludables, en las seis dimensiones de los mismos. Coincide en los dos estudios la deficiente práctica de actividad física y deporte, que lamentablemente contribuye al incremento de la prevalencia de la obesidad y enfermedades crónicas. Problemática de la que se desconoce la magnitud, repercusión financiera, y compromiso a la misión y objetivos institucionales ^(2, 3, 4, 6).

Llama la atención que, a pesar de realizar prácticas de estilos de vida saludables, más de la mitad del personal presenta alguna enfermedad crónico-degenerativa, entre ellas: sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia; similar a la prevalencia encontrada en la población nacional, latinoamericana y mundial ^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 17, 18, 20).

Es cierto que los participantes se encuentran en la etapa de la vida en donde inicia la aparición de enfermedades crónico- degenerativas. Y que acorde al nivel educativo, seria fácil la adopción de estrategias educativas en pro de una mejor calidad de vida y mayor comprensión de la toma de conciencia sobre el mejor abordaje y compromiso por parte del trabajador en el proceso salud-enfermedad.

En cuanto a los trabajadores de la salud, se supone que el tener pleno conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, así como de la etiología de las enfermedades y su tratamiento, se trataría de personas que evitarían conductas que atentan contra su salud ⁽²⁾.

La mayoría de estos padecimientos pueden prevenirse, desafortunadamente a pesar de contar con los conocimientos que permiten tal cosa, distan ser aplicados por los mismos.

Los estilos de vida de los trabajadores se prestan a reflexión de cómo funcionarios de la salud, no son ejemplo de estilos de vida saludable.

La salud es la condición óptima que debe tener cualquier trabajador para que este pueda desempeñar a cabalidad su trabajo ⁽¹⁾.

Las intervenciones de salud pública son comportamientos humanos que responden a una variedad de factores, no solo buena información. En la decisión de realizar prácticas de estilos de vida saludables porque es benéfico para la salud, entran en juego muchos factores contradictorios, especialmente factores como la comodidad, la disponibilidad de tiempo, entre otros ⁽²⁾.

Definitivamente la intervención en los estilos de vida saludables se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de enfermedades y promoción a la salud.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se pueden enumerar las siguientes conclusiones:

1. El personal total que labora en las unidades de medicina familiar urbanas de Aguascalientes cuenta con prácticas saludables de estilos de vida a excepción de la práctica de actividad física y deporte al igual que la población mundial.
2. Cuenta con mejores practicas de estilos de vida saludables el personal de salud en comparación al personal administrativo.
3. A pesar de contar con prácticas de estilos de vida saludables, la población total presenta una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, que ocupan la primera causa de morbilidad a nivel mundial, y que pueden prevenirse con mejores prácticas de estilos de vida saludables.

ANEXOS

TABLAS

GRAFICAS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

INSTRUMENTO DE EVALUACION

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

HOJA DE GASTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TABLAS

TABLA 1. FRECUENCIA DE PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO SALUDABLE	6-10	156	40.4 %	40.4 %
POCO SALUDABLE	11-15	168	43.5 %	83.9 %
SALUDABLE	16-20	49	12.7 %	96.6 %
MUY SALUDABLE	21-24	13	3.4 %	100 %
Total		386	100 %	100 %

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 2. FRECUENCIA DE PRACTICA DE RECREACION Y MANEJO DE TIEMPO LIBRE DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO SALUDABLE	5-8	8	2.1 %	2.1 %
POCO SALUDABLE	9-12	109	28.2 %	30.3 %
SALUDABLE	13-16	216	56.0 %	86.3 %
MUY SALUDABLE	17-20	53	13.7 %	100 %
Total		386	100 %	100 %

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 3. FRECUENCIA DE PRACTICA DE AUTOCUIDADO DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO SALUDABLE	21-36	1	.3 %	.3 %
POCO SALUDABLE	37-52	106	27.5 %	27.7 %
SALUDABLE	53-68	241	62.4 %	90.2 %
MUY SALUDABLE	69-84	38	9.8 %	100 %
Total		386	100 %	100 %

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 4. FRECUENCIA DE PRACTICA DE HABITOS ALIMENTICIOS DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO SALUDABLE	17-29	1	.3%	.3 %
POCO SALUDABLE	30-42	51	13.2 %	13.5 %
SALUDABLE	43-54	254	65.8 %	79.3 %
MUY SALUDABLE	55-68	80	20.7 %	100 %
Total		386	100 %	100 %

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 5. FRECUENCIA DE PRACTICA DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO SALUDABLE	10-17	7	1.9 %	1.9 %
POCO SALUDABLE	18-25	81	21.0 %	23.5 %
SALUDABLE	26-33	226	58.5 %	83.7 %
MUY SALUDABLE	24-40	61	15.8 %	100 %
Total		375	97.2 %	
Perdidos		11	2.8 %	
Total		386	100 %	

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 6. FRECUENCIA DE PRACTICA DE SUEÑO DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO SALUDABLE	10-16	3	0.8 %	0.8%
POCO SALUDABLE	17-24	48	12.4%	13.2%
SALUDABLE	25-32	247	64 %	77.2%
MUY SALUDABLE	33-40	88	22.8%	100%
Total		386	100 %	100%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 7. FRECUENCIA DE PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE DE ACUERDO AL GENERO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

		ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				Total
GÉNERO		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Masculino	30.7%	46.0%	21.2%	2.2%	100.0%
	Femenino	45.8%	42.2%	8.0%	4.0%	100.0%
Total		40.4%	43.5%	12.7%	3.4%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 8. FRECUENCIA DE PRACTICA DE AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO DE ACUERDO AL GENERO EN EL PERSONAL DE QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

		AUTO-CUIDADO				Total
GÉNERO		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Masculino	.0%	36.5%	57.7%	5.8%	100.0%
	Femenino	.4%	22.5%	65.1%	12.0%	100.0%
Total		.3%	27.5%	62.4%	9.8%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 9. FRECUENCIA DE PRACTICA DE SUEÑO DE ACUERDO AL GENERO EN EL PERSONAL DE QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

		HABITO DE SUEÑO				Total
		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Masculino	.0%	9.5%	60.6%	29.9%	100.0%
	Femenino	1.2%	14.1%	65.9%	18.9%	100.0%
Total		.8%	12.4%	64.0%	22.8%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 10. FRECUENCIA DE HABITO ALIMENTICIO EN RELACION A ESTADO CIVIL EN EL PERSONAL DE QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

		HÁBITO ALIMENTICIO				Total
		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Soltero	.0%	13.6%	72.7%	13.6%	100.0%
	Casado	.0%	12.1%	65.7%	22.1%	100.0%
	Viudo	.0%	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
	Unión libre	.0%	11.1%	66.7%	22.2%	100.0%
	Divorciado	.0%	16.7%	62.5%	20.8%	100.0%
	Separado	16.7%	50.0%	33.3%	.0%	100.0%
Total		16.7%	50.0%	33.3%	.0%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 11. FRECUENCIA DE PRACTICA DE AUTOCUIDADO EN RELACION AL NIVEL EDUCATIVO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

		AUTO-CUIDADO				Total
NIVEL EDUCATIVO		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Primaria	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	Secundaria	1.8%	56.4%	40.0%	1.8%	100.0%
	Técnica	.0%	31.0%	56.0%	13.0%	100.0%
	Preparatoria	.0%	25.4%	67.6%	7.0%	100.0%
	Licenciatura	.0%	18.8%	63.5%	17.6%	100.0%
	Postgrado	.0%	13.5%	81.1%	5.4%	100.0%
Total		.3%	27.5%	62.4%	9.8%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 12. FRECUENCIA DE PRACTICA DE HABITO ALIMENTICIO EN RELACION AL NIVEL EDUCATIVO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

		HÁBITO ALIMENTICIO				Total
NIVEL EDUCATIVO		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Primaria	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	Secundaria	.0%	27.3%	56.4%	16.4%	100.0%
	Técnica	1.0%	8.0%	77.0%	14.0%	100.0%
	Preparatoria	.0%	18.3%	60.6%	21.1%	100.0%
	Licenciatura	.0%	9.4%	61.2%	29.4%	100.0%
	Postgrado	.0%	9.5%	68.9%	21.6%	100.0%
Total		.3%	13.2%	65.8%	20.7%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TABLA 13. FRECUENCIA DE PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE, EN RELACION A LA CATEGORIA LABORAL DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

CATEGORÍA LABORAL		ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				Total
		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	P. de Salud	36.2%	45.4%	14.3%	4.1%	100.0%
	P. Administrativo	53.8%	37.6%	7.5%	1.1%	100.0%
Total		40.4%	43.5%	12.7%	3.4%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 14. FRECUENCIA DE PRACTICA DE AUTOCAUIDADO EN RELACION A LA CATEGORIA LABORAL DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES

CATEGORÍA LABORAL		AUTOCAUIDADO				Total
		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	P. de Salud	.3%	21.8%	65.9%	11.9%	100.0%
	P. Administrativo	.0%	45.2%	51.6%	3.2%	100.0%
Total		.3%	27.5%	62.4%	9.8%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TABLA 15. FRECUENCIA DE PRACTICA DE HABITO ALIMENTICIO EN RELACION A L NIVEL EDUCATIVO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES

CATEGORÍA LABORAL		HÁBITO ALIMENTICIO				Total
		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	P. de Salud	.3%	7.8%	51.6%	16.3%	75.9%
	P. Administrativo	.0%	41.2%	21.7%	21.3%	24.1%
Total		3%	13.2%	65..8%	20.7%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 16. FRECUENCIA DE PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE EN RELACION AL PERSONAL CON ENFERMEDAD CRONICA AGREGADA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

ENFERMEDAD CRÓNICA ASOCIADA		ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				Total
		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	SI	52.1%	37.9%	8.5%	1.4%	100.0%
	NO	26.3%	50.3%	17.7%	5.7%	100.0%
Total		40.4%	43.5%	12.7%	3.4%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 17. FRECUENCIA DE PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE EN RELACION AL IMC DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

INDICE DE MASA CORPORAL		ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				Total
		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Desnutrición	.0%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
	Normal	29.9%	46.2%	17.9%	6.0%	100.0%
	Sobrepeso	40.2%	45.6%	11.2%	3.0%	100.0%
	Obesidad I	53.6%	36.9%	9.5%	.0%	100.0%
	Obesidad II	66.7%	33.3%	.0%	.0%	100.0%
	Obesidad III	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
Total		40.4%	43.5%	12.7%	3.4%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 18. FRECUENCIA DE PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE EN RELACION AL INDICE CADERA/CINTURA EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

INDICE CADERA/CINTURA (CLASIFICACIÓN CINTURA CON RIESGO)		ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				Total
		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Normal	28.2%	50.4%	13.7%	7.6%	100.0%
	Con Riesgo	40.4%	41.3%	16.3%	1.9%	100.0%
	Alto Riesgo	51.0%	39.1%	9.3%	.7%	100.0%
Total		40.4%	43.5%	12.7%	3.4%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TABLA 19. FRECUENCIA DE PRACTICA DE RECREACION Y MANEJO DE TIEMPO LIBRE EN RELACION AL INDICE CADERA/CINTURA EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

		RECREACIÓN Y MANEJO DE TIEMPO LIBRE				Total
INDICE CADERA/CINTURA (CLASIFICACIÓN CINTURA CON RIESGO)		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Normal	.0%	22.9%	61.1%	16.0%	100.0%
	Con Riesgo	3.8%	23.1%	58.7%	14.4%	100.0%
	Alto Riesgo	2.6%	36.4%	49.7%	11.3%	100.0%
Total		2.1%	28.2%	56.0%	13.7%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

TABLA 20. FRECUENCIA DE PRACTICA DE HABITO ALIMENTICIO EN RELACION AL INDICE CADERA/CINTURA EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.

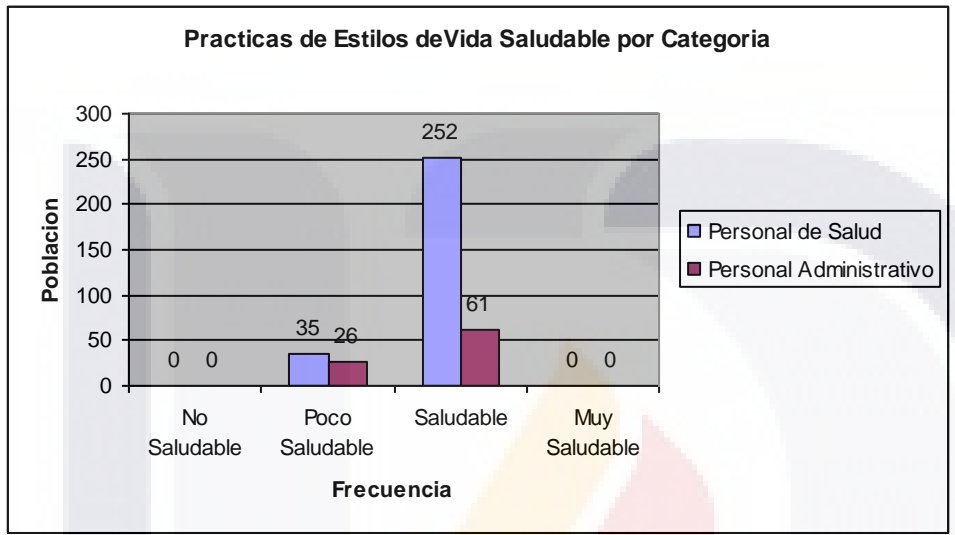
		HÁBITO ALIMENTICIO				Total
INDICE CADERA/CINTURA (CLASIFICACIÓN CINTURA CON RIESGO)		No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable	
Porcentaje de Practica	Normal	.8%	10.7%	59.5%	29.0%	100.0%
	Con Riesgo	.0%	9.6%	69.2%	21.2%	100.0%
	Alto Riesgo	.0%	17.9%	68.9%	13.2%	100.0%
Total		.3%	13.2%	65.8%	20.7%	100.0%

FUENTE: Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez (2002).

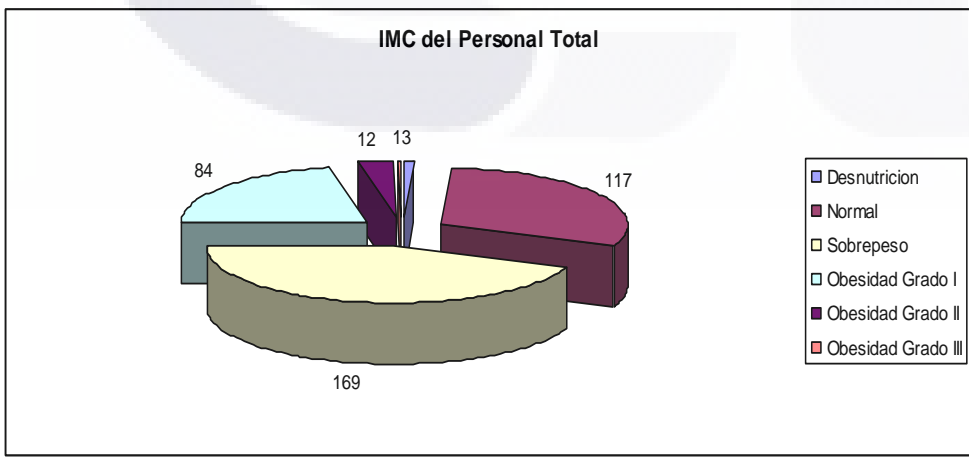
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

GRAFICAS

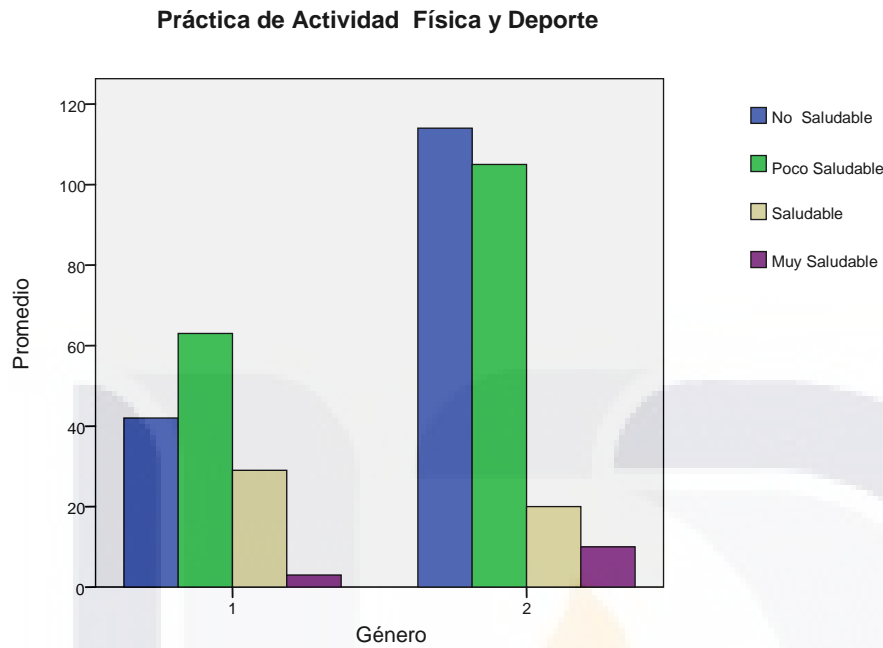
GRAFICA 1. FRECUENCIA DE PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES, DE ACUERDO A CATEGORÍA LABORAL.



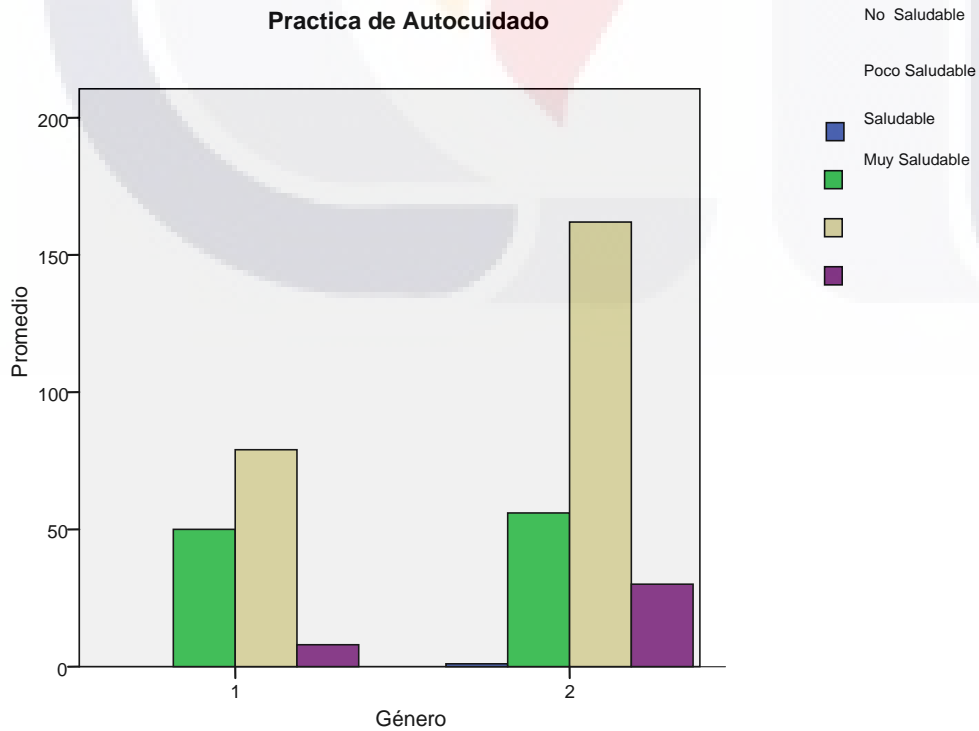
GRAFICA 2. FRECUENCIA DE INDICE CE MASA CORPORAL DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.



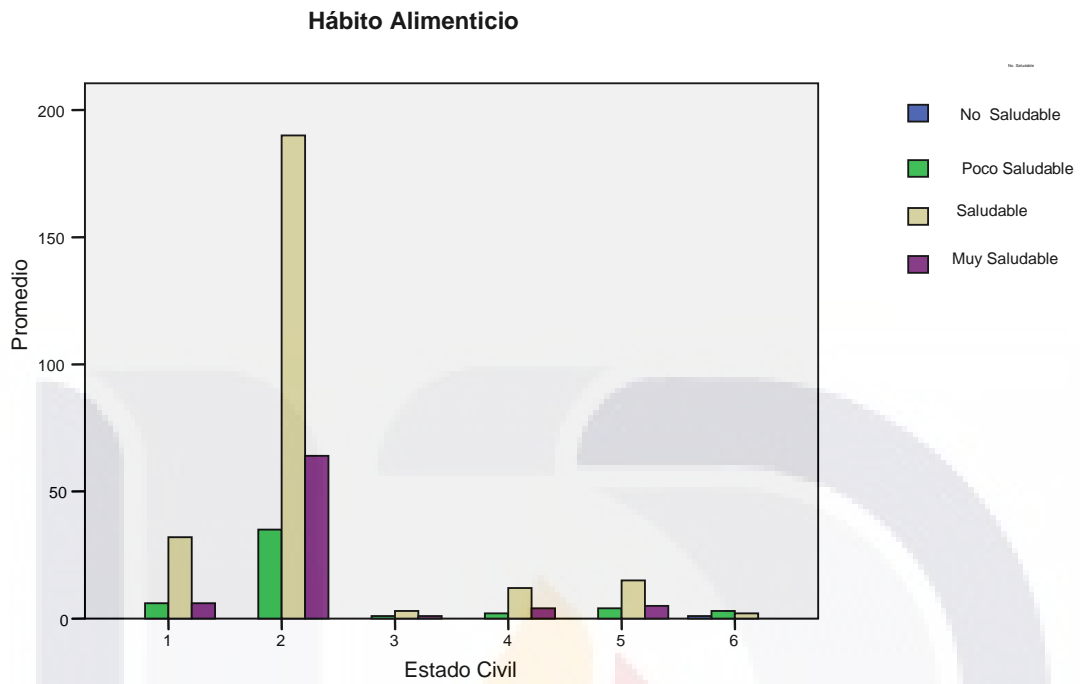
GRAFICA 3. FRECUENCIA DE PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE DE ACUERDO AL GENERO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.



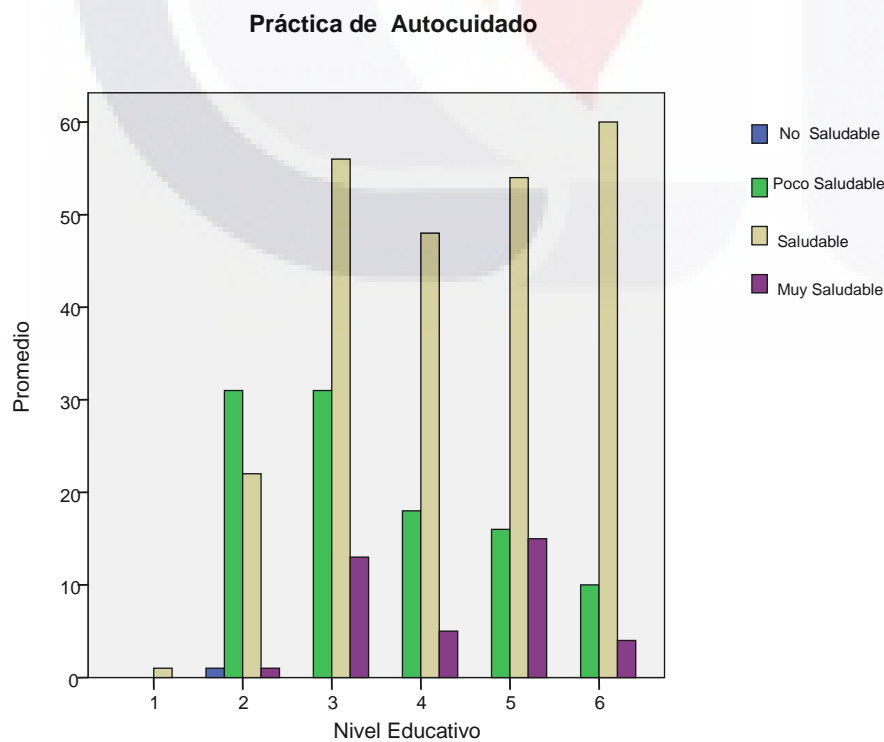
GRAFICA 4. FRECUENCIA DE PRACTICA DE AUTOCUIDADO DE ACUERDO AL GENERO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.



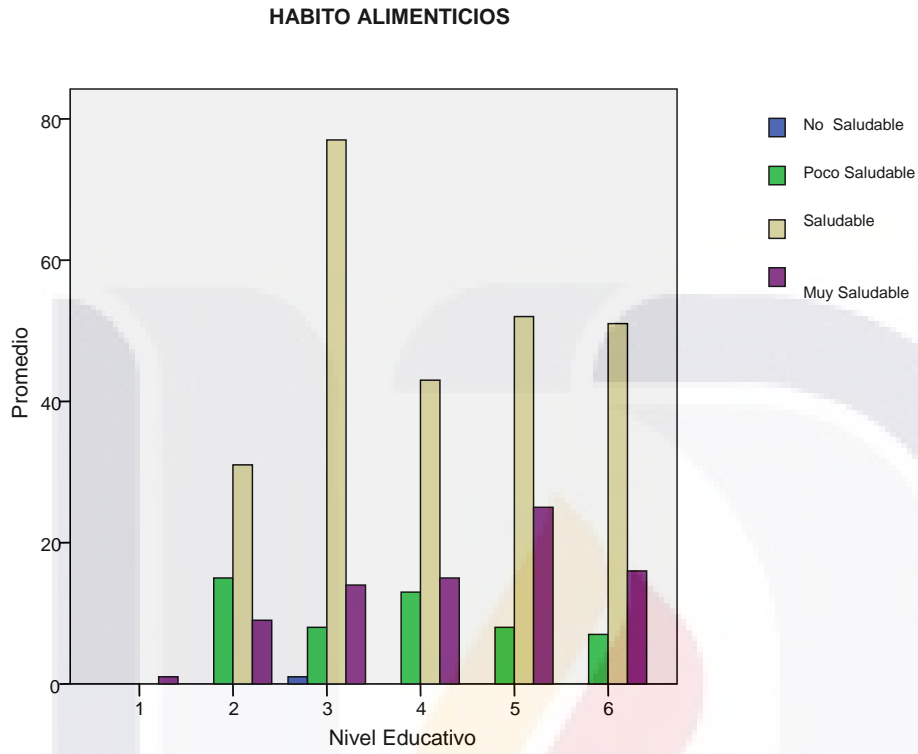
GRAFICA 5. FRECUENCIA DE PRACTICA DE HABITO ALIMENTICIO DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES



GRAFICA 6. FRECUENCIA DE PRACTICA AUTOCUIDADO DE ACUERDO AL NIVEL EDUCATIVO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIENTES.



GRAFICA 7. FRECUENCIA DE PRACTICA DE HABITO ALMENTICIO DE ACUERDO AL NIVEL EDUCATIVO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UMF URBANAS DE AGUASCALIANTES



OPERACIONALIZACION DE CONCEPTOS

OBJETIVO GENERAL	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	ESCALAS
<p>Medir las prácticas de estilos de vida saludables del personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar Urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.</p>	<p>Práctica de estilo de vida saludable: son los patrones de conducta, hábitos y acciones de las personas para mantener, reestablecer o mejorar su salud.</p>	<p>1.- Patrón de conducta: formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada</p> <p>2.- Hábitos: modo habitual de responder a diferentes situaciones</p> <p>3.- Acciones</p>	<p>Variación del hábito de actividad física y deporte</p> <p>Variación del hábito de recreación y manejo de tiempo libre.</p> <p>Variación en el hábito de auto-cuidado.</p>	<p>Actividad Física Cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un gasto energético.</p> <p>Deporte Actividad física planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud.</p> <p>Recreación Proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida, individual y social mediante actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento.</p> <p><u>Tiempo Libre</u> Uso constructivo que el ser humano hace de él, en beneficio de su enriquecimiento personal y del disfrute de la vida, en forma individual o colectiva.</p> <p>Búsqueda y utilización de servicios institucionales de salud, las conductas de observancia sobre los tratamientos prescritos y también la participación de la comunidad en la formulación de políticas públicas, en los diferentes niveles de toma de decisión en</p>	<p>No Saludable: 6 - 10 Poco Saludable: 11 - 15 Saludable: 16 - 20 Muy Saludable: 21 - 24</p> <p>No Saludable: 5 - 8 Poco Saludable: 9 - 12 Saludable: 13 - 16 Muy Saludable: 17 - 20</p> <p>No Saludable: 21 - 36 Poco Saludable: 37 - 52 Saludable: 53 - 68 Muy Saludable: 69 - 84</p>

				<p>el área de salud.</p> <p>Acción de seleccionar los alimentos, de prepararlos y de ingerirlos</p> <p>Variación en el hábito alimenticio</p> <p>Dependencia o adicción al tabaco.</p>	<p>No Saludable: 21 - 36 Poco Saludable: 37 - 52 Saludable: 53 - 68 Muy Saludable: 69 - 84</p>
				<p>Variación del hábito de consumo de tabaco.</p> <p>Dependencia o adicción al alcohol.</p>	<p>No Saludable: 10 - 17 Poco Saludable: 18 - 25 Saludable: 26 - 33 Muy Saludable: 34 - 40</p>
				<p>Variación del consumo de alcohol.</p> <p>Estado del organismo, regular, recurrente y fácilmente reversible, que se caracteriza por una relativa tranquilidad y por un gran aumento del umbral o de la respuesta a estímulos externos en relación con el estado de vigilia.</p>	<p>No Saludable: 10 - 16 Poco Saludable: 17 - 24 Saludable: 25 - 32 Muy Saludable: 33 - 40</p>
				<p>Variación del hábito de sueño.</p>	

ELABORACION DE CUESTIONARIOS II

ITEMS	PREGUNTAS: EN CASO DE ENTREVISTAS O CUESTIONARIOS	FUENTE DE INFORMACION	METODO DE RECOLECCION DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
<p align="center">PRACTICAS</p> <p>Condición, actividad física y deporte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte. 2. Termina el día con vitalidad y sin cansancio. 3. Mantiene el peso corporal estable. 4. Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, cardio-box, aeróbicos, aero-rumba). 5. Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida). 6. Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión. <p><u>Recreación y manejo de tiempo libre</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta). 8. Incluye momentos de descanso en su rutina diaria. 9. Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre. 10. En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear). 11. Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales. <p><u>Auto-cuidado y cuidado médico</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Va al odontólogo por lo menos una vez al año. 13. Va al médico por lo menos una vez al año. 14. Cuando se expone al sol, usa protectores solares. 	<p>Preguntas cerradas de opción múltiple tipo Likert</p>	<p>Primaria</p>	<p>Cuestionario auto-administrado</p>	<p>Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre estilos de vida.</p> <p>Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).</p> <p><u>Propiedades Psicométricas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alpha:0.8735 - Medida de adecuación muestral de Kaiser-Olkin (KMO): 0.854 - Chi-cuadrada aprox: 34584.7 - gl: 6670 - Sig.: 0

<ol style="list-style-type: none"> 15. Evita las exposiciones prolongadas al sol. 16. Chequea al menos una vez al año su presión arterial. 17. Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento. 18. Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año. 19. Se automedica y acude al farmacéuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales. 20. Consume medicina sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos). 21. Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos. 22. PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes. 23. PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente. 24. PARA HOMBRES: Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes. 25. PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: se realiza exámenes de próstata anualmente. 26. Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas. 27. Maneja bajo efectos de licor u otras drogas. 28. Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas. 29. Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor. 30. Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad. 31. Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc.) que hay en la Universidad. 				
--	--	--	--	--

<p>32. PARA LOS COLABORADORES: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo.</p> <p><u>Hábitos alimenticios</u></p> <p>33. Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?</p> <p>34. Añade sal a las comidas de la mesa?</p> <p>35. Añade azúcar a las bebidas en la mesa?</p> <p>36. Consume más de cuatro gaseosas en la semana?</p> <p>37. Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces a la semana?</p> <p>38. Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?</p> <p>39. Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesa y salsas en general)?</p> <p>40. Come pescado y pollo más que carnes rojas?</p> <p>41. Mecatea?</p> <p>42. Come carne más de cuatro veces a la semana?</p> <p>43. Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?</p> <p>44. Consume productos ahumados?</p> <p>45. Mantiene un horario regular en las comidas?</p> <p>46. Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?</p> <p>47. Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?</p> <p>48. Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes o preservativos)?</p> <p>49. Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente?)</p> <p><u>Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas</u></p> <p>50. PARA FUMADORES: Fuma</p>				
---	--	--	--	--

<p>cigarrillo o tabaco?</p> <p>51. PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?</p> <p>52. PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?</p> <p>53. Consume licor al menos dos veces por semana?</p> <p>54. Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?</p> <p>55. Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?</p> <p>56. Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, achis, entre otras?)</p> <p>57. Dice "no" a todo tipo de droga?</p> <p>58. Consume más de dos tazas de café al día?</p> <p>59. Consume más de tres coca-colas en la semana?</p> <p><u>Sueño</u></p> <p>60. Duerme al menos 7 horas diarias?</p> <p>61. Trasnocha?</p> <p>62. Duerme bien y se levanta descansado?</p> <p>63. Le cuesta trabajo quedarse dormido?</p> <p>64. Se despierta en varias ocasiones durante la noche.</p> <p>65. Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?</p> <p>66. Hace siesta?</p> <p>67. Se mantiene con sueño durante el día?</p> <p>68. Utiliza pastillas para dormir?</p> <p>69. Respeta sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. no se trasnocha previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)?</p>				
--	--	--	--	--

UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

OBJETIVO GENERAL	UNIVERSO DE TRABAJO	UNIDAD DE OBSERVACION	UNIDAD DE ANALISIS
<p>Medir las prácticas de estilos de vida saludables del personal de salud de las unidades de medicina familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Aguascalientes.</p>	<p>Todo el personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar Urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes</p>	<p>Personal que labora en las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p>	<p>Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p>

OPERACIONALIZACION DE COVARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	COVARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad	Covariable	Edad cumplida en años hasta que se realiza el cuestionario	Cuantitativa continua	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Sexo	Covariable	Identidad de género masculino y/o femenino.	Cualitativa nominal Femenino Masculino	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Estado civil	Covariable	Status de vida en la sociedad, acorde a términos legales al momento del cuestionario.	Cualitativa nominal Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Nivel de educación	Covariable	Es el grado de escolaridad	Cualitativa ordinal Primaria Secundaria Carrera técnica Preparatoria Licenciatura Postgrado	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Unidad de adscripción	Covariable	Es el lugar o centro de trabajo donde se prestan los servicios.	Cualitativa nominal UMF 1 UMF 7 UMF 8 UMF 9 UMF 10	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Turno	Covariable	Expresión del tiempo que se aplica a la persona que debe laborar en un momento determinado, según un orden establecido; Que es habitual, u	Cualitativa nominal Matutino Vespertino	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).

		obligado en el ambiente donde presta sus servicios.		
Categoría laboral	Covariable	Denominación de puestos de Base listados en el tabulador de sueldos.	Cualitativa nominal Medico familiar Asistente medica Enfermera Auxiliar de servicios básicos Laboratoristas Técnicos radiólogos, etc.	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Antigüedad laboral	Covariable	Tiempo transcurrido desde el inicio en que se labora en una área de trabajo específica hasta	Cuantitativa continua Años cumplidos	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Enfermedad crónica	Covariable	Trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo".	Cualitativa nominal Diabetes mellitus Hipertensión arterial sistémica. Obesidad Sobrepeso Hipercolesterolemia Hipertrigliceridemia	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Peso	Covariable		Cuantitativa continua	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Estatura	Covariable	Medida de una persona desde los pies a la cabeza	Cuantitativa continua	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Perímetro de Cintura	Covariable	Medida de la circunferencia de	Cuantitativa continua	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).
Perímetro de Cadera	Covariable	Medida de la circunferencia	Cuantitativa continua	Cuestionario Prácticas sobre estilos de vida. Arrivillaga, M., Salazar I. y Gómez, I. (2002).

PLAN DE ANALISIS

Objetivo	Variables	Estadística descriptiva	Pruebas de hipótesis
<p>Medir las prácticas de los el estilo de vida saludable del personal que labora en las unidades de medicina familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Aguascalientes.</p>	<p>PRINCIPAL Prácticas de los estilos de vida saludable</p> <p>COVARIABLES Edad Genero Estado civil Nivel Educativo Unidad de adscripción Turno Categoría laboral Antigüedad laboral Enfermedad crónica preexistente Peso Talla Medición de Cintura Medición de Cadera</p>	<p>Cualitativo Ordinal: se presentaran en forma de números absolutos y números relativos, observando el porcentaje que representan.</p> <p>Cualitativo nominal: se presentaran en forma de números absolutos y números relativos, observando el porcentaje que representan.</p> <p>Cuantitativo continua: 1.-Medidas de tendencia central: Media 2.-Medidas de dispersión: desviación estándar.</p> <p>- Representadas en cuadros de contingencia - Graficas y figuras</p>	<p>No se requieren</p>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTATAL EN AGUASCALIENTES
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 COORDINACION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
 CENTRO BIOMÉDICO
 ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN: “PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR URBANAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”.

El presente cuestionario constituye parte del proceso de la investigación que realizamos; los datos que ud. nos proporcione son confidenciales, siendo utilizados con el único fin de realizar esta investigación. *Su participación es importante.*

Estimado compañero, este cuestionario tiene como objetivo medir las prácticas relacionadas con los estilos de vida saludables; agradecemos de antemano su participación en el estudio,

INDICACIONES: Por favor escriba utilizando un lápiz sobre el renglón, los datos que se le solicitan

Los recuadros de la derecha son para uso del Investigador

¡POR FAVOR NO DEJE NINGUNA ASEVERACIÓN SIN CONTESTAR!

Sección I: Datos Socio-Demográficos

FOLIO _____

FECHA _____

**Exclusivo
para el
investigador**

CODIGO

1.- Edad en años: _____

INDICACIONES: Subraye la respuesta a cada aseveración

2.-Sexo:

1.-Masculino

2.-Femenino

3.-Estado Civil:

1.-Soltero

2.-Casado

3.-Viudo

4.-Unión Libre

5.-Divorciado

6.- Separado

4.-Nivel Educativo:

1.-Primaria

2.-Secundaria

3.-Técnica

4.-Preparatoria

5.-Licenciatura

6.-Posgrado
(Especialidad)

5.-Unidad de Medicina Familiar donde Labora:

1.-UMF 1

2.- UMF 7

3.- UMF 8

4.- UMF 9

5.- UMF 10

6.-Turno:

1.-Matutino

2.-Vespertino

INDICACIONES: conteste marcando con una X según la categoría a la que corresponda

7.-CATEGORÍA LABORAL:

7.1.- PERSONAL DE SALUD

1.-Auxiliar de Enfermera General		11.- Lic. en Nutrición	
2.-Enfermera General		12.- Trabajadora Social	
3.-Enfermera Especialista en Atención Materno-Infantil		13.-Asistente Médica	
4.-Enfermera Especialista en Salud Pública		14.- Auxiliar de Laboratorio	
5.-Médico Familiar con Especialidad		15.-Químico Laboratorista	
6.-Médico Familiar sin Especialidad		16.-Jefa de Enfermeras	
7.-Médico Familiar con otra Especialidad		17.-Jefe de Clínica	
8.- Estomatólogo		18.-Técnico Orientador	
9.-Médico no Familiar Epidemiólogo		19.- Director	
10.- Técnico Radiólogo			

7.2- PERSONAL ADMINISTRATIVO

1.-Auxiliar de Almacén		10.- Operador Telefónico "A"	
2.-Oficial de Almacén		11.-Auxiliar de Servicios de Intendencia	
3.-Auxiliar Universal de Oficinas		12.-Ayudante de Servicios de Intendencia	
4.-Oficial de Servicios Técnicos		13.-Auxiliar de Farmacia	
5.-Jefe de Grupo de Servicios Técnicos		14.- Ayudante de Farmacia	
6. Coordinador de Servicios Técnicos		15.- Oficial de Farmacia	
7.- Oficial de Estadística		16.- Administrador	
8.-Coordinador de estadística			
9.- Jefe de Estadística			

INDICACIONES: Subraye la respuesta a cada aseveración

8.-Usted tiene una enfermedad crónica actualmente:

1.-Diabetes Mellitus
4.- Obesidad

2.-Hipertensión arterial
4.-Dislipidemia

3.-Sobrepeso
5.-Otras

9.-Antigüedad Laboral en años: _____

10.- Peso: _____Kg.

11.- Estatura: _____mts.

12.-Perímetro de cintura: _____cm.

13.-Perímetro de cadera: _____cm.

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
Arrivillaga M., Salazar I. y Gómez I.(2002)

SECCIÓN II: PRÁCTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

INSTRUCCIONES: Por favor, según considere marque con una X en el espacio que corresponda a su grado de frecuencia (de siempre a nunca) hacia las aseveraciones siguientes.

	PRÁCTICAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE					
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene el peso corporal estable				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardíaco (Spinning, Cardiobox, Aeróbicos, Aerorumba)				
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (Taichi, Kun fu, Yoga, Danza, Meditación, Relajación autodirigida)				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE					
7	Practica actividades físicas de recreación (Caminar, Nadar, Montar en bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (Cine, Leer, Pasear)				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales.				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO					
12	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13	Va al médico por lo menos una vez al año				
14	Cuando se expone al sol, usa protector solar				
15	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18	Realiza exámenes de Colesterol, Triglicéridos y glucosa una vez al año				
19	Se automedica y/o acude al farmacéuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20	Consumo de drogas sin prescripción médica (Anfetaminas, Antidepresivos, Ansiolíticos, Hipnóticos)				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nodulaciones u otros cambios, al menos una vez al mes				
23	PARA MUJERES: Se toma el Papanicolau anualmente				
24	PARA HOMBRES: Se examina los testículos en búsqueda de nodulaciones u otros cambios, al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física (levantar pesas, montar bicicleta, buceo, nadar, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27	Maneja bajo efectos del alcohol u otras drogas				
28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del alcohol u otras drogas				
29	Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				

PRÁCTICAS		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
31	Atiende las señales de seguridad (Extinguidores, Cintas amarillas de Prohibido el paso, letreros como "Zona de Refugio", etc.) que hay en el área laboral				
32	Toma las medidas preventivas (Guantes, gorros, cubre-bocas, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo				

HÁBITOS ALIMENTICIOS

33	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día				
34	Añade sal a las comidas en la mesa				
35	Añade azúcar a las bebidas en la mesa				
36	Consume más de cuatro refrescos en la semana				
37	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana				
38	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína				
39	Limita su consumo de grasas (Mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)				
40	Come pescado y pollo, más que carnes rojas				
41	Mecatea (come entre comidas)				
42	Come carne más de cuatro veces a la semana				
43	Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocino)				
44	Consume productos ahumados				
45	Mantiene un horario regular en las comidas				
46	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso				
47	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria				
48	Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (Colorantes y Conservadores)				
49	Consume comidas rápidas (Pizza, Hamburguesa, Hot-dog)				

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

50	PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o consume otra forma de tabaco				
51	PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana				
52	PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia				
53	Consume alcohol al menos dos veces en la semana				
54	Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar				
55	Consume alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida				
56	Consume drogas (Marihuana, Cocaína, basuco, Éxtasis, Achis, o alguna otra)				
57	Dice "NO" a todo tipo de droga				
58	Consume más de dos tazas de café al día				

SUEÑO

60	Duerme al menos 7 horas diarias				
61	Trasnocha				
62	Duerme bien y se levanta descansado				
63	Le cuesta trabajo quedarse dormido				
64	Se despierta en varias ocasiones durante la noche				
65	Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida				
66	Hace siesta				
67	Se mantiene con sueño durante el día				
68	Utiliza pastillas para dormir				
69	Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (por ejemplo, No se trasnocha previamente a la entrega de un trabajo)				

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

R3MF Dra. Cynthia Yosheida Cárdenas Urquizo

ACTIVIDAD		Marzo – 2007	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero - 08
Estrategias de Búsqueda de Información	% Programado	100 %										
	% Logrado	100 %										
Protocolo de Inv. Elaboración de Fichas Bibliográficas	% Programado	100 %										
	% Logrado	100 %										
Identificación de problemas de investigación	% Programado	50 %	100 %									
	% Logrado	50 %	100 %									
Priorización de problemas de investigación	% Programado	50 %	100 %									
	% Logrado	50 %	100 %									
Planteamiento del problema	% Programado				25 %	50 %	75 %	100 %				
	% Logrado				10 %	25 %	50 %	75 %	100%			
Identificación de antecedentes científicos	% Programado					0 %	25 %	50 %	100 %			
	% Logrado							30 %	80 %	100 %		
Construcción de marco teórico	% Programado					0 %	25 %	50 %	100 %			
	% Logrado						0 %	20 %	80 %	100 %		
Elaboración de objetivos e hipótesis	% Programado								0 %	100 %		
	% Logrado								0 %	100 %		
Diseño del estudio	% Programado								0 %	100 %		
	% Logrado									70 %	100 %	
Universo de trabajo	% Programado							100 %				
	% Logrado							100 %				
Muestreo	% Programado									100 %		
	% Logrado									100 %		

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

R3MF Dra. Cynthia Yosheida Cárdenas Urquiza

ACTIVIDAD		Marzo – 2007	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero - 08
Logística	% Programado								100 %			
	% Logrado								50 %	75 %	100 %	
Plan de análisis de datos	% Programado									100 %		
	% Logrado									50 %	70 %	
Consentimiento informado	% Programado								100 %			
	% Logrado								100 %			
Cronograma de actividades	% Programado								100 %			
	% Logrado								100 %			
Elaboración de presupuesto	% Programado								100 %			
	% Logrado								50 %	75 %	100 %	
Elaboración de instrumento	% Programado								100 %			
	% Logrado						0 %	40 %	60 %	70 %	100 %	
Identificación y selección de pacientes	% Programado								100 %			
	% Logrado								100 %			
Capacitación de personal	% Programado								100 %			
	% Logrado								100 %			
Aplicación de prueba piloto	% Programado											
	% Logrado											
Recolección de datos	% Programado										100 %	
	% Logrado											
Construcción de bases de datos	% Programado										50 %	100 %
	% Logrado											

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

R3MF Dra. Cynthia Yosheida Cárdenas Urquiza

ACTIVIDAD		Marzo – 2007	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero - 08
Captura de base de datos	% Programado											80 %
	% Logrado											
Procesamiento de datos	% Programado											0 %
	% Logrado											
Análisis de datos	% Programado											
	% Logrado											
Redacción final	% Programado											
	% Logrado											
	% Programado											
	% Logrado											
	% Programado											
	% Logrado											
	% Programado											
	% Logrado											
	% Programado											
	% Logrado											
	% Programado											
	% Logrado											

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

R3MF Dra. Cynthia Yosheida Cárdenas Urquiza

ACTIVIDAD		Febrero - 08	Marzo - 08										
Estrategias de Búsqueda de Información	% Programado												
	% Logrado												
Protocolo de Inv. Elaboración de Fichas Bibliográficas	% Programado												
	% Logrado												
Identificación de problemas de investigación	% Programado												
	% Logrado												
Priorización de problemas de investigación	% Programado												
	% Logrado												
Planteamiento del problema	% Programado												
	% Logrado												
Identificación de antecedentes científicos	% Programado												
	% Logrado												
Construcción de marco teórico	% Programado												
	% Logrado												
Elaboración de objetivos e hipótesis	% Programado												
	% Logrado												
Diseño del estudio	% Programado												
	% Logrado												
Universo de trabajo	% Programado												
	% Logrado												
Muestreo	% Programado												
	% Logrado												

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

R3MF Dra. Cynthia Yosheida Cárdenas Urquiza

ACTIVIDAD		Febrero - 08	Marzo - 08										
Logística	% Programado												
	% Logrado												
Plan de análisis de datos	% Programado												
	% Logrado												
Consentimiento informado	% Programado												
	% Logrado												
Cronograma de actividades	% Programado												
	% Logrado												
Elaboración de presupuesto	% Programado												
	% Logrado												
Elaboración de instrumento	% Programado												
	% Logrado												
Identificación y selección de pacientes	% Programado												
	% Logrado												
Capacitación de personal	% Programado												
	% Logrado												
Aplicación de prueba piloto	% Programado												
	% Logrado												
Recolección de datos	% Programado	100%											
	% Logrado												
Construcción de bases de datos	% Programado	100%											
	% Logrado												

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 R3MF Dra. Cynthia Yosheida Cárdenas Urquizo

ACTIVIDAD		Febrero - 08	Marzo - 08										
Captura de base de datos	% Programado	100%											
	% Logrado												
Procesamiento de datos	% Programado	100%											
	% Logrado												
Análisis de datos	% Programado	100 %											
	% Logrado												
Redacción final	% Programado	100 %											
	% Logrado												
	% Programado												
	% Logrado												
	% Programado												
	% Logrado												
	% Programado												
	% Logrado												
	% Programado												
	% Logrado												
	% Programado												
	% Logrado												

HOJA DE GASTOS

En el plan de trabajo de este estudio, participaron 2 Médicos Residentes de Medicina Familiar voluntarios, que se encargaron de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes.

Ellos mismos se encargaron de realizar las mediciones de peso - talla (mediante báscula y estadímetro propio de la unidad), y cadera – cintura mediante cinta métrica.

Se realizo una sola visita a cada UMF, ambos turnos, en cada visita por turno se entregó y recolectó los cuestionarios y se realizó la somatometría de cada trabajador. Las UMF están dispersas en la Delegación, pero están a 7 km en promedio de la sede en donde se conduce esta investigación.

Categoría	Costo Unitario	Factor Multiplicador	Costo Total
1. Materiales			
Lápices	\$ 1.50	100	\$ 150.00
Gomas	\$ 1.00	100	\$ 100.00
Hojas	\$ 0.10	7500	\$ 750.00
Cartucho de Tinta	\$ 250.00	4	\$ 1000.00
CD-room	\$ 30.00	10	\$ 300.00
Engrapadora	\$ 30.00	1	\$ 30.00
Grapas	\$ 12.00	1 caja	\$ 12.00
Fotocopias	\$ 0.30	7500	\$ 2250.00
Folders	\$ 1.00	100	\$ 100.00
Tarjetas telefónicas	\$ 100.00	6	\$ 600.00
Computadora de escritorio hp	\$ 10,699.00	1	\$ 10,699.00

<p>dc7600 desktop procesador intel pentium 4 3.0 ghz 512 mb en ram, disco duro 80 gb cd-writer red broadcom 10/100 netxtreme windows xp profesional.</p>			
<p>2.- Transporte Automóvil</p>	<p>Litro de gasolina \$ 7.10 10 Km. por litro</p>	<p>Núm. de km No. días /No. km día 20 x 14/10 = 28</p>	<p>\$ 200.00</p>
<p>3.- Alimentos Agua embotellada Refrigerio</p>	<p>\$11.00 \$30.00</p>	<p>Unidad/Días/Personas 1 x 10 x 2 = 20 1 x 10 x 2 = 20</p>	<p>\$ 220.00 \$ 600.00</p>
<p style="text-align: right;">SUBTOTAL = \$17,011.00 5% CONTINGENCIA= \$ 850.00 TOTAL= \$17,861.00</p>			

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRACTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DEL PERSONAL QUE LABORA
EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR URBANAS DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION DE AGUASCALIENTES”

Febrero 2008, Aguascalientes, Ags.

Por medio de la presente acepto participar en el Proyecto de Investigación “PRACTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR URBANAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION DE AGUASCALIENTES”, registrado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social No.R-2008-101-1

El objeto de este estudio es medir el nivel de prácticas de los estilos de vida saludables del personal que labora en las unidades de medicina familiar urbanas de la ciudad de Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar un cuestionario sobre las prácticas de los estilos de vida saludable, y permitir la medición de mi peso, estatura, cintura y cadera.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el Proyecto de Investigación, dedicar algunos minutos para contestar las preguntas del cuestionario.

El investigador principal se ha comprometido ha darme información oportuna sobre la realización del cuestionario, así como el de responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con el Proyecto de Investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del Proyecto de Investigación en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador Principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este examen y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Nombre y firma del Trabajador que
acepta participar

Nombre y firma del Investigador
Principal

Testigo

Testigo

GLOSARIO

Prácticas de estilos de vida saludables: patrones de conducta, hábitos y acciones de las personas para mantener, reestablecer o mejorar su salud.

Personal de salud: conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, con el objetivo de generar acciones en el campo de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.²

² Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en las unidades de medicina familiar 2000-001-007. Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

BIBLIOGRAFIA

1. Villareal RS. Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del hospital de la anexión. Rev Cienc Adm Financ Secur Soc 2003; 11.
2. OPS, DPC/ENT, EJ. Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud (DPAS). Plan de Implementación en América Latina y el Caribe 2006-2007. Washington DC; 2006.
3. Sanabria FP, González QL, Urrego MD. Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. Rev Med 2007; 15:207-217.
4. Hernández B, et al. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Rev Panam Salud Publica 2003; 14:235-245.
5. Palacios RR, et al. Sobrepeso y obesidad en personal de salud de una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44:449.
6. Monteiro C, Conde W, Matsudo S, Matsudo V, Monseñor I, Lotufo P. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. Pan Am J Public Health 2003; 14:246-253.
7. Martinez LP, Medina MM, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. Salud Pub Mex 2004; 27:17-27.

8. Programa del Módulo de Fomento de la Salud y Mejoramiento de la Calidad de vida de los trabajadores. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.
9. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS): Cartilla de Salud de la mujer y del hombre.
10. Ley Federal del Trabajo.
11. Nueva Ley del Seguro Social.
12. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-SSA2-043-2002, Servicios básicos de salud. Promoción y educación alimentaria.
13. Norma Oficial Mexicana NOM 174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad.
14. Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999, Para la prevención y control de adicciones.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitas en la atención primaria.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
17. Fanghanel G, Sanchez RL, Gomez SR, Torres AE, Berber A. Obesidad como factor de riesgo de cardiopatía coronaria en trabajadores del Hospital General de México. Rev Endocrinol Nutr 2001; 9:51-59.
18. Fanghanel SG, Sanchez RL, Arrellano MS, Valdez LE, Chavira LJ, Rascon PR. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en

19. trabajadores del Hospital General de México. Salud pública Méx 1997; 39: 427-439.

20. Arenas ML, Jasso VR, Hernández TI, Martínez P, Menjivar RA. Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. Rev Inst Nal Resp Mex 2004; 17:261-265.

21. Flores HM, et al. Consumo de alimentos saludables o con riesgo para la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44:63-78.

22. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en las unidades de medicina familiar. Instituto Mexicano del Seguro social Clave: 2000-001-007.

23. Contrato Colectivo de Trabajo 2005-2007. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sindicato nacional de Trabajadores del Seguro Social.

24. Barrios C, Klijn TP. Promoción a la salud y un entorno laboral saludable. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14: 136-141.

25. Carrada BT. El papel del médico como promotor de la salud. Rev Fac Med UNAM 2002; 45:170-174.

26. Restrepo, H.E. y Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: Cómo construir Vida Saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

27. Rodrigo M, et al. Relación padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. Psicothema 2004; 16: 203-210.

28. Meda LR, Moreno JB, Morales LM, Torres YP, Lara GB, Nava BG. Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios. Revista de educación y desarrollo 2004; 32-37.

29. Jiménez CR, Cervello GE, García CT, Santos RF, Iglesias GD. Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de educación física. IJCHP 2007; 7: 385-401.
30. Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colomb Med 2003; 34: 186-195.
31. Cabrera AG, Tascon GJ, Lucumi CD. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. Rev Fac Nac Sal Pub 2001; 19: 91-101.
32. Carpi BA, Brea AA. La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de la acción planeada. Rev electrón motiv emoc 2002; 4: 25-36.
33. Reyes RL. La teoría de la acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación Educativa Duranguense 2007; 7: 66-77.
34. [http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo de Vida](http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_Vida)
13-11-2007
35. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol28No2/ejercicio.pdf>
10-01-2008
36. Faba BG, et al. Consejo médico ante el problema del tabaquismo en México. Práctica Médica Efectiva 2001; 3:12.

37. Salazar TI, Arrivillaga QM. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. Rev Col Psicol. 2004; 13:74.
38. Ley 181 de 1995 con base en dos documentos: el de la Asociación Nacional de Parques y Recreación de Estados Unidos y el del Movimiento de Beneficios de Ontario, artículo 5º.
39. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina OMS/OPS, 2006.
40. Quintín O. Dietética. Nutrición normal. Ed. Editor, 1950.
- 40.- Casanueva, Esther. Nutriología médica. Ed. Panamericana 2001.
- 41.- Gonzalo, L.M. El sueño y sus trastornos. Ed. Eunsa, 1976.

