



BUAP

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

“IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN LAS ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN EL CENTRO DE SALUD URBANO ZARAGOZA INSURGENTES.”

TESIS PROFESIONAL

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO**

PRESENTA:

JOSÉ MUÑOZ HUERTA
MATRÍCULA: 200630473

DIRECTOR: DR. BERNARDO BRIONES AGUIRRE
NÚMERO DE TRABAJADOR: 100179444

CODIRECTORA: M. A. S. S. EVA DE LA LUZ MÉNDEZ HERNÁNDEZ
NÚMERO DE TRABAJADORA: 100036033

H. PUEBLA DE ZARAGOZA. AGOSTO DE 2020.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. ANTECEDENTES	3
3.1. ANTECEDENTES GENERALES	3
3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
4.1. PREGUNTA CIENTÍFICA	15
5. OBJETIVOS	16
5.1. OBJETIVO GENERAL	16
5.2. OBJETIVOS PARTICULARES.....	16
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	17
6.2. UBICACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL.....	17
6.3. ESTRATEGIA DE TRABAJO	17
6.4. MUESTREO.....	18
6.4.1. Definición de la unidad de población	18
6.4.2. Selección de la muestra	18
6.4.3. Criterios de selección de las unidades de muestreo.....	18
6.4.4. Diseño y tipo de muestreo	19
6.4.5. Tamaño de la muestra.....	19
6.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	20
6.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
6.7. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	22
6.7.1. Ocupación (trabajo)	22
6.7.2. Escala breve de Francis	24

6.7.3. Escala de Identidad Étnica Multigrupo Revisada.....	24
6.7.4. Alcoholismo	24
6.7.5. Tabaquismo.....	25
6.7.6. Actividad física.....	25
6.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
6.9. BIOÉTICA	27
7. RESULTADOS.....	28
8. DISCUSIÓN	39
9. CONCLUSIÓN	43
10. REFERENCIAS.....	44
11. ANEXOS	53
11.1. DEFINICIONES OPERACIONALES.....	53
11.2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	54
11.3. ENCUESTA	55

1. RESUMEN

Los factores sociodemográficos y culturales se relacionan con el control y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) porque amenazan la integridad de los individuos, generan incertidumbre, hacen modificar sus hábitos y costumbres, interfieren en su vida cotidiana con dolor e incapacidad, fomentan la dependencia de otros, afectan la subsistencia básica y la seguridad económica, causan estigmas, intolerancias, miedos, malentendidos, junto a simpatías bien intencionadas, pero a veces humillantes, provocan pérdida de amistades, aislamiento social y causan una agotadora lucha emocional por conservar la integridad y el respeto a sí mismo. A pesar de lo anterior, la magnitud de la influencia de estos factores en las acciones de control y prevención de estas enfermedades en nuestro país y, principalmente, en nuestro entorno, no había sido determinado. Por lo tanto, se planteó evaluarlos en el Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes, por medio de un estudio observacional, analítico, comparativo, sin direccionalidad causa-efecto, unicéntrico y homódemico, sobre una muestra representativa de 90 pacientes mayores de 20 años, usuarios de la unidad médica antes mencionada. De estos, 61.1 % fueron mujeres y 38.9 % hombres, con una mediana de edad de 34 (RIC 26 – 55.3) años. El 66.7 % se dedicaba a una actividad poco calificada y con ingreso entre 1 y 2 salarios mínimos para el 76.7 % de ellos. 68.9 % alcanzaron solamente la educación básica y el 77.8 % vivía con una pareja. La religiosidad de los participantes fue alta (16.7/20), con una identidad étnica baja (10/30) y una alta percepción del sistema de salud (10/15). El 82.2 % reportó una valoración de su salud favorable y el 61.1 % realizar acciones preventivas de salud específicas para su edad y sexo. No obstante, 15.6 % contaba con alguna ECNT, 45.6 % algún grado de alcoholismo, 14.6 % tabaquismo, 56.6 % tenía sobrepeso u obesidad y 67.8 % refirió una vida sedentaria. Dentro de las variables sociodemográficas, el sexo, la edad y la escolaridad se relacionaron con la presencia de ECNT, el alcoholismo, el tabaquismo o una vida sedentaria; mientras que, de las variables culturales, una mayor identidad étnica se asoció con el alcoholismo y una baja percepción de los servicios de salud con una mayor proporción de sobrepeso y obesidad. Estos factores se necesitan tomar en cuenta en el diseño de estrategias que permitan mejorar la presencia de acciones que reduzcan la prevalencia de las ECNT.

2. INTRODUCCIÓN

Las ECNT son el reto principal que enfrentan los sistemas nacionales de salud. Algunos de sus desenlaces, como la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares, son las causas más frecuentes de muerte en los adultos en nuestro país y en el mundo. El número de casos ha aumentado en pocos años y un alto porcentaje de la población tiene condiciones o conductas que aumentan su riesgo de padecerlas a mediano plazo. Las estrategias requeridas para el control de las ECNT son complejas y costosas; como resultado, pese al gasto del sector salud, muchos pacientes son tratados en forma tardía o insuficiente. Por lo tanto, la prevención y el manejo eficaz de las ECNT deben ser una prioridad en las políticas públicas. Se han reconocido 3 principales enfoques en orden de reducir las inequidades en salud: centrar los esfuerzos en la población más vulnerable, reducir la brecha sociocultural mediante la mejora de la salud de la población más vulnerable en relación con aquellos que poseen mejores condiciones de vida y reducir las inequidades sociales y culturales en toda la población. La necesidad de trabajar desde los servicios de salud en la idea de los determinantes sociales y culturales en salud tiene como objetivo principal el de reducir estas inequidades que impactan fuertemente en las condiciones sociosanitarias de la población. En este sentido, la dimensión cultural del fenómeno salud-enfermedad se encuentra en los diversos conocimientos, prácticas e instituciones que sirven para promover la salud y prevenir, controlar, curar y rehabilitar a las personas enfermas. Esta diversidad se constituye en campos simbólicamente mediados que las personas reproducen, construyen y transforman a través de relaciones de poder situadas socialmente, espacial e históricamente. Conocer el impacto de los factores socioculturales que afectan en las acciones de control y prevención de las ECNT podría contribuir a centrar la atención en el daño evitable que supone derivar en intervenciones de control de riesgo o limitación de daño, asimismo reflexionar sobre cómo las percepciones populares sobre la vulnerabilidad se relacionan con la producción de saberes respecto al riesgo y el diseño de políticas integrales destinadas a su reducción.

3. ANTECEDENTES

3.1. ANTECEDENTES GENERALES

Las sociedades modernas, tienen su cimentación en el llamado «estado de derecho», lo cual se constituye como una realidad en la organización humana, es así como las primeras poblaciones humanas, al organizarse en un determinado territorio y regidas bajo un orden gubernamental, sacrifican libertades naturales inherentes al individuo en favor de un poder jerarquizado, surgiendo las primeras sociedades y ciudades estado, que a su vez garantizaban ciertos derechos y prerrogativas a sus ciudadanos (1).

La salud, entendida como un derecho humano universal, se configura como uno de los pilares más importantes del compromiso del Estado frente a sus gobernados, constreñido a proveer los recursos básicos que garanticen su adaptación y supervivencia, así pues, los conceptos de salud y enfermedad son ficciones creadas por la humanidad como una concepción de las condiciones de vida básicas que necesita el ser humano para su integración y funcionalidad dentro de su sociedad (2). Cada grupo social define a la salud y enfermedad y sus prácticas de estas de acuerdo con su experiencia y condicionan las formas de enfrentarse a estas situaciones, por lo cual podemos considerar que la vivencia de estos aspectos biológicos está influenciada por factores culturales derivados de las relaciones sociales de la población (2).

México, es una nación basada en la multiétnicidad y diversidad de sus habitantes, surgidas de los procesos históricos de fusión racial y cultural, que a lo largo del tiempo condicionaron el mestizaje no solo en la población sino también en las costumbres y ejercicio de sus diversas formas de experimentar la enfermedad y sus procesos (3).

Así, como producto de las costumbres heredadas de los pobladores precolombinos de estas tierras, aunadas a las innovaciones científicas traídas por los colonizadores europeos, permitieron crear una visión sincretizada de la experiencia de la salud enfermedad en las nuevas sociedades americanas, enriquecidas también por el elemento africano, presente en ciertas agrupaciones costeras de América. Las cambiantes sociedades modernas van evolucionando y adicionando elementos enriquecedores de sus costumbres, tal es el caso de México, donde el crisol producto de la migración de diversas poblaciones de extranjeros, han permitido constituir a

nuestra sociedad actual como un lienzo multicultural. Condicionado por la cultura y las prácticas propias de cada grupo social, el ejercicio del derecho a la salud que el Estado Mexicano respalda a través de los diferentes organismos encargados de la asistencia médica se ve enriquecido e influenciado, a veces de manera positiva y otras en contra, por las prácticas tradicionales de la población (4).

Dentro de los espacios constituidos para la brindar atención a la salud a la población, confluye una diversidad de población, en los grandes centros urbanos, donde individuos provenientes de diversos estratos sociales y orígenes étnicos diversos, producen diariamente choques culturales con el sistema de salud institucionalizado y occidentalizado, el cual la mayoría de veces no cuenta con personal instruido en la integración y respeto de la ideología de la población en el sistema formal de salud (5). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un grupo heterogéneo de padecimientos generados a partir de un reducido número de desenlaces. Se caracterizan por ser de larga duración, con una evolución progresiva y constante (6), además de afectar a cualquier grupo social sin importar la edad, región o país y, por lo tanto, contar con un mayor alcance. Las ECNT son la principal causa de muerte a nivel mundial; datos estadísticos indican que las ECNT representan el 71 % del total de muertes a nivel mundial en tan solo un año (7). Las ECNT comprenden enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, renales y osteomusculares crónicas, diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos relacionados. En 2008, la tercera parte de las defunciones causadas por las ECNT fueron en su mayoría padecimientos cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, de los 57 millones totales de ese año (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica el crecimiento acelerado de este tipo de padecimientos por cuatro razones: los rápidos y constantes procesos de urbanización, dietas con bajo contenido nutricional, una vida con una muy reducida actividad física y el consumo de sustancias dañinas para el organismo como lo son el alcohol, las drogas y el cigarrillo (9). En América Latina, sin embargo, los factores de riesgo se presentan de distinta manera, por ejemplo, la prevalencia de hipertensión e hipercolesterolemia en algunos países del Caribe y América Latina (10) se calculan en valores del 30 al 40 % y el estilo de vida sedentario ha sido documentado en un 50 a

90 % de la población, dependiendo de la edad y sexo. En el caso del tabaquismo los casos de consumo alcanzan del 30 al 50 % en hombres y del 10 al 30 % en mujeres; mientras que en temas nutricionales la desnutrición infantil convive en contraparte con una alta prevalencia de obesidad en la población adulta (11), la cual se estima entre el 30 al 55 %. Este grupo de padecimientos representa el 80 % de todas las muertes prematuras causadas por las ECNT. Sumando a esto, otros factores como la reducción de la mortalidad y de la fecundidad, junto al envejecimiento de la población, la cual en promedio representa vivir más de 80 años, está convirtiendo dicha situación en un problema común en la mayoría de los países (6).

Estas enfermedades se desarrollan incluso décadas antes de la defunción del portador y en la mayoría de los casos puede haber una detección temprana (12), siempre y cuando sean detectadas mediante revisiones médicas provisionales, por lo tanto, diversos factores socioculturales y su influencia en la población pueden ser factores importantes al momento de tomar acciones de control y prevención de las ECNT (13). El tan opresivo modo de vida sumada a una muy escasa cultura de prevención hace que los ya mencionados padecimientos continúen e incrementen (14).

Las dimensiones sociales de la salud estaban sólidamente establecidas en la Constitución de la OMS de 1948, pero fueron totalmente desatendidas durante una época en la que la salud pública estuvo dominada por programas solamente basados en la tecnología y la ciencia. Los determinantes sociales de la salud y la necesidad de factores socioculturales para abordarlos fueron fuertemente considerados con el movimiento de *Salud Para Todos* bajo el mandato de Halfdan Mahler (15). En 1975, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicaron un informe conjunto titulado *Métodos alternativos para satisfacer las necesidades de salud básicas en los países en desarrollo*, en el que se analizaron diversos programas de atención primaria y que llevó a la OMS a un replanteamiento total de la atención primaria. El trabajo en salud pública se caracterizó por centrar la atención en los problemas de salud poblacional, y para ello fueron considerados diferentes sectores sociales, económicos y administrativos, como las diferentes culturas y valores que organizan y estratifican la sociedad (16).

La acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud fue un factor importante para el modelo de atención primaria de salud propuesto para definir el programa *Salud Para Todos* después de la conferencia de Alma-Ata en 1978. Durante este período, algunos países con bajos ingresos (medidos en PIB) tuvieron un notable mejoramiento en temas de salud, todos ellos reflejados en las estadísticas sanitarias de la población, gracias a enfoques que incluían factores socioculturales aplicados sobre los determinantes sociales clave. Sumando, además, una versión reducida de la atención primaria, «la atención primaria de salud selectiva», aumentando su influencia. La atención primaria de salud selectiva estaba enfocada para un número pequeño de intervenciones de bajo costo y eficacia probada y restando importancia a la dimensión social. El ejemplo más notable de atención primaria de salud selectiva fue la conocida como VRIL (vigilancia del crecimiento, rehidratación oral, inmunización y lactancia materna) impulsada por el UNICEF durante su «revolución en materia de supervivencia infantil» (17). El contraste entre los enfoques de la atención primaria de salud (APS) integral y selectiva plantea cuestiones estratégicas para todos los países en la actualidad.(18)

En septiembre del 2011, diferentes jefes de estado y de gobierno de distintos países reconocieron a estas enfermedades como unas de las amenazas más importantes a las economías y sociedades y se colocaron como uno de los más importantes objetivos dentro de sus agendas. Las ECNT representan uno de los mayores retos por dos importantes cuestiones: su desarrollo y prevención (19).

La Organización Panamericana de la Salud creó el Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles a fin de que sirva como intermediador para el diálogo y de catalizador para la puesta en práctica de enfoques socioculturales encaminados a promover modos de vida saludables, proteger la salud y prevenir las ECNT. El Foro ha seleccionado siete áreas prioritarias y está ejecutando dos iniciativas de numerosos interesados directos: la iniciativa del cáncer en la mujer, centrada en el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama, y el consorcio multilateral para reducir el consumo de sal. La Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo y la Conferencia Panamericana sobre Obesidad son otros foros regionales para la acción multisectorial orientada a abordar la obesidad, en particular en la niñez, y las ECNT.

En la región se han ampliado las alianzas de la sociedad civil para combatir las ECNT, entre ellas la Coalición Caribe Saludable y la Coalición Latinoamérica Saludable. A nivel nacional, Argentina, Brasil, Canadá, México y Trinidad y Tobago han establecido mecanismos o enfoques de alianzas multisectoriales (20).

3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La barrera intercultural generada en esta relación del sistema médico con el paciente, constituye un reto de suma importancia para el sistema de salud mexicano y de otros pueblos, pues con la constante migración a los grandes centros urbanos, en busca de mejores condiciones de vida, las poblaciones indígenas se están incorporando cada vez más a los nuevos sistemas sociales urbanos, siendo necesario por parte del Estado, garantizar la prestación de los servicios básicos de salud en un clima de respeto, tolerancia e inclusión, facilitando el cometido de preservación de la salud (21). La cada vez mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles en los estratos sociales más desfavorecidos y en las poblaciones indígenas representan un importante rubro de acción donde el gobierno debe implementar mecanismos para garantizar eficacia en el manejo de estas enfermedades, permitiendo establecer programas a largo plazo y de manera continua, que se reflejen con disminución considerable de las complicaciones por un acertado manejo de estas enfermedades, y más específicamente la diabetes mellitus tipo 2, cuya importancia en las dos últimas décadas se ha puesto de manifiesto, al incrementarse de manera considerable el número de población que la padece, lo cual representa un deterioro en la economía del país (22).

Las enfermedades crónicas no trasmisibles representan una prioridad para las instituciones de salud pública, sobre todo en ciudades donde se concentran diversos tipos de población debido a la alta marginalidad de sus zonas circundantes, donde las poblaciones indígena y urbana de escasos recursos, conviven generando un reto para el sistema, en el afán de garantizar la prestación de los Servicios de Salud, tal es el caso de las colonias periféricas de la Ciudad de Puebla, que reciben atención médica, en el Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes, dicha actividad brinda la

oportunidad de evaluar y conocer el ejercicio del derecho fundamental a la salud de la población descrita, a partir de un abordaje cualitativo.

En México, mediante una conferencia Magistral durante el Primer Congreso Interdisciplinario del Área de la Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se precisó que el cuidado de la salud en el hogar, el trabajo y la escuela ayuda a prevenir enfermedades que generan altos costos económicos y humanos para las familias y el país (23).

Ejemplo de ello es la diabetes, en la que el costo de la atención de una persona con prediabetes atendida adecuadamente es de 3 mil pesos al año, mientras que el de un paciente que llega solicita atención médica en etapas avanzadas, el costo es de hasta 65 mil pesos, además de que la enfermedad es irreversible y de difícil manejo (24). Solamente en esta enfermedad se destina el equivalente al 7 % del presupuesto nacional en salud (25).

En la mayoría de los casos, es preciso aclarar, estos problemas se desarrollan por falta de prevención y afectan a la población con menores niveles de desarrollo social, económico y posibilidades de recibir atención médica especializada. De acuerdo con Dongo, «los factores socioculturales tienen una importancia decisiva en la explicación de la evolución del pensamiento, sin embargo, es necesario afirmar que ellos no actúan en bloque ni de modo unilateral e independientemente de los factores biológicos e individuales. Por tanto, es necesario diferenciar su accionar, pues, corrientemente, se le reduce a una única dimensión: la transmisión social y cultural» (23). El impacto que tienen los factores socioculturales en la toma de decisiones y acciones supone la respuesta ante la falta de control y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en las sociedades contemporáneas.

Todas las teorías psicológicas apuntan a que el desarrollo del individuo tiene dos factores muy importantes: el social y biológico (26). Mientras que el biológico cumple las funciones de explicar y combatir diversos padecimientos, el social es el responsable de los factores socioculturales que se encargan de la prevención y el conocimiento previo que pueda tener el sujeto de las anteriores ya explicadas (27). La salud es el resultado de diversos factores económicos, culturales y sociales y su mantenimiento está fuertemente relacionado con estos.

El enorme reto que representan las ECNT hace necesaria la búsqueda y mejoramiento de sistemas preventivos en años venideros. Programas de prevención enfocadas a las distintas enfermedades crónicas, la organización y mejoramiento de mejores protocolos de atención médica; la búsqueda de incentivos que tengan realmente un peso en las sociedades y mejorar las formas de vida de las familias podrían significar formas viables para la prevención de estas enfermedades (28). El entorno, tanto físico como social, así como la forma de cómo se relacionan con este los seres humanos, están fuertemente determinados por la cultura. La cultura es el conjunto de valores, costumbres, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico, en otras palabras, la forma que tenemos de codificar la realidad (29). El hombre, como miembro de una colectividad, depende en su relación de salud-enfermedad de las condiciones socioculturales desarrollables en su hogar, en el trabajo, en la escuela y en las diferentes formas en las que su sistema de relación le obliga a actuar. Por lo que cobran importancia las oportunidades culturales que la sociedad ofrece a sus miembros (30).

Por ello la salud, al ser un producto físico y social, está altamente relacionada con la cultura, en este caso, de la prevención. Las conductas saludables e higiénicas en una cultura no necesariamente son consideradas como tales en otras culturas. La salud y la enfermedad solo pueden ser entendidas en el contexto de la cultura (31). El conocimiento forjado a partir de la cultura dota al ser humano de la capacidad de percibir, entender, organizar su comportamiento y desarrollo en el entorno que se encuentre y todo esto condicionado por los factores socioculturales (32). Sin embargo, el conflicto entre los factores socioculturales primitivos y «subdesarrollados» juegan a la par una dicotomía entre la lógica médica preventiva de nuestro estado moderno. Espinel-Bernal argumenta cómo se ha realizado un tipo de «colonización de la realidad», por la cual, «ciertas representaciones se vuelven dominantes y dan forma indeleble a los modos de imaginar la realidad e interactuar con ella» (33).

Son dichos factores los que dificulten la posibilidad de implementar factores socioculturales en sociedades con un lento desarrollo preventivo. Por ejemplo, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Secretaría de Salud, reportó que los principales tratamientos utilizados en pacientes

con diabetes fueron: oral combinado (27.9 %), sulfonilureas (18.3 %) e insulinas (16.6 %) y a su vez el 15.6 % de los pacientes hospitalizados presentaron complicaciones, siendo la neumonía la principal. 25.7 % de los casos de diabetes reportaron algún tipo de discapacidad motora o disminución en la agudeza visual (34). Sin embargo, de los números mencionados anteriormente de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012, del total de las personas diagnosticadas con diabetes, el 14.2 % dijo no haber acudido al médico para su control en el último año y de estos, el 27.5 % no cuentan con protección en salud, 13 % pertenecen al Seguro Popular, 11 % a la seguridad social y 4 % cuentan con seguro privado (35).

En México hay carencia de un seguimiento apegado a la normatividad y recomendaciones internacionales, lo que dificulta el adecuado control de la enfermedad, mientras que a su vez las ideas «subdesarrolladas» siguen siendo las que dificultan dicha tarea. A pesar de que México cuenta con una estrategia nacional para el control de la diabetes, la cual establece indicadores para el control glucémico, no se acompaña de recursos para que las instituciones de salud que puedan garantizar las pruebas de HbA1C a todos los pacientes en seguimiento ni tampoco se establece la periodicidad adecuada para la realización de esta prueba, de acuerdo con la NOM-015-SSA2-2010 (36).

El control de las ECNT se basa en principios y razones distintas en comparación con los padecimientos transmisibles. Es necesario llevar a cabo un proceso educativo para conocer o entender la enfermedad, poder visualizar y entender sus cambios significativos mientras que, en caso de conductas del sujeto, haya una utilización a mediano y largo plazo de fármacos y evaluaciones continuas además de la participación de especialistas en conjunto de la comunidad afectada, sean familias o sociedades. No obstante, aunque la solución puede ser compleja, tanto para el médico como para el paciente, la estructura y los procedimientos de la mayoría de las instituciones encargadas de expandir esos procesos educativos con objetivo en la población suelen tener dificultades al momento de esparcir las medidas preventivas y tener un impacto como factores comunicativos hacia la sociedad. Pero en caso de haber una efectiva aplicación pueden ser capaces de reducir los casos de deceso (37).

Es posible reducir la mortalidad de las ECNT al coordinar la prevención (mediante citas médicas que permitan la identificación y atención a posible portador) y el tratamiento efectivo de los casos. Asimismo, es posible reducir la mortalidad consecutiva a las ECNT al combinar la prevención (mediante la identificación y atención de los sujetos en riesgo) y el tratamiento efectivo de los casos. El decremento de la mortalidad cardiovascular observado en Estados Unidos (1980-2000) es explicado por el conjunto de acciones preventivas y terapéuticas llevadas a cabo en dicho periodo. Inclusive el 44 % de la reducción se debe al tratamiento de los casos de riesgo. La intervención consistió en la disminución de las concentraciones del colesterol (que representan 24 % del beneficio), el tratamiento de la hipertensión arterial (20 %), el tabaquismo (12 %) y la inactividad física (5 %). A ello se añade el tratamiento de los episodios coronarios, que suponen 47 % de la reducción (38).

A todos estos padecimientos pueden aplicarse diversos factores socioculturales para reducir los decesos por diabetes. La prevención de ésta es factible mediante procesos que permitan tener un estilo de vida saludable. Por ejemplo, la pérdida de peso por medio de ejercicios, consumo de diversos fármacos o el mejorar la dieta del sujeto (39). La reducción de los efectos negativos acarreados por la misma (v. gr. episodios cardiovasculares, enfermedad renal crónica, amaurosis, infecciones, etc.) son alcanzables mediante la corrección de la hiperglucemia, la dislipidemia, la hipertensión arterial, la inactividad física, el uso de antiagregantes plaquetarios y el tratamiento de las complicaciones crónicas. La diabetes y las enfermedades cardiovasculares comparten mecanismos fisiopatológicos (40). Las acciones que reducen la incidencia de la diabetes (como un estilo de vida saludable) también modifican el número de sucesos coronarios. En la práctica, la prevención de la diabetes y las complicaciones cardiovasculares son parte de una misma conducta (41).

Actualmente existe una posibilidad, sin precedentes, de mejorar los estándares de salud en varias de las comunidades más pobres y vulnerables en todo el país, arremetiendo con las bases causales de las enfermedades y problemas en materia de salud. Las causas principales determinantes en la salud de los sujetos residen en las condiciones sociales en las que viven y trabajan. El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: el público y privado. El sector público, por ejemplo,

comprende a las instituciones de seguridad social como lo pueden ser el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El criterio con el que se basa la conformación de los tipos de unidades médicas es su agrupación en tres grandes rubros de acuerdo con el nivel de atención que brindan: las unidades, clínicas o centros de salud que corresponden al primer nivel de atención de la salud, los hospitales y centros médicos que son las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención de la salud, y otro tipo de descripciones de unidades médicas que no es posible ubicarlas en los dos niveles anteriores (42). Por ello, los centros de salud en México fungen como las primeras líneas de impacto encargadas de aplicar los factores socioculturales en los ciudadanos.

El Sistema Público de Salud garantiza el acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los Centros de Salud (CESA). A su vez ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/SIDA y cataratas (43). La población no asegurada recibe en las unidades de los CESA beneficios muy heterogéneos: servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades.

El centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes, correspondiente a la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, se rige bajo una administración que cuenta varios programas enfocados a los sistemas de factores socioculturales en pro de una cultura de prevención y tratamiento del paciente. Durante dicha administración se logró obtener el primer lugar en el número de pruebas de detecciones de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, hiperplasia prostática benigna (HPB), sobrepeso y obesidad, lo que permitió mejorar las condiciones de salud de la población en 3 años (44).

Con el programa *Puebla Sana* se realizaron 148 ferias de la salud, en las que participaron 69 mil 352 personas, a quienes se les otorgó atención preventiva como la toma de peso y talla, detección gruesa de agudeza visual, toma de presión, cuestionario para la detección de HPB, sesiones de activación física, exploración de mama, referencia a mastografía a pacientes sugestivas de lesión, consultas médicas

generales, consultas dentales, aplicación de pruebas para detección de diabetes mellitus, pruebas de Papanicolau y atención de terapeutas tradicionales. Mientras que, en pro de fomentar la toma de hábitos saludables y una convivencia más sana, en 2015 se conformaron mil 468 Comités de Salud en 150 municipios de la entidad. Con ello, 69 % de los municipios del estado, entre ellos el centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes, participaron en acciones de promoción como capacitación en alimentación adecuada, hábitos sanos y actividad física, lo que benefició a un millón 750 mil personas (45).

Otra estrategia realizada para incitar a la población a identificar los riesgos a la salud fue la sensibilización de 342 mil 325 personas en la promoción permanente de una alimentación sana y actividad física, fomento de la cultura alimentaria y lactancia materna. Igualmente se promocionó el consumo de agua simple potable. En este mismo contexto, se realizaron 3 mil 800 talleres de promoción y se propició el desarrollo de conocimientos y habilidades para la identificación y el manejo adecuado de los determinantes de la salud (44).

Además de las intervenciones para las ECNT a nivel poblacional, los sistemas sanitarios nacionales llevaron a cabo intervenciones para personas que ya padecen ECNT o bien corren el riesgo de desarrollarlas. Los datos recopilados en países con altos económicos demuestran que dichas intervenciones pueden resultar muy efectivas y en general tener una relación de costo/efectividad muy satisfactoria con un muy bajo precio de coste. Si se combinan con las intervenciones poblacionales o colectivas y las individuales puede disminuir el deceso de millones de vidas y reducir considerablemente la aparición de ECNT en la población. La larga duración de muchas ECNT requiere una respuesta sanitaria rápida y eficaz, que debería constituir el objetivo a largo plazo de todos los países. En los últimos años, muchos países de ingresos bajos y medios han invertido, a veces con la ayuda de donantes, en programas de salud nacionales que abordan problemas específicos de enfermedades crónicas transmisibles. Ello ha sido favorable para dar lugar a una mayor prestación de servicios para combatir estas enfermedades (46).

Asimismo, también ha apartado la atención de los gobiernos para realizar esfuerzos coordinados con tal de reforzar globalmente los sistemas sanitarios y ha creado

grandes oportunidades para fortalecer la atención sanitaria. Actualmente, los esfuerzos centrados en la atención médica para las ECNT en muchos países de ingresos bajos y medios se encuentran en la atención de urgencias en hospitales (47). Anteriormente los afectados por ECNT se presentaban en las clínicas de salud cuando las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas se han manifestado ya como crisis agudas o complicaciones a largo plazo. La presentación de estas crisis en momentos en los que la enfermedad está muy avanzada la susodicha resulta muy costosa y no contribuirá a reducir significativamente la carga de ECNT. Además, las personas no se pueden beneficiar del tratamiento inicial de sus enfermedades (48).

La mayoría de los países en América Latina (29 de 35) tienen datos sobre mortalidad por ECNT en sus sistemas de información sanitaria y 22 tienen datos sobre los factores de riesgo en adultos. Sin embargo, solo 16 países tienen datos sobre el consumo de alcohol, el régimen alimentario y la salud mental en los adolescentes. Los sistemas de información sanitaria deben integrar mejor la recopilación de datos sobre las ECNT y sus factores de riesgo procedentes de diversas fuentes y fortalecer las competencias para el análisis y la utilización de la información. La vigilancia en sí misma requiere un compromiso permanente, con el apoyo de suficiente financiamiento. En la región, solo 10 países informan que tienen un presupuesto para la vigilancia de las ECNT y sus factores de riesgo, en tanto que 21 países tienen personal dedicado a esta tarea. Solo 16 países dicen que usan sus datos sobre las ENT para la formulación de políticas y la planificación basada en datos probatorios (48).

La implementación de factores socioculturales bajaría significativamente los números de enfermos mientras que mejoraría el combate de las ECNT y su propagación. La prevención no tiene por qué condicionarse al esclarecimiento de enfermedades en etapas delicadas. No es probable que en un futuro próximo lleguemos a conocer todas las causas de las enfermedades ni la manera de evitar toda la carga de morbilidad atribuible a causas genéticas. No obstante, debido a factores socioculturales, en muchos casos pueden conseguirse grandes avances reduciendo los riesgos para la salud ya conocidos.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las ECNT han generado un giro dramático en la medicina, ya que las causas no están establecidas por etiologías determinadas, sino que, en estas, los factores socioculturales juegan un papel trascendental. En estas enfermedades se valoran, más que en otras enfermedades, las condiciones y estilos de vida, la participación social, el estrés, las emociones negativas y el acceso a recursos socioculturales. Por lo tanto, estas enfermedades demandan nuevos abordajes y medidas para su control y prevención en el paciente, en la familia, en la comunidad y para los sistemas de salud. Las ECNT representan una crisis en la vida personal más allá de la adaptación a la enfermedad, porque interfieren en el funcionamiento personal, social y son estresores, tanto para el paciente como para la familia y amigos, al requerir un entrenamiento y motivación constantes para su tratamiento, cuidado y prevención. Los factores socioculturales impactan en el control y prevención de las ECNT porque amenazan la integridad de los individuos, generan incertidumbre, hacen modificar sus hábitos y costumbres, interfieren en su vida cotidiana con dolor e incapacidad, fomentan la dependencia de otros, afectan la subsistencia básica y la seguridad económica, causan estigmas, intolerancias, miedos, malentendidos, junto a simpatías bien intencionadas, pero a veces humillantes, provocan pérdida de amistades, aislamiento social y causan una agotadora lucha emocional por conservar la integridad y el respeto a sí mismo. A pesar de lo anterior, la magnitud de la influencia de estos factores en las acciones de control y prevención de estas enfermedades en el Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes se desconoce.

4.1. PREGUNTA CIENTÍFICA

¿Cuál es el impacto de los factores socioculturales en las acciones de control y prevención de enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles en el Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de los factores socioculturales en las acciones de control y prevención de enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles en el Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 5.2.1. Establecer las características clínicas, culturales y sociodemográficas de los usuarios mayores de 20 años del Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes.
- 5.2.2. Valorar la influencia de los factores socioculturales en la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles en los derechohabientes mayores de 20 años del Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes.
- 5.2.3. Determinar el efecto de los factores socioculturales en la realización de acciones preventivas específicas de las ECNT por los derechohabientes mayores de 20 años del Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes.
- 5.2.4. Valorar la relación de los factores socioculturales en el peso corporal de los derechohabientes mayores de 20 años del Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes.
- 5.2.5. Estimar la repercusión de los factores socioculturales en la actividad física de los derechohabientes mayores de 20 años del Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes.
- 5.2.6. Calcular la trascendencia de los factores socioculturales en las adicciones (tabaquismo y alcoholismo) de los derechohabientes mayores de 20 años del Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Abierto, descriptivo, observacional, transversal, sin direccionalidad causa – efecto, retrolectivo, unicéntrico y homodémico.

6.2. UBICACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

El Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes fue inaugurado el 28 de julio de 2015. Este se encuentra en Boulevard Municipio Libre número 5408, colonia La Margarita, código postal 72560, en la Junta Auxiliar Ignacio Zaragoza, Puebla, Puebla. En ese momento, fue construido para beneficio de más de 25 mil habitantes de 25 colonias. Este Centro cuenta con tres núcleos básicos donde se brindan servicios de medicina general, preventiva, estimulación temprana, oficina de promoción a la salud, farmacia y un consultorio dental. Un núcleo básico es el equipo de salud conformado por un médico familiar o general y una o dos enfermeras. No obstante, actualmente el Centro cuenta con 4 consultorios atendidos por 6 médicos generales y 3 médicos pasantes del servicio social, distribuidos en dos turnos y un consultorio dental con dos profesionales estomatólogos, además de 2 enfermeras generales, 2 auxiliares y 5 pasantes de enfermería. Para el año 2010, la población total de la Junta fue de 89,709 habitantes, conformados por 42,423 hombres y 47,054 mujeres. El 58.8 % estaba afiliado a algún servicio de salud, el 99.9 % de los hogares contaba con electricidad, el 99.7 % con drenaje y el 97.4 % con agua corriente intradomiciliaria. El 98.2 % de la población mayor de 15 años sabía leer y escribir, la escolaridad promedio fue 10.6 años y menos del 0.3 % de la población entre 6 y 14 años no acude a la escuela. El estudio se llevó a cabo con la información obtenida a través de encuestas que se realizarán posterior a la aprobación del presente protocolo.

6.3. ESTRATEGIA DE TRABAJO

En la consulta externa de ambos turnos, se identificaron a los derechohabientes que acudan al Centro de Salud, ya sea por atención médica, odontológica, a los servicios de promoción a la salud o en acompañamiento de algún familiar, mayores de 20 años, que cumplieron con los criterios de selección de la sección 6.4.3. El tamaño de la

muestra fue calculado con base en lo descrito en la sección 6.4.5. Posterior a la firma del consentimiento informado como medida de aceptación (anexo 9.2), se les invitó a que respondan la encuesta anexa (anexo 9.3). La aplicación fue de forma autoadministrada o por medio de una entrevista. Los cuestionarios fueron interpretados y sus resultados transformados como se menciona en la sección 6.7. El impacto en las acciones de control y prevención se determinó a partir de las 5 dimensiones contempladas en los objetivos particulares (sección 5.2): diagnóstico previo de enfermedades crónicas no transmisibles, realización periódica de acciones preventivas específicas, peso corporal, actividad física y presencia de adicciones. Los factores sociales y culturales por evaluar se describen en la sección 9.1. La operacionalización de las variables se detalla en la sección 6.8.

6.4. MUESTREO

6.4.1. Definición de la unidad de población

Para enero de 2019, de acuerdo con el Censo de Población Adscrita del Centro de Salud, se atendió un total de 25,177 derechohabientes mayores de 20 años, de los cuales, 11,560 fueron hombres y 13,617 son mujeres.

6.4.2. Selección de la muestra

Por turno, a cada paciente mayor de 20 años que acudió al Centro de Salud se le asignó un número progresivo con base en el orden cronológico de su registro en la hoja de programación diaria. A continuación, por medio de un generador de secuencias aleatorias digital (NúmeroAleatorio®, <https://numero-aleatorio.com/generadores/>), se escogieron los números asignados hasta alcanzar el total estimado en la sección 6.4.5. del tamaño de la muestra representativa. En estos pacientes seleccionados se identificaron los criterios de selección descritos en la sección a continuación y se buscó su aceptación por medio de la firma de consentimiento informado (anexo 9.2).

6.4.3. Criterios de selección de las unidades de muestreo

6.4.3.1. Criterios de inclusión

6.4.3.1.1. Personas mayores de 20 años.

6.4.3.1.2. Ambos sexos.

6.4.3.1.3. Derechohabientes de los servicios del Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes.

6.4.3.1.4. Aceptación de su participación en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado (anexo 9.2).

6.4.3.2. Criterios de exclusión

6.4.3.2.1. Sujetos visitantes, referidos, no derechohabientes o de reciente inscripción (< 1 año) al Centro de Salud.

6.4.3.2.2. Pacientes derechohabientes pero que no utilicen el Centro de Salud como su principal fuente de servicios de salud, definidos como aquellos que acuden en menos de 3 ocasiones por año.

6.4.3.2.3. Individuos que no firmen consentimiento informado.

6.4.3.2.4. Individuos con un importante deterioro cognitivo o psicomotriz para responder a las preguntas del evaluador.

6.4.3.3. Criterios de eliminación

6.4.3.3.1. Participantes que, sin importar los motivos que expresen, retiren su participación del estudio.

6.4.3.3.2. Pacientes con cuestionarios incompletos o ilegibles.

6.4.3.3.3. Pacientes donde se identifique información falsa o incorrecta.

6.4.4. Diseño y tipo de muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple sin reposición.

6.4.5. Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra se empleó la fórmula de variables finitas.

Este cálculo se utiliza cuando el universo es finito, es decir, contable y la variable de tipo categórica (49). Por lo que se manejó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * (P * [1 - P])}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * (P * [1 - P])}$$

Donde:

n fue el tamaño de la muestra.

N fue el tamaño de la población elegible, obtenido del censo de la población adscrita al Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes de enero de 2019 (sección 6.4.1), que equivalía a 25,177 individuos.

P fue la proporción de eventos de interés de la población seleccionada. De acuerdo con Velázquez-Monroy *et al.*, la prevalencia de ECNT con factores de riesgo cardiovascular en población mexicana mayor de 20 años, a partir de la ENSANUT de 2000, fue de 30.05 % (P = 0.3) (50).

d es el error de estimación máximo tolerado, establecido en 10 %.

Z_α es el valor Z, que para un nivel de significancia (α) de 0.05, tiene un valor crítico de 1.96.

Esto da un total de 80 participantes. Posteriormente, se realizó un ajuste asociado a pérdidas máximas (R) del 15 %, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$n(\text{ajustada}) = n * \frac{1}{(1 - R)}$$

Por lo que se obtuvieron un total de 94 participantes para la aplicación del estudio.

6.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Variable	Tipo	Escala	Unidad de medición	Equipo
Edad	Cuantitativa discreta	De razón	Años	Evaluador
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Hombres mujeres	Evaluador

Ocupación (trabajo)	Cualitativa	Ordinal	Clases I-V	Evaluador (6.7.1)
Ingresos	Cualitativa	Ordinal	Ningún ingreso, 1-2, 3-4 y >4 salarios mínimos	Evaluador
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado	Evaluador
Estado civil	Cualitativa	nominal	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo	Evaluador
Religiosidad	Cuantitativa continua	De razón	0 – 20	Escala breve de Francis
Identidad étnica	Cuantitativa continua	De razón	6 – 30	6.7.3. Escala de Identidad Étnica Multigrupo Revisada
Percepción del sistema de salud	Cuantitativa continua	De razón	0 – 15	<i>Health Care Quality Indicators Project</i> de la OCDE
Autovaloración de la salud	Cualitativa	Ordinal	Mala, normal, buena	Evaluador
ECNT	Cualitativa	Nominal dicotómica	Ausentes, presentes	Evaluador
Alcoholismo	Cualitativa	Ordinal	No alcoholismo,	Evaluador

			leve, moderado, grave	
Tabaquismo	Cualitativa	Ordinal	No fumador, exfumador, fumador ocasional, fumador habitual	Evaluador
Peso corporal	Cualitativa	Ordinal	Desnutrición, normal, sobrepeso, obesidad	Índice de masa corporal referido
Acciones preventivas específicas	Cualitativa	Nominal dicotómica	Ausentes, presentes	Evaluador
Actividad física	Cualitativa	Ordinal	Sedentario, activo, muy activo	METS

6.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Observación no participante. La información que se recabó de las encuestas se colectó en los formatos de captura de datos que posteriormente se vaciaron en una base de datos. Esta base fue analizada por el tesista en presencia del director experto o metodológico. Ambos formatos se encuentran en el apartado de anexos.

6.7. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

6.7.1. Ocupación (trabajo)

La ocupación se obtendrá sobre la base de 3 preguntas referidas a la relación laboral, el cargo o categoría, y el sector de la actividad. A los jubilados o pensionados se les asignará la clase social de acuerdo con la última profesión. Se establecerán 5

categorías, utilizando las preguntas de la relación laboral, el cargo y el sector de la actividad de la forma siguiente:

- 6.7.1.1. Clase I. Directivos de la administración y de las empresas. Altos funcionarios. Profesionales liberales. Técnicos superiores. Empresario con trabajadores, que ocupaba en su empresa un cargo superior o igual al de técnico medio; directores, gerentes o técnicos superiores, independientemente de su relación laboral y del sector de la actividad.
- 6.7.1.2. Clase II. Directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales. Otros técnicos (no superiores). Artistas y deportistas. Empresarios con un cargo de menor categoría que titulado medio y de un sector que no fuera la agricultura; empresarios del sector primario (agricultura, pesca...), independientemente de su cargo en la empresa; técnicos medios; autónomos con un puesto de encargado.
- 6.7.1.3. Clase III. Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios. Personal de los servicios de protección y seguridad. Cooperativistas, asalariados fijos o eventuales con categoría de encargado; autónomos con categoría de administrativo del sector del comercio-hostelería; cooperativistas, asalariados fijos o eventuales con categoría de encargado o administrativo y del sector la administración pública.
- 6.7.1.4. Clase IV. Trabajadores manuales cualificados y semicualificados de la industria, comercio y servicios. Autónomos con categoría de administrativo en una empresa cuya actividad es del sector primario o industria o construcción; cooperativistas, asalariados fijos o eventuales con categoría de técnico especialista o técnico auxiliar; asalariados fijos con categoría de conserjes de la administración pública; autónomos con categoría de técnicos auxiliares o aprendices.
- 6.7.1.5. Clase V. Trabajadores no cualificados. Cooperativistas, asalariados fijos o eventuales con categoría de aprendices o peones en un sector distinto a la administración.

6.7.2. Escala breve de Francis

La escala breve de Francis para actitud ante el cristianismo (Francis-5) es un instrumento de cinco *ítems* que cuantifica la actitud para con Dios, Jesucristo y la oración. La Francis-5 cuantifica en particular lo que se conoce como religiosidad intrínseca (privada). De acuerdo con Cogollo *et al.* la escala Francis-5 muestra una estructura unidimensional, con un valor propio de 3.681 que dio cuenta del 73.6 % de la varianza. Su coeficiente α de Cronbach es de 0.909 y el omega de 0.910 (51).

6.7.3. Escala de Identidad Étnica Multigrupo Revisada

La escala es precedida por una respuesta abierta en la que los sujetos participantes tienen que identificarse con su propio grupo étnico -auto-categorización-. La escala de respuesta a los 6 *ítems* que componen el cuestionario está planteada como una escala ordinal de categorías tipo Likert de 5 puntos, donde 1 representa totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo, siendo 3 la puntuación neutral. A partir de las puntuaciones medias se obtiene una puntuación global de la identidad étnica.

6.7.4. Alcoholismo

El consumo de alcohol será ajustado como en Bond *et al* (52). Sobre la base de las respuestas se clasificarán para la población según su comportamiento respecto al alcohol en las siguientes categorías: no bebedores como aquellas personas que declaren no beber bebidas alcohólicas y que no lo ha hecho jamás. Personas con alcoholismo leve: Aquellas personas que declaren haber bebido durante el último año, pero menos de una vez por semana o respondan haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez a la semana durante el último año. Los bebedores moderados como aquellos hombres que refieran consumir menos de 51 cc de alcohol diarios (40 grs.) o la mujer bebedora moderada que declare consumir menos de 31 cc de alcohol diarios (24 grs.) y los bebedores graves como aquellos hombres que refieran consumir más 90 cc de alcohol diarios (41 grs.) y la mujer bebedora grave como aquella que exprese beber más de 31 cc de alcohol diarios (25 grs.).

6.7.5. Tabaquismo

La formulación de las preguntas se hará en 4 categorías en función del consumo de tabaco. De entre las múltiples definiciones existentes, se elegirán las que siguen a continuación con el fin de realizar comparaciones.

No fumador: la persona que declare haber fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

- Fumador habitual: La persona que refiera fumar al menos un cigarrillo diario.
- Exfumador: La persona que exprese haber fumado diariamente pero no lo hace desde al menos 6 meses antes de la entrevista.
- Fumador ocasional: La persona que manifieste no fumar diariamente y haber fumado a lo largo de su vida al menos 100 cigarrillos.

6.7.6. Actividad física

El índice de la actividad física se calculará combinando la frecuencia, la intensidad y la duración de las actividades realizadas. La intensidad se medirá en equivalentes metabólicos (METS). Una unidad MET representa el equivalente al gasto energético en reposo y corresponde a un consumo de 3.5 mL de oxígeno por Kg/minuto (53). Los METS son múltiplos de este equivalente en reposo. A cada actividad física realizada se le asigna un número determinado de METS. En algunas actividades, como andar, para la que la tabla ofrece diversas posibilidades según como fuese ejecutada la actividad, se llegará a un valor medio en función de la edad de las personas. Así, si la persona es mayor de 65 años y declara andar, se le asignarán 2.5 METS, mientras que si es menor de 65 años se le asignará 4 METS. La asignación de METS según las actividades se muestra a continuación:

METS	ACTIVIDADES
2,5	Pasear
4	Andar, bailar, golf, gimnasia suave, montar a caballo
6	Deportes de pala (tenis, pala, paddle) bicicleta, deportes de equipo(volleyball, baloncesto, balonmano, fútbol) patinar(hielo, ruedas) monopatín, esquí, aeróbic
8	Correr, montañismo, squash y todos los deportes cuando estén realizados con mucha intensidad

El cálculo del índice energético se obtendrá multiplicando el número de veces que se ha realizado la actividad en los últimos 14 días por la duración media en minutos por los METS correspondientes.

Se clasificará para los participantes según el gasto energético realizado en el tiempo libre en las siguientes categorías:

Muy activos: Aquellas personas que tengan un gasto energético igual o superior a 5,000 METS

Activos: Aquellas personas que presenten un gasto energético entre 3,000 y 5,000 METS

Sedentarios: Aquellas personas que tengan un gasto energético menor de 3,000 METS.

6.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los datos fueron analizados utilizando los softwares Windows® Excel® 2016, GraphPad® Prism®, versión 6, para Windows® e IBM® SPSS®, versión 22, para Windows®. Se utilizó estadística descriptiva para los datos generales de los grupos de estudio y las características sociodemográficas y culturales recabadas. Se empleó el porcentaje como medida de proporción para las variables categóricas (cualitativas) y la media como la medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión en las variables cuantitativas. El intervalo de confianza de 95 % fue empleado como medida de variabilidad de la media. Para la variable «edad», la amplitud o rango intercuartil (RIC), como medida de dispersión, se determinó a partir de la diferencia entre los percentiles 75% y 25%.

Para determinar la normalidad en la distribución de las frecuencias, se realizó una prueba Kolmogorov-Smirnov en los grupos con más de 50 observaciones y una prueba de Shapiro-Wilk en aquellos con menos de 50. Para comparar la media de las variables cuantitativas independientes, se utilizó la prueba de t de Student como prueba paramétrica y la U de Mann Whitney como prueba no paramétrica. Para el análisis bivariado, las variables categóricas fueron comparadas con la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según fue el caso. Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para variables con más de dos categorías. El grado de relación entre las variables

cuantitativas continuas se definió con el coeficiente de correlación de Pearson y entre las cuantitativas discretas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas para valores p menores a 0.05.

6.9. BIOÉTICA

Este protocolo de investigación está apegado a los siguientes lineamientos:

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: del capítulo I al V, además de todos los artículos entorno a la población de estudio.

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo: Capítulos III, XVI y XVII.

Declaración de Helsinki (Brasil 2013): En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

La presente investigación se clasifica como sin riesgo de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, ya que solo se tomaron datos mediante una encuesta. La base de datos que concentró la información personal de los participantes, así como su información de contacto, existió en una única copia resguardada por el investigador principal y fue manejada con estricta confidencialidad. De la misma forma, ningún producto de la investigación expuso la identidad de los individuos partícipes y estos solo fueron utilizados para fines académicos y de investigación, en concordancia con lo establecido por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los potenciales participantes se seleccionaron aleatoriamente y su inclusión en el estudio fue con equidad y justicia, donde no existió ningún tipo de discriminación, ya sea por condiciones físicas, sociales, políticas, religiosas, género, preferencias sexuales, etc. Se respetó su derecho a no participar o retirarse del estudio.

7. RESULTADOS

Cuatro seleccionados fueron eliminados: dos porque externaron su deseo de retirar su participación del estudio y los otros dos porque entregaron cuestionarios con evaluaciones incompletas (sección 5.4.3.3). De los 90 participantes restantes, 55 (61.1 %) fueron mujeres y 35 (38.9 %) hombres. La mediana de la edad del grupo fue de 34 (rango intercuartílico [RIC] 26 – 55.3) años, siendo 34 (RIC 26 – 54) para las mujeres

y 34 (RIC 25 – 56) para los hombres. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa (U de Mann Whitney 946, $p = 0.894$).

Respecto a la ocupación, 60 (66.7 %) fueron clase V, 26 (28.9 %) clase IV, 3 (3.3 %) clase III y 1 (1.1 %) clase II. Ningún participante refirió contar con alguna actividad de la clase I (sección 6.7.1). 69 (76.7 %) refirieron un ingreso equivalente entre 1 y 2 salarios mínimos (SM) que, en 2019, equivalía a \$102.68 y \$205.36 diarios, respectivamente. 18 (20 %) contaba con un ingreso entre 3 y 4 SM, equivalente a \$308.04 y \$410.72, correspondientemente. 3 (3.3 %) refirió un ingreso mayor a los 4 SM.

Como escolaridad máxima, 17 (18.9 %) fue la educación primaria, 45 (50 %) la educación secundaria, 19 (21.1 %) la educación media superior, 8 (8.9 %) la educación superior y 1 (1.1 %) participante refirió contar con estudios de posgrado (maestría). 16 (17.8 %) de se encontraban solteros, 23 (25.6 %) casados, 47 (52.2 %) manifestaron estar en unión libre y 4 (4.4 %) ser viudos.

La religiosidad, medida por la escala de Francis, tuvo una media de 16.7 (± 2.5) puntos. De acuerdo con la Escala de Identidad Étnica Multigrupo Revisada (EIEMR), la mediana de la etnicidad del grupo fue de 10 (RIC 7 – 14) /30 puntos. La percepción del sistema de salud, determinada por el *Health Care Quality Indicators Project* de la OCDE, fue de 10 (RIC 7 – 14) /15 puntos. 21 (23.3 %) de los participantes valoraron su salud como buena, 53 (58.9 %) como normal y 16 (17.8 %) como mala.

14 (15.6 %) participantes presentaron alguna enfermedad crónica previamente diagnosticada (4 [26.7 %] hipertensión arterial sistémica, 5 [33.3 %] diabetes mellitus tipo 2 y 5 [33.3 %] ambas enfermedades). 49 (54.4 %) se refirieron como no bebedores de alcohol, 30 (33.4 %) presentaron un alcoholismo leve, 10 (11.1 %) moderado y 1 (1.1 %) grave. 77 (85.6 %) fueron no fumadores, 11 (12.2 %) fueron fumadores ocasionales y 2 (2.2 %) habituales.

Conforme al IMC, 3 (3.3 %) se encontraban en desnutrición, 36 (40 %) fueron normales, 31 (34.4 %) tenían sobrepeso y 20 (22.2 %) obesidad. 55 (61.1 %) refirió realizar alguna de las acciones específicas para su sexo y edad de forma regular (mediciones antropométricas, toma de glucosa, de presión arterial, evaluación de lípidos séricos, citología exfoliativa cervicovaginal, mastografía, examen de próstata,

desparasitación o endoscopia de colon y recto). Con respecto a la intensidad en la actividad física, 61 (67.8 %) fueron sedentarios, 22 (24.4 %) fueron activos y 7 (7.8 %) muy activos. La tabla 1 muestra un resumen de estos hallazgos.

Tabla 1. Principales características de los participantes seleccionados.

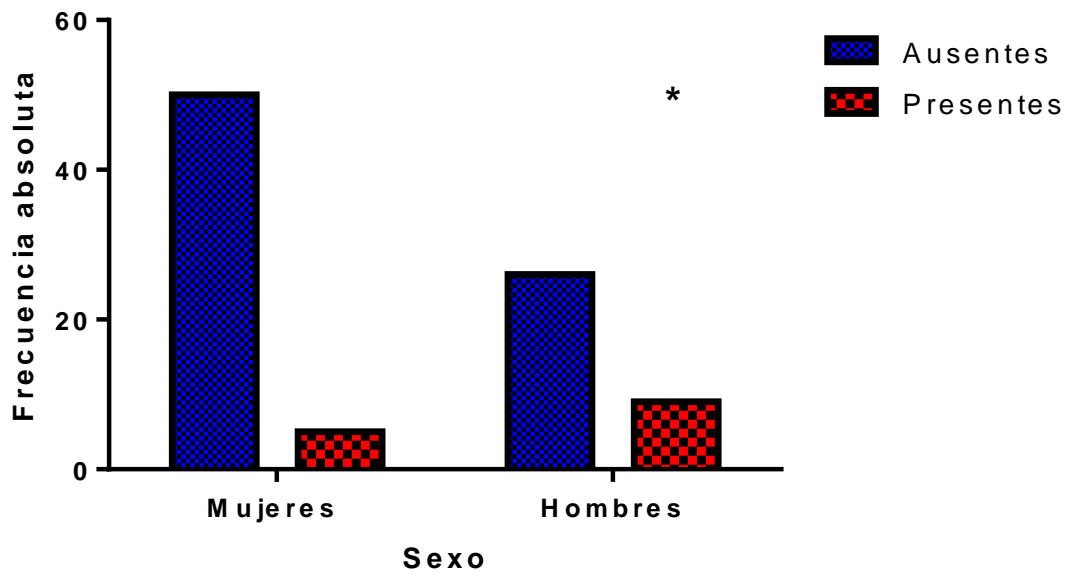
Variable	Resultados
Tamaño de la muestra	90 participantes
Edad	34 (RIC 26 – 55.3) años
Sexo	61.1 % mujeres, 38.9 % hombres
Ocupación (trabajo)	66.7 % clase V, 28.9 % clase IV
Ingresos	76.7 % entre 1 y 2 SM
Escolaridad	50 % secundaria, 21.1 % media superior
Estado civil	52.2 % unión libre, 25.6 % casados
Religiosidad	16.7 (± 2.5) /20 puntos
Identidad étnica	10 (RIC 7 – 14) /30 puntos
Percepción del sistema de salud	10 (RIC 7 – 14) /15 puntos
Autovaloración de la salud	58.9 % normal, 23.3 % Buena
ECNT	15.6 % presente
Alcoholismo	54.4 % ausente, 33.3 % leve
Tabaquismo	85.6 % no fumadores, 12.2 % ocasional
Peso corporal	40 % normal, 34.4 % sobrepeso
Acciones preventivas específicas	61.1 % presentes
Actividad física	67.8 % sedentarios, 24.4 % activos

Con respecto a la presencia de ECNT previamente diagnosticadas, el sexo masculino (*odds ratio* [OR] 3.5, intervalo de confianza [IC] del 95 % 1.1 – 11.4, prueba exacta de Fisher $p = 0.042$, figura 1) y la edad (56.5 vs 32 años entre presentes y ausentes, respectivamente. U de Mann Whitney 217.5, $p = 0.0003$, figura 2) se asociaron significativamente. Con respecto a las adicciones, el alcoholismo se relacionó significativamente con el sexo masculino (χ^2 de Pearson 15.81, $p = 0.001$, figura 3), una baja escolaridad (OR 2.8, IC del 95 % 1.1 – 7.4, prueba exacta de Fisher $p = 0.040$,

figura 4) y una mayor identidad étnica (7 vs 12.5 /30 puntos, U de Mann Whitney 117.5, $p < 0.0001$, figura 5), mientras que el tabaquismo se asoció con una escolaridad baja (prueba exacta de Fisher $p = 0.008$, figura 6).

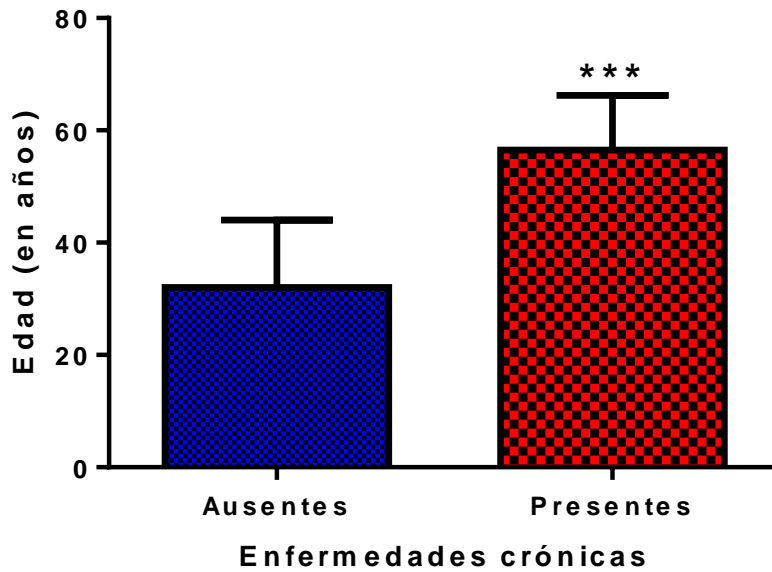
El sobrepeso y la obesidad se asociaron, de manera significativa, con el sexo femenino (OR 2.5, IC del 95 % 1.1 – 6.0, prueba exacta de Fisher $p = 0.049$, figura 7) y una baja percepción del sistema de salud (8 vs 11 puntos/15, U de Mann Whitney 382, $p < 0.0001$, figura 8). Una actividad física moderada y alta fue significativamente más frecuente en el sexo masculino (OR 2.7, IC del 95 % 1.1 – 6.8, prueba exacta de Fisher $p = 0.038$, figura 9). Ninguna de las variables analizadas se asoció significativamente con la presencia de acciones preventivas específicas ($p > 0.05$, datos no mostrados).

Figura 1. Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en función del sexo de los participantes.



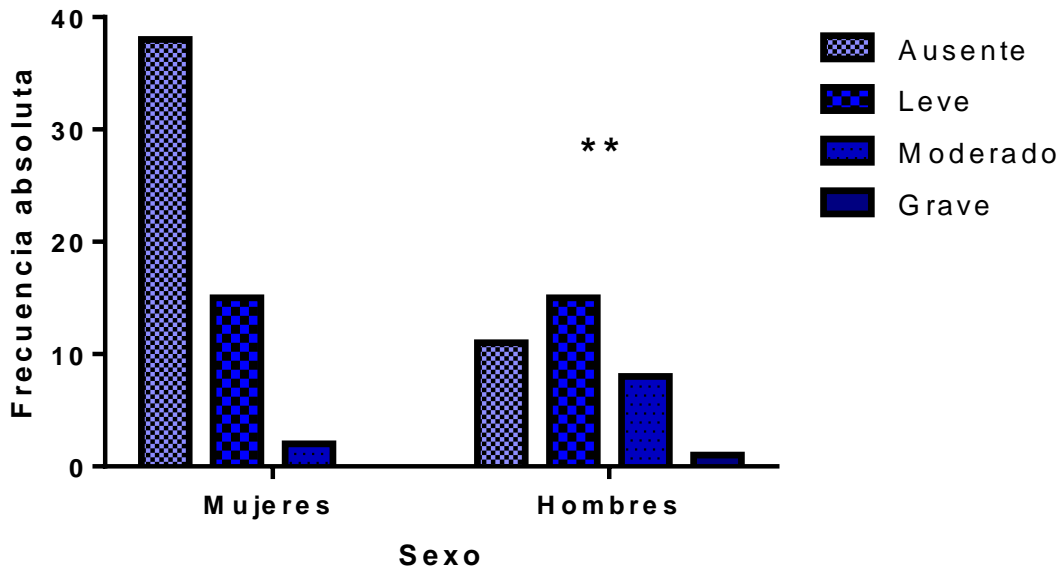
*, prueba exacta de Fisher $p < 0.05$.

Figura 2. Edades de los participantes en función de la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles



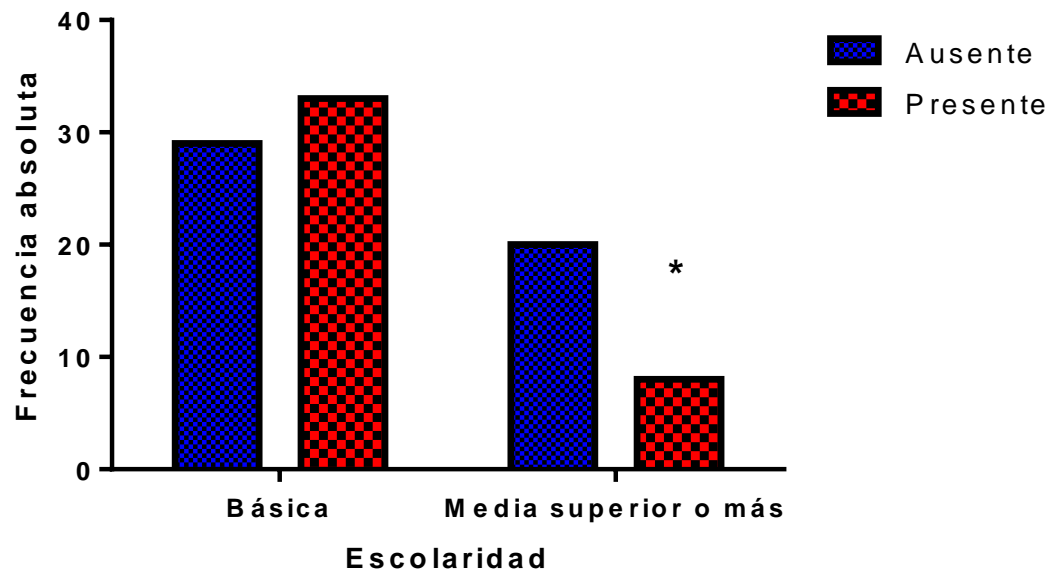
Las barras muestran la mediana y la dispersión el RIC. ***, prueba de Mann Whitney $p < 0.001$.

Figura 3. Presencia de alcoholismo de acuerdo con el sexo de los participantes.



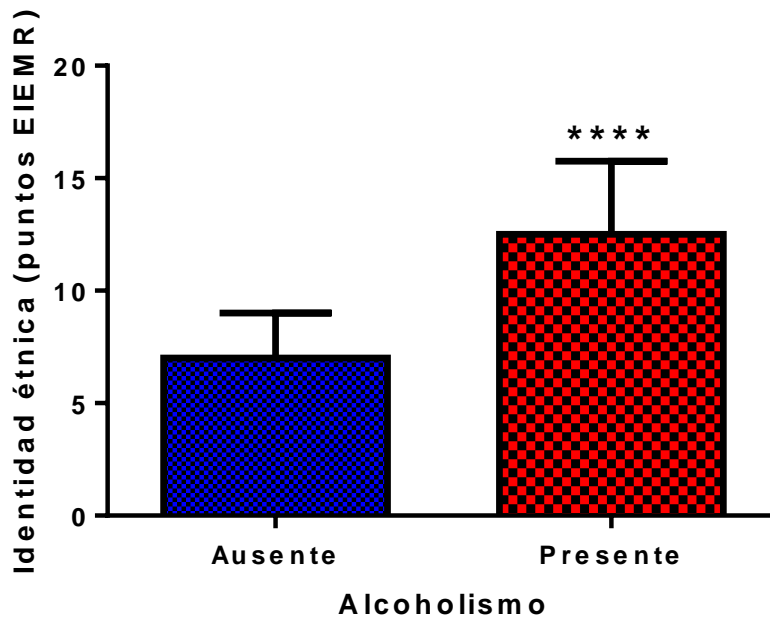
*, χ^2 de Pearson $p < 0.05$.

Figura 4. Presencia de alcoholismo con base en la escolaridad de los participantes.



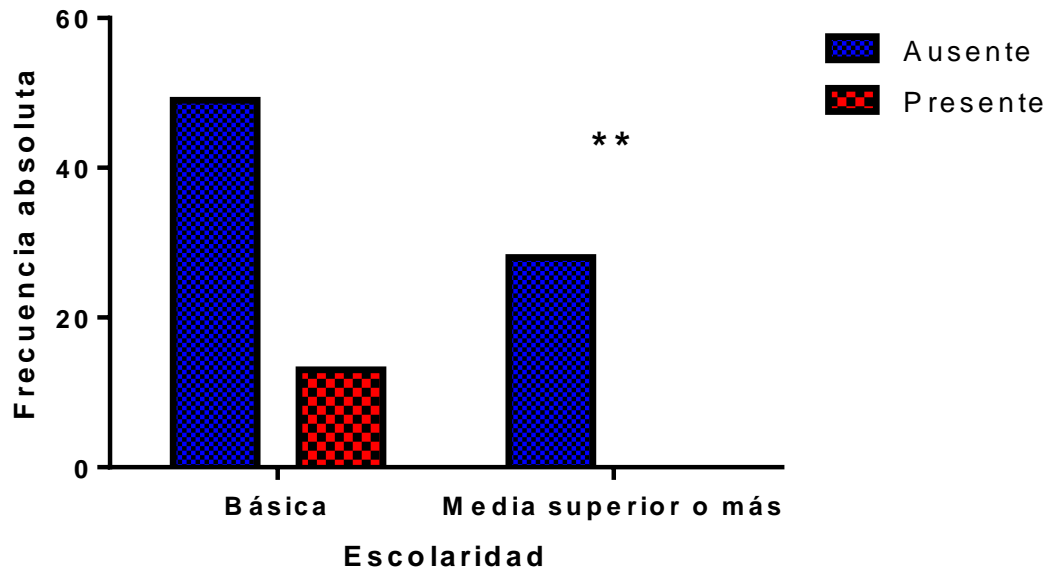
*, prueba exacta de Fisher $p < 0.05$.

Figura 5. Grado de etnicidad de acuerdo con la presencia o ausencia de alcoholismo.



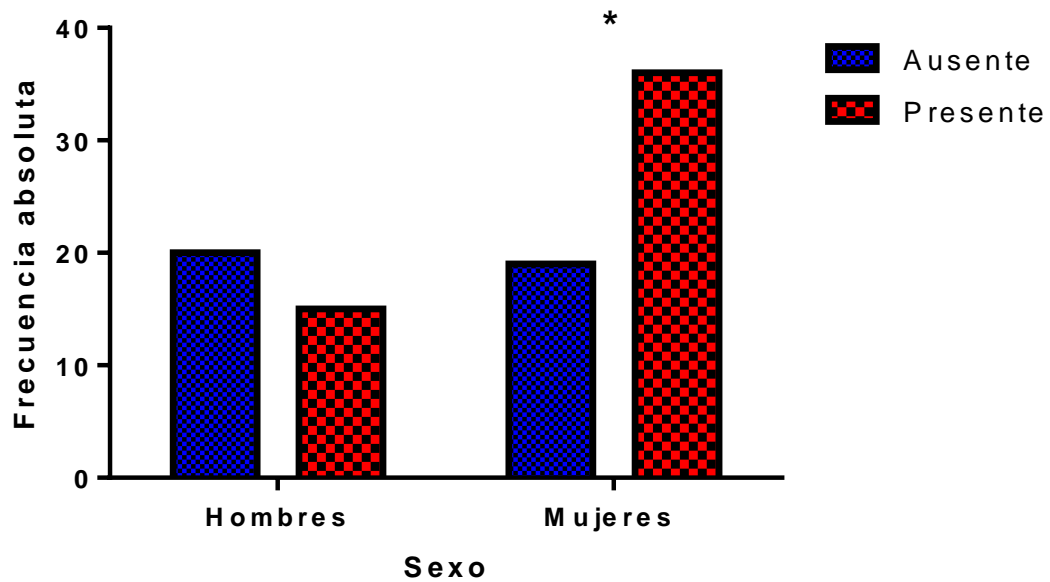
Las barras muestran la mediana y la dispersión el RIC. ****, prueba de Mann Whitney $p < 0.0001$.

Figura 6. Presencia de tabaquismo en función de la escolaridad de los participantes.



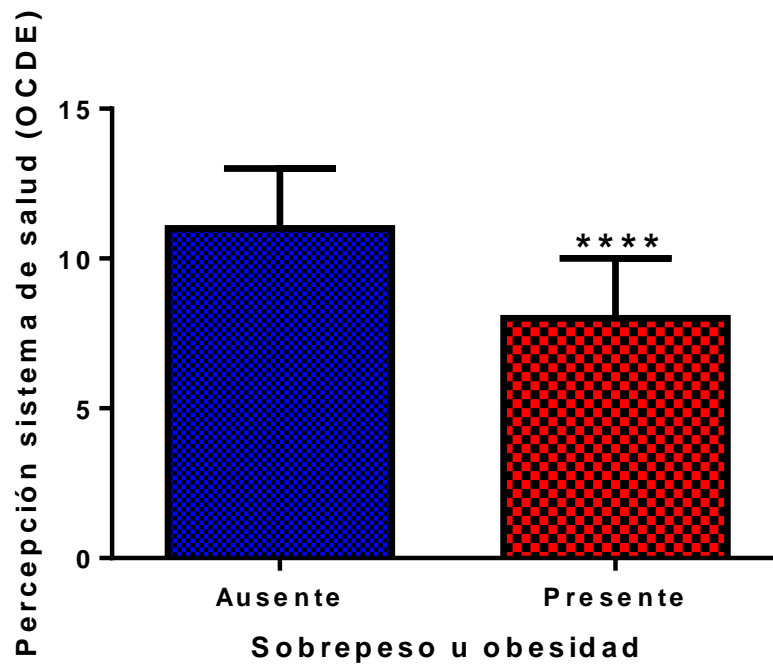
** , prueba exacta de Fisher $p < 0.01$.

Figura 7. Presencia de sobrepeso u obesidad de acuerdo con el sexo de los participantes.



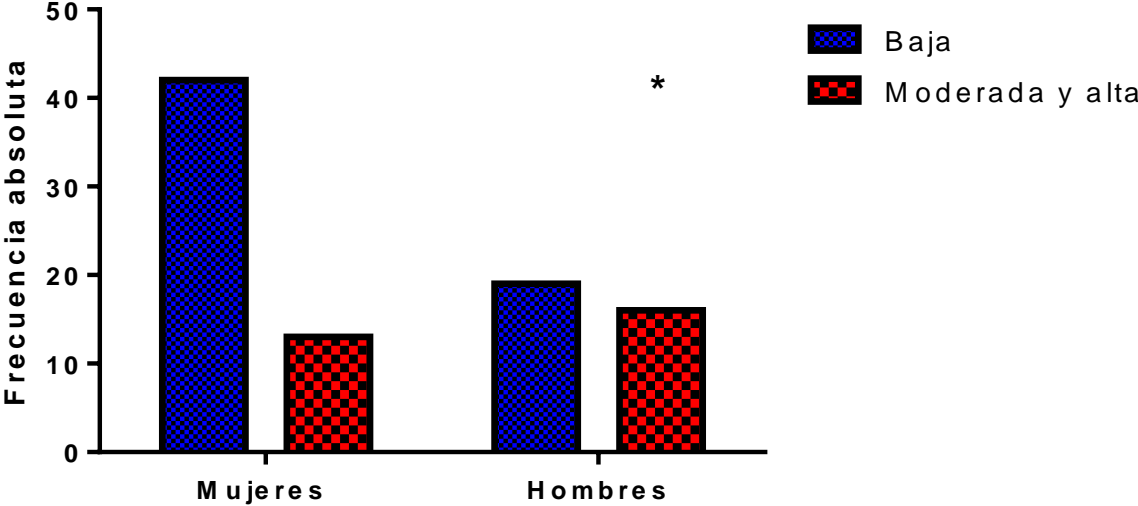
* , prueba exacta de Fisher $p < 0.05$.

Figura 8. Percepción del sistema de salud en función de la presencia de sobrepeso y obesidad.



Las barras muestran la mediana y la dispersión el RIC. ****, prueba de Mann Whitney $p < 0.0001$.

Figura 9. Presencia de actividad física en función del sexo de los participantes.



*, prueba exacta de Fisher $p < 0.05$.

8. DISCUSIÓN

El presente estudio proporciona conocimientos relevantes sobre la compleja asociación de diversas acciones socioculturales y las enfermedades crónicas entre los adultos mayores de 20 años derechohabientes de los servicios del Centro de Salud Urbano Zaragoza Insurgentes. Los factores medidos fueron las acciones preventivas, peso corporal, actividad física, alcoholismo y tabaquismo.

La evaluación de las características sociodemográficas es esencial para lograr comprender el alcance de los diversos programas de salud. Las características asociadas con el género, la edad, el nivel educativo, el estado laboral y el estado civil se han examinaron en diversos estudios (54–56). La consideración de estos aspectos podría ser especialmente relevante en los países en desarrollo como el nuestro, donde las inequidades socioeconómicas y culturales pueden predisponer las condiciones para el establecimiento de varios factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas (57–59).

En nuestro estudio, se identificaron ciertos grupos de participantes con características socioculturales comunes. Los factores para enfermedades crónicas se encontraron predominantemente en edades avanzadas, en sujetos con niveles más bajos de educación, en trabajadores domésticos no remunerados y jubilados, y entre aquellos que alguna vez estuvieron casados (divorciados o viudos). Sin embargo, se encontraron algunos factores de riesgo que predominaron a edades más tempranas, como los relacionados con el tabaquismo y el alcoholismo. Algunos estudios han documentado que los hábitos de vida poco saludables (alcoholismo y tabaquismo) en edades más tempranas son fuertes predictores de enfermedades crónicas en los últimos períodos de la vida (60).

En nuestro estudio, los hábitos de estilo de vida poco saludables fueron altamente reportados en diferentes segmentos de la población. El 67.8 % (61/90) de los participantes informaron ser sedentarios, el 45.6 % (41/90) consumía alcohol y el 14.4 % (13/90) tenían el hábito de fumar. Sin embargo, algunos de los hábitos de vida poco saludables fueron comúnmente reportados por los adultos más jóvenes, los empleados, los individuos casados.

Por el contrario, algunos hábitos de vida poco saludables fueron significativamente menos frecuentes entre los participantes de edades más avanzadas. De hecho, los adultos mayores mostraron un mejor estilo de vida que otros participantes de nuestro estudio, en lo que respecta al tabaquismo y alcoholismo que pueden estar asociados con un historial previo de diagnóstico médico de enfermedades crónicas. De hecho, un estudio reciente mostró que los cambios positivos en el estilo de vida, especialmente las modificaciones en la dieta, ocurren después del diagnóstico de cáncer en los hombres (61). Observaciones similares también han sido reportadas por otros investigadores (62,63). Además, los malos hábitos de estilo de vida en personas con enfermedades crónicas pueden aumentar aún más la carga de morbilidad y mortalidad (64,65).

Al considerar el nivel educativo, el grupo con el mayor número de factores de riesgo de enfermedades crónicas de nuestro estudio está compuesto por participantes que no habían completado la educación formal básica o que solo habían terminado la escuela primaria. Los participantes con niveles más bajos de educación presentaron valores más altos de IMC, alcoholismo y tabaquismo y niveles más bajos de actividad física. Se sabe que los bajos niveles de educación son una característica sociocultural importante asociada con múltiples afecciones crónicas de salud, incluidas las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (54,66,67)

En cuanto a la realización de acciones preventivas en nuestro estudio se observó que la prevención fue mayor en personas con edad avanzada o con enfermedades crónicas previas y la actitud menos preventiva la tuvieron las personas más jóvenes, con sobrepeso y obesidad. Similar a lo reportado en otro estudio donde se encontró que el cumplimiento de las recomendaciones de detección del cáncer de cuello uterino fue mayor para las sobrevivientes de cáncer y menor para las mujeres obesas en comparación con las mujeres que no informaron estas afecciones. También se observó una menor participación en el cribado del cáncer de cuello uterino para las mujeres que informaron enfermedades respiratorias crónicas o diabetes (68). Asimismo diversos estudios concuerda con los datos que obtuvimos (69–71).

En nuestro estudio se encontró sobrepeso en el 31/90 (34.4 %) y obesidad en el 20/90 (22.2 %) de los individuos. Estos resultados correlacionan con un estudio donde la

prevalencia reportada de sobrepeso fue del 33.5 % (72). Asimismo, dos estudios de investigación recientes utilizando mediciones antropométricas, también informaron una mayor prevalencia de sobrepeso (32.7 % y 34 %) y de obesidad (17 % y 23.5 %) en la población general (73,74). Además, en nuestro estudio, la prevalencia de obesidad fue más alta en las mujeres en comparación a los hombres. Resultados similares se encontraron en otros estudios donde las mujeres mostraron una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (75).

El estudio de Rubinstein *et al.*, en el Cono Sur de América Latina, informó que las mujeres mostraron una mayor prevalencia de obesidad, obesidad abdominal y LDL en comparación con los hombres (59). Es sorprendente observar en nuestro estudio, que el IMC en poco más de 2 de cada 4 adultos estaba por encima de lo normal. Además de eso, se detectó obesidad central en más de la mitad de los participantes. Con respecto a este factor de riesgo, nuestros resultados son similares a los hallazgos del Estudio de salud de la comunidad hispana / Estudio de latinos que viven en América del Norte (76) y a un estudio reciente realizado en el cono sur de América Latina (59). Nuestros resultados sugieren que esta población necesita intervenciones de salud pública efectivas para controlar la obesidad y prevenir mayores aumentos de enfermedades asociadas a la obesidad, como diabetes, dislipidemia, hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares (58).

En nuestro estudio, la actividad física fue poco reportada en toda la población. El 67.8 % (61/90) de los participantes informaron niveles bajos de actividad física; similar a lo reportado en otro estudio donde el 70 % presentaba poca actividad física (72). Dentro del pequeño grupo que realizaba alguna actividad física, se observó que tenían mayor actividad física los hombres en comparación a las mujeres. Similar a lo reportado por Vidal *et al.* donde encontraron que los hombres en el sur de Chile tenían un mejor estilo de vida que las mujeres cuando consideraban la actividad física, el manejo del estrés y el crecimiento espiritual (77).

En nuestro estudio, el consumo de alcohol encontrado fue de 32/90 (35.6 %), predominando más en los hombres, asimismo el consumo de alcohol es más frecuente en personas con niveles de estudios más bajos y edades más jóvenes. Similar a lo reportado en la literatura (78,79). En cuanto a la ocupación laboral no se encontró

ninguna diferencia. De hecho se ha reportado que el alcohol es una condición que ha demostrado contribuir sustancialmente a la carga de enfermedades crónicas (80). En nuestro estudio, no hubo una asociación significativa entre el género y el tabaquismo, probablemente porque la adicción al cigarrillo es cada vez más frecuente entre las mujeres (81). Pero si encontramos que tienen mayor probabilidad de fumar las personas con escolaridad más baja en comparación con los que tienen estudios universitarios estos datos concuerdan con lo reportado en otros estudios donde el tabaquismo es mucho más frecuente en individuos con menos de una educación secundaria, 32.1 %, en comparación con 9.1 % en graduados universitarios (82). Las personas con más educación tienen menos probabilidades de comenzar a fumar y más disposición de tomar acciones y medidas para dejar de fumar (83). Si bien sí existe una fuerte asociación entre los ingresos más bajos y el consumo de cigarrillos (84). Por lo tanto, los nuevos enfoques para la detección y prevención tempranas, Así como, el reconocimiento de factores de riesgo para enfermedades crónicas puede ser útil para realizar intervenciones de salud en la comunidad.

9. CONCLUSIÓN

Este es un estudio se investigó las características socioculturales y factores de riesgo para enfermedades crónicas. Encontrando una alta prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas en asociación con hábitos de vida poco saludables, tales como falta de actitud preventiva enfermedades crónicas, poca actividad física, alta prevalencia de obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Así mismo, niveles más bajos de educación tienen más factores de riesgo para presentar una enfermedad crónica.

Además, existe una necesidad urgente de desarrollar intervenciones de atención primaria de salud basadas en la comunidad para abordar los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas.

10. REFERENCIAS

1. Jasanoff S. The life sciences and the rule of law. *J Mol Biol.* 2002;319(4):891–9.
2. Arulkumaran S. Health and human rights. *Singapore Med J.* 2017;58(1):4–13.
3. Manzanilla LR. Dynamics of change in multiethnic societies. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2015;112(30):9174–5.
4. Lee J, Donlan W, Cardoso EEO, Paz JJ. Cultural and social determinants of health among indigenous Mexican migrants in the United States. *Soc Work Public Health.* 2013;28(6):607–18.
5. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez J de J, Juárez-Ramírez C, Wirtz VJ, et al. Users' perception about of quality ambulatory healthcare services in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2013;55 Suppl 2:S100-5.
6. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. Intergovernmental Panel on Climate Change, editor. *Prev Med reports.* diciembre de 2018;12(12):284–93.
7. Unwin N, Alberti KGMM. Chronic non-communicable diseases. *Ann Trop Med Parasitol.* 2006;100(5–6):455–64.
8. Rosas A, Lama G, Llanos F, Dunstan J. Prevalencia De Obesidad E Hipercolesterolemia En Trabajadores De Una Institución Estatal De Lima - Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2002;19(2):87–92.
9. FAO; OPS; WFP; UNICEF. Panorama de la seguridad alimentaria y la nutrición en América Latina y el Caribe 2018. 2018;
10. Córdova-Villalobos JÁ, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Publica Mex.* 2008;50(5):419–27.
11. Popkin BM, Reardon T. Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obes Rev.* 2018;19(8):1028–64.
12. Anwar MS, Baker R, Walker N, Mainous AG, Bankart MJ. Chronic disease detection and access: does access improve detection, or does detection make access more difficult? *Br J Gen Pract.* mayo de 2012;62(598):e337-43.

13. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. *Am J Prev Med.* enero de 2017;52(1S1):S5–12.
14. Somrongthong R, Hongthong D, Wongchalee S, Wongtongkam N. The Influence of Chronic Illness and Lifestyle Behaviors on Quality of Life among Older Thais. *Biomed Res Int.* 2016;2016:2525941.
15. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014;129 Suppl(2):19–31.
16. Organización Mundial de la salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2016 [citado el 15 de abril de 2019]. p. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
17. Schuftan C. The Child Survival Revolution: a critique. *Fam Pract.* diciembre de 1990;7(4):329–32.
18. White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract.* 2015;24(2):103–16.
19. Carey G, Crammond B, Keast R. Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? *BMC Public Health.* el 20 de octubre de 2014;14:1087.
20. Robles SC. A public health framework for chronic disease prevention and control. *Food Nutr Bull.* junio de 2004;25(2):194–9.
21. Davy C, Harfield S, McArthur A, Munn Z, Brown A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *Int J Equity Health.* 2016;15(1):1–9.
22. León-Pérez G. Internal migration and the health of Indigenous Mexicans: A longitudinal study. *SSM - Popul Heal.* 2019;8(April):100407.
23. Dongo M. A. Significado de los factores sociales y culturales en el desarrollo cognitivo. *Rev Investig en Psicol.* 2017;12(2):227.
24. Rodríguez L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva *. UNFPA, Ecuador. 2008;(lii):21.
25. Barquera S, Campos-Nonato I, Aguilar-Salinas C, Lopez-Ridaura R, Arredondo

- A, Rivera-Dommarco J. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Global Health*. el 2 de febrero de 2013;9:3.
26. Weisglas-Kuperus N, Baerts W, Smrkovsky M, Sauer PJ. Effects of biological and social factors on the cognitive development of very low birth weight children. *Pediatrics*. noviembre de 1993;92(5):658–65.
 27. Andermann A. Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Rev*. 2018;39:19.
 28. Jack L, Mukhtar Q, Martin M, Rivera M, Lavinghouze SR, Jernigan J, et al. Program evaluation and chronic diseases: methods, approaches, and implications for public health. *Prev Chronic Dis*. enero de 2006;3(1):A02.
 29. Iwelunmor J, Newsome V, Airhihenbuwa CO. Framing the impact of culture on health: a systematic review of the PEN-3 cultural model and its application in public health research and interventions. *Ethn Health*. febrero de 2014;19(1):20–46.
 30. Aguilar SCA, Hernández JS, Hernández ÁM, Hernández ÁJE. Acciones para enfrentar la diabetes (documento de postura. 2015. 769 p.
 31. Bussey-Jones J, Genao I. Impact of culture on health care. *J Natl Med Assoc*. agosto de 2003;95(8):732–5.
 32. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:439–55.
 33. Espinel Bernal OO. Educación para el ¿desarrollo? El sofisma de la modernización y el desarrollo dentro de los diseños globales. *Espac en Blanco*. 2015;25:333–49.
 34. Salud S de. Boletín de cierre anual 2015. Mexico City; 2016.
 35. Hernández M. ENSANUT 2012. Análisis de sus principales resultados. *Salud Publica Mex*. 2013;55(Suppl 2):S81–2.
 36. Bueno Hernández CA. Análisis de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en México 2013-2016. Encrucijada, *Rev Electrónica del Cent Estud en Adm Pública*. 2018;(30):1.
 37. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of

- health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. agosto de 2004;13(4):299–305.
38. Mensah GA, Wei GS, Sorlie PD, Fine LJ, Rosenberg Y, Kaufmann PG, et al. Decline in Cardiovascular Mortality: Possible Causes and Implications. *Circ Res*. el 20 de enero de 2017;120(2):366–80.
 39. Galaviz KI, Weber MB, Straus A, Haw JS, Narayan KMV, Ali MK. Global Diabetes Prevention Interventions: A Systematic Review and Network Meta-analysis of the Real-World Impact on Incidence, Weight, and Glucose. *Diabetes Care*. 2018;41(7):1526–34.
 40. Rodríguez-Araujo G, Nakagami H. Pathophysiology of cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Cardiovasc Endocrinol Metab*. marzo de 2018;7(1):4–9.
 41. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*. el 13 de diciembre de 2001;414(6865):782–7.
 42. Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. The Health System of Mexico. *Salud Publica Mex*. 2011;53 Suppl 2(1):s220-32.
 43. Laurell C. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. Clacso. 2013. 170 p.
 44. Duarte-Gómez MB, Brachet-Márquez V, Campos-Navarro R, Nigenda G. National health policies and local decisions in Mexico: the case of an intercultural hospital in Cuetzalan, Puebla. *Salud Publica Mex*. 2004;46(5):388–98.
 45. Vázquez-Cruz E, Sotomayor-Tapia J, González-López AM, Montiel-Jarquín ÁJ, Gutierrez-Gabriel I, Romero-Figueroa MS, et al. Patient satisfaction in primary medical care in Mexico. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2018;20(2):254–7.
 46. Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health*. el 14 de enero de 2005;4(1):2.
 47. Khan A, Penoff BT, Pirrotta EA, Hosang R. Shifting the Paradigm of Emergency Care in Developing Countries. *Cureus*. el 22 de febrero de 2018;10(2):e2219.
 48. Nugent R. Chronic diseases in developing countries: health and economic burdens. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1136:70–9.
 49. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investig en Educ Médica*.

octubre de 2013;2(8):217–24.

50. Velásquez-Monroy O, Peralta MR, Esqueda AL, Hernández GP, 2000 GE, Castillo CS, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México. *Arch Cardiol México*. 2003;73(1):62–77.
51. Cogollo Z, Gómez-Bustamante EM, Herazo E, Campo-Arias A. Validity and reliability of the five-item version of the Francis scale of attitude toward Christianity. *Rev Fac Med*. 2012;60(2):103–10.
52. Bond JC, Greenfield TK, Patterson D, Kerr WC. Adjustments for drink size and ethanol content: new results from a self-report diary and transdermal sensor validation study. *Alcohol Clin Exp Res*. diciembre de 2014;38(12):3060–7.
53. Jetté M, Sidney K, Blümchen G. Metabolic equivalents (METs) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol*. agosto de 1990;13(8):555–65.
54. Chung RY, Mercer S, Lai FTT, Yip BHK, Wong MCS, Wong SYS. Socioeconomic Determinants of Multimorbidity: A Population-Based Household Survey of Hong Kong Chinese. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140040.
55. Jackson CA, Dobson AJ, Tooth LR, Mishra GD. Lifestyle and Socioeconomic Determinants of Multimorbidity Patterns among Mid-Aged Women: A Longitudinal Study. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156804.
56. Assari S, Lankarani MM. Does Multi-morbidity Mediate the Effect of Socioeconomics on Self-rated Health? Cross-country Differences. *Int J Prev Med*. 2015;6:85.
57. Kavishe B, Biraro S, Baisley K, Vanobberghen F, Kapiga S, Munderi P, et al. High prevalence of hypertension and of risk factors for non-communicable diseases (NCDs): a population based cross-sectional survey of NCDs and HIV infection in Northwestern Tanzania and Southern Uganda. *BMC Med*. mayo de 2015;13:126.
58. Wang W, Russell A, Yan Y, Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). Traditional Chinese medicine and new concepts of predictive, preventive and personalized medicine in diagnosis and treatment of suboptimal

- health. *EPMA J.* febrero de 2014;5(1):4.
59. Rubinstein AL, Irazola VE, Calandrelli M, Elorriaga N, Gutierrez L, Lanas F, et al. Multiple cardiometabolic risk factors in the Southern Cone of Latin America: a population-based study in Argentina, Chile, and Uruguay. *Int J Cardiol.* marzo de 2015;183:82–8.
 60. Hanson MA, Gluckman PD, Ma RCW, Matzen P, Biesma RG. Early life opportunities for prevention of diabetes in low and middle income countries. *BMC Public Health.* noviembre de 2012;12:1025.
 61. Pacheco SOS, Pacheco FJ, Zapata GMJ, Garcia JME, Previale CA, Cura HE, et al. Food Habits, Lifestyle Factors, and Risk of Prostate Cancer in Central Argentina: A Case Control Study Involving Self-Motivated Health Behavior Modifications after Diagnosis. *Nutrients.* julio de 2016;8(7).
 62. Avery KNL, Donovan JL, Horwood J, Neal DE, Hamdy FC, Parker C, et al. The importance of dietary change for men diagnosed with and at risk of prostate cancer: a multi-centre interview study with men, their partners and health professionals. *BMC Fam Pract.* mayo de 2014;15:81.
 63. Kassianos AP, Coyle A, Raats MM. Perceived influences on post-diagnostic dietary change among a group of men with prostate cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* noviembre de 2015;24(6):818–26.
 64. Salau BA, Adeyanju MM, Odufuwa KT, Osilesi O. Fruits and vegetables diet improves some selected haemorheological parameters predisposing to cardiovascular disease in non insulin dependent diabetes mellitus NIDDM subjects. *Pakistan J Biol Sci PJBS.* julio de 2012;15(14):694–7.
 65. Tanaka S, Yoshimura Y, Kamada C, Tanaka S, Horikawa C, Okumura R, et al. Intakes of dietary fiber, vegetables, and fruits and incidence of cardiovascular disease in Japanese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* diciembre de 2013;36(12):3916–22.
 66. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health.* agosto de 2015;15:776.
 67. Arokiasamy P, Uttamacharya U, Jain K, Biritwum RB, Yawson AE, Wu F, et al.

- The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low- and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Med.* agosto de 2015;13:178.
68. Constantinou P, Dray-Spira R, Menvielle G. Cervical and breast cancer screening participation for women with chronic conditions in France: results from a national health survey. *BMC Cancer.* marzo de 2016;16:255.
 69. Heflin MT, Oddone EZ, Pieper CF, Burchett BM, Cohen HJ. The effect of comorbid illness on receipt of cancer screening by older people. *J Am Geriatr Soc.* octubre de 2002;50(10):1651–8.
 70. Khan NF, Ward A, Watson E, Austoker J, Rose PW. Long-term survivors of adult cancers and uptake of primary health services: a systematic review. *Eur J Cancer.* enero de 2008;44(2):195–204.
 71. Maruthur NM, Bolen S, Brancati FL, Clark JM. Obesity and mammography: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* mayo de 2009;24(5):665–77.
 72. Olivares DE V, Chambi FR V, Chañi EMM, Craig WJ, Pacheco SOS, Pacheco FJ. Risk Factors for Chronic Diseases and Multimorbidity in a Primary Care Context of Central Argentina: A Web-Based Interactive and Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(3).
 73. Zapata ME, Bibiloni MDM, Tur JA. Prevalence of overweight, obesity, abdominal-obesity and short stature of adult population of Rosario, Argentina. *Nutr Hosp.* septiembre de 2016;33(5):580.
 74. Linetzky B, De Maio F, Ferrante D, Konfino J, Boissonnet C. Sex-stratified socio-economic gradients in physical inactivity, obesity, and diabetes: evidence of short-term changes in Argentina. *Int J Public Health.* abril de 2013;58(2):277–84.
 75. Aballay LR, Osella AR, De La Quintana AG, Diaz MDP. Nutritional profile and obesity: results from a random-sample population-based study in Córdoba, Argentina. *Eur J Nutr.* marzo de 2016;55(2):675–85.
 76. Daviglius ML, Talavera GA, Avilés-Santa ML, Allison M, Cai J, Criqui MH, et al. Prevalence of major cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases among Hispanic/Latino individuals of diverse backgrounds in the United States.

- JAMA. noviembre de 2012;308(17):1775–84.
77. VIDAL GUTIÉRREZ D, CHAMBLAS GARCÍA I, ZAVALA GUTIÉRREZ M, MÜLLER GILCHRIST R, RODRÍGUEZ TORRES MC, CHÁVEZ MONTECINO A. DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y ESTILOS DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA DE CONCEPCIÓN, CHILE. *Cienc y enfermería*. abril de 2014;20(1):61–74.
 78. Schwarzinger M, Thiébaud SP, Baillot S, Mallet V, Rehm J. Alcohol use disorders and associated chronic disease - a national retrospective cohort study from France. *BMC Public Health*. 2017;18(1):43.
 79. Rehm J, Allamani A, Aubin H-J, Della Vedova R, Elekes Z, Frick U, et al. People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries. *Alcohol Alcohol*. mayo de 2015;50(3):310–8.
 80. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet (London, England)*. junio de 2009;373(9682):2223–33.
 81. Burci GL. World Health Organization (WHO): Framework Convention on Tobacco Control. *Int Leg Mater*. mayo de 2003;42(3):515–39.
 82. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):7–30.
 83. Torre LA, Siegel RL, Jemal A. Lung Cancer Statistics. *Adv Exp Med Biol*. 2016;893:1–19.
 84. Hovanec J, Siemiatycki J, Conway DI, Olsson A, Stücker I, Guida F, et al. Lung cancer and socioeconomic status in a pooled analysis of case-control studies. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192999.

11. ANEXOS

11.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- 11.1.1. Sexo: Condición biológica que dicotomiza a los participantes en hombres y mujeres.
- 11.1.2. Edad: Número de años vividos por el participante desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta.
- 11.1.3. Escolaridad: Categorización de los años y tipo de enseñanza en función del sistema educativo mexicano, en primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, maestría y doctorado.
- 11.1.4. Ocupación (trabajo): sección 6.7.1.
- 11.1.5. Estado civil: Condición de una persona, según el registro civil, en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.
- 11.1.6. Ingresos: Percepción monetaria del participante en función del salario mínimo vigente del 2019, categorizado en ninguna, de 1 a 2 (\$3,080.40 a \$6,160.80), de 3 a 4 (\$9,241.20 a \$12,321.60) y más de 4 salarios mínimos mensuales (>\$12,321.60).
- 11.1.7. Religiosidad: sección 6.7.2.
- 11.1.8. Identidad étnica: sección 6.7.3.
- 11.1.9. Percepción del sistema de salud: evaluación global de la calidad de los servicios de salud del Centro, a partir de 3 preguntas, donde 0 es muy insuficiente y 5 es excelente.
- 11.1.10. Autovaloración de la salud: Calificación autodefinida de la calidad global percibida de la salud personal.
- 11.1.11. ECNT: afirmación del diagnóstico previo de, al menos, una ECNT.
- 11.1.12. Acciones específicas en prevención de la salud: referencia de al menos haber realizado una acción preventiva en los últimos 6 meses.
- 11.1.13. Alcoholismo: sección 6.7.4.
- 11.1.14. Tabaquismo: sección 6.7.5.

11.1.15. Peso corporal: Cálculo del índice de masa corporal, dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros referidos por el participante, y categorizándose en desnutrición <18.5, normal de 18.5 a <25.0, sobrepeso de 25.0 a <30.0 y obesidad \geq 30.0.

11.1.16. Actividad física: sección 6.7.6.

11.2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO DE SALUD URBANO ZARAGOZA INSURGENTES

Por medio de esta carta autorizo mi participación en el estudio de “IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN LAS ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES EN EL CENTRO DE SALUD URBANO ZARAGOZA INSURGENTES.” ya que pertenezco al mencionado Centro de Salud.

Fecha:

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Ingresos aproximados al mes:

Estado civil:

Dirección:

Teléfono:

Acepto la divulgación de la información mencionada en la encuesta para fines académicos y de investigación. Bajo ninguna circunstancia se divulgará mi información personal.

Nombre y Firma
Paciente

Nombre y Firma
Médico Tratante

TESTIGOS

Nombre y Firma
Familiar

Nombre y Firma
Enfermera General

11.3. ENCUESTA

42. ¿Ha acudido a su médico de cabecera o a su centro de salud en los últimos 12 meses?

Sí 1
No 2 —▶ (pasar a la pregunta 44)

1. En conjunto, ¿cuál es su grado de satisfacción con los servicios de salud que usted y su familia han utilizado en el último año? Indique si está muy satisfecho, algo satisfecho, algo insatisfecho o muy insatisfecho.

Muy satisfecho/a 1
Algo satisfecho/a 2
Algo insatisfecho/a 3
Muy insatisfecho/a 4

2. Pensando únicamente en sus problemas y necesidades de salud, ¿piensa que el sistema sanitario público vasco cubre todas sus necesidades en materia de salud?

Estoy satisfecho/a, cubre todas mis necesidades 1
Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que debieran incluirse algunas otras atenciones 2
No cubre mis necesidades de salud 3

3. ¿Cómo cree usted que debería pagarse en el futuro la asistencia sanitaria?

Toda financiada por el Estado con los impuestos, y que cubra a todas las personas 1
Una parte financiada por el Estado y otra por cada persona 2
Cada persona pagaría su asistencia médica 3

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

4. En general, usted diría que su salud es

- Excelente..... 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular..... 4
- Mala 5

5. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año 1
- Algo mejor ahora que hace un año..... 2
- Más o menos igual que hace un año..... 3
- Algo peor ahora que hace un año 4
- Mucho peor ahora que hace un año..... 5

17.b) ¿Considera que su salud en general es...?

- Muy buena 1
- Buena 2
- Normal 3
- Mala 4
- Muy mala 5

19. Escriba una cifra

Aproximadamente ¿Cuánto pesa sin zapatos? kilogramos

20. Escriba una cifra

Aproximadamente ¿Cuánto mide sin zapatos? centímetros

21.a) Según su estatura, ¿cree usted que su peso actual es?

- Excesivo 1
- Normal..... 2
- Escaso..... 3

PRACTICAS PREVENTIVAS

Las siguientes preguntas se refieren a una serie de cuidados o actividades preventivas que usted puede realizar. Haga un círculo en el número correspondiente a su respuesta.

26. ¿Se toma (o le toman) la tensión arterial al menos una vez al año?

- Sí..... 1
- No 2

27. ¿Cuándo se ha tomado (o le han tomado) la tensión por última vez?

- Nunca 1 → (pasar a la pregunta 30)
- Hace menos de un año..... 2
- Hace más de un año y menos de dos 3
- Hace más de dos y menos de tres años..... 4
- Hace más de 3 y menos de 4 años 5
- Hace más de cuatro años 6

30. **¿Cuándo le han hecho el último análisis de colesterol?**
Nunca 1 → (pasar a la pregunta 33)
Hace menos de 1 año 2
Hace más de 1 año y menos de dos 3
Hace más de dos y menos de tres años 4
Hace más de 3 y menos de 4 años 5
Hace más de cuatro años 6
-

31. **Le han dicho que tiene el colesterol alto?**
Sí 1
No 2 → (pasar a la pregunta 33)
-


40. **¿Suele usted vacunarse contra la gripe cada año?**
Sí 1 → (pasar a pregunta 42)
No 2
-

41. **¿Por qué motivo no suele vacunarse contra la gripe? Elija uno sólo, el más importante.**
No pertenezco a ninguno de los grupos a los que se recomienda 1
Creo que no sirve para nada 2
No conocía la recomendación de vacunarse contra la gripe 3
Porque puede traer complicaciones 4
No sé dónde hay que acudir 5
Porque me sienta mal 6
No me suelo acordar de ir 7
No sé 8
Contraindicación médica 9
-

44. **¿Había oído alguna vez hablar de la mamografía?**
Sí 1
No 2
-

45. **¿Ha sido citada alguna vez por carta, desde el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, para hacerse una mamografía?**

Sí 1
No 2



50. **¿Había oído alguna vez hablar de la citología vaginal?**
Sí 1
No 2
-

51. **¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?**
Nunca 1 → pase a la pregunta 53
Hace menos de 1 año 2
Hace más de 1 y menos de 2 años 3
Hace más de 2 y menos de 3 años 4
Hace más de 3 y menos de 4 años 5
Hace más de 4 y menos de 5 años 6
Hace más de 5 años 7

53. ¿Qué frase describe mejor el trabajo que usted realiza, o la actividad que usted desarrolla habitualmente?

- Estoy habitualmente sentado/a durante todo el día y me desplazo en muy pocas ocasiones. 1
- Trabajo de pie y/o me desplazo a menudo pero no tengo que levantar pesos. 2
- Transporto cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuevas frecuentemente. 3
- Tengo un trabajo en el que transporto cargas muy pesadas y/o requiere un esfuerzo físico importante 4

54. Durante su tiempo libre, ¿normalmente hace todo el ejercicio físico que desearía?

- Sí 1
- No 2

55.a) ¿Por qué?

- Porque no tengo tiempo 1
- Porque no tengo un lugar adecuado 2
- Porque no tengo fuerza de voluntad 3
- Otras 4

→ 55.b)

Pase a la pregunta 55.b)

55.b) Durante las dos últimas semanas ¿ha realizado alguna actividad física en su tiempo libre como hacer deporte, correr, nadar, andar en bicicleta, hacer gimnasia etc. . . ?

- Sí 1
- No 2

→ (pasar a la página siguiente, pregunta 55.f)

Escriba el número de veces y el tiempo medio que hace cada vez (si el tiempo es variable hacer una media) en las dos últimas semanas

Actividad	N. de veces	Tiempo medio (minutos) /cada vez
Pasear		
Andar a paso ligero		
Footing		
Deportes de equipo(fútbol, baloncesto . . .)		
Gimnasia, Aerobic		
Bicicleta, Natación		
Deporte de pala y raqueta (squash, frontón, tenis . . .)		
Musculación, lucha, judo, karate		
Montañismo, senderismo		
Otros (especificar):		

55.d) En estas dos últimas semanas, de las actividades que ha realizado. ¿Hay alguna que le haya hecho sudar, durante al menos veinte minutos?

Sí..... 1
No 2

55.e) ¿Con qué frecuencia las ha realizado?

Una vez en los últimos 14 días..... 1
Una vez a la semana..... 2
Dos veces a la semana..... 3
Tres o cuatro veces a la semana 4
Cinco o más veces a la semana 5

55. f) ¿Cómo realiza habitualmente el trayecto desde su casa al lugar de trabajo o al centro de estudio?
(responda también si realiza estos trayectos acompañando a alguna persona por ejemplo niños/as escolarizados)

Andando 1
En bicicleta 2
En vehículo particular (automóvil, motocicleta)..... 3
En transporte público 4
Mixto (combina transporte público y otro vehículo)..... 5
No realiza estos trayectos 6 → pasar a pregunta 56

55. g) En general, ¿cuál es la duración del trayecto desde su domicilio a su lugar de trabajo o centro de estudio?

15 minutos o menos 1
De 16 a 30 minutos 2
De 31 a 60 minutos 3
De 1 hora a 1,30 horas 4
De 1,31 a 2 horas 5
Más de 2 horas 6

55. h) ¿Cuántas veces realiza este trayecto diariamente, en los días laborables?

2 veces (ida y vuelta) 1
4 veces (2 idas y vueltas) 2
Más de 4 veces 3

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de tabaco.

Se llama fumar de forma pasiva o "involuntaria" a estar expuesto al humo de los cigarrillos que fuman los demás. Independientemente de que usted fume o no...

60.- Conteste, por favor, a todas las preguntas indicando con qué frecuencia suele estar usted expuesto/a al humo del tabaco de los demás...

	Si, todos los días	Si, con mucha frecuencia	Si, de vez en cuando	Si, pero raras veces	Nunca
a) En su casa	1	2	3	4	5
b) En su lugar de trabajo o estudio (los jubilados, parados, deben responder pensando en el lugar donde pasan la mayor parte de la jornada)	1	2	3	4	5
c) En otros lugares cerrados como cafeterías, restaurantes, clubs, automóviles, etc.	1	2	3	4	5

61. A lo largo de su vida ¿Ha fumado más de 100 cigarrillos (5 paquetes)?

Sí..... 1

No..... 2

→ PASE A LA PAGINA SIGUIENTE, PREGUNTA 75 (APARTADO RELATIVO AL ALCOHOL)

62. ¿Fuma usted, todos los días?

Si 1 No 2

PARTE A ← → PARTE B

63. ¿A que edad comenzó a fumar todos los días? (Escriba la edad)
A la edad de años

64. Escriba la cantidad aproximadamente (Anote la cantidad)
¿Cuántos cigarrillos fuma al día? cigarrillos
¿Cuántos puros fuma al día? puros
¿Cuántas pipas fuma al día? pipas

65. ¿Traga usted el humo?
Sí..... 1
No..... 2

66. Me podría decir si con respecto al año pasado actualmente...
Señale con un círculo a cada pregunta (a-d)

	Sí	No
a) Fuma más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fuma menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fuma una marca más fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fuma una marca más suave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. ¿Ha intentado usted dejar de fumar en los últimos 12 meses?
Sí..... 1
No..... 2

68. ¿Le gustaría dejar de fumar?
Sí..... 1
No..... 2

69. ¿Cuál de las frases siguientes describiría su comportamiento respecto al tabaco?
Fumo sólo en ocasiones..... 1
Antes fumaba en ocasiones..... 2
Antes fumaba todos los días..... 3

70. ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?
Menos de tres meses..... 1
De tres a seis meses..... 2
De seis meses a 1 año..... 3
De un año a dos años..... 4
Más de 2 años..... 5

71. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?
A la edad de años

72. Aproximadamente
¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? cigarrillos
¿Cuántos puros fumaba al día? puros
¿Cuántas pipas fumaba al día? pipas

73. ¿Tragaba usted el humo?
Sí..... 1
No..... 2

} → pasar a la p. 75 página siguiente

79. Durante los últimos doce meses ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas que contengan alcohol (vino, sidra, cerveza, brandy...)?

- 1. Diariamente
- 2. De 4 a 6 veces por semana
- 3. De 2 a 3 veces por semana
- 4. Una vez por semana



PARTE A
PREGUNTA 80 y SIGUIENTES

- 5. Una vez cada quince días
- 6. Una vez al mes
- 7. Menos de una vez al mes
- 8. No he bebido en los últimos 12 meses



PARTE B
PREGUNTA 85 y SIGUIENTES

80. Sin contar las veces en las que usted probó ocasionalmente el alcohol, ¿a qué edad empezó a beber habitualmente?

Escriba la edad

A la edad de años

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN UN DIA LABORAL

81. Tenga en cuenta lo consumido durante las comidas (desayuno, almuerzo, comida y cena) así como fuera de las mismas (txikiteo, vinos, aperitivos, copas). (Si en el momento de rellenar la encuesta es lunes, anotar lo bebido el último jueves)

Durante el día de ayer ...	Escriba la cantidad	
. ¿Cuántos vasos de sidra bebió Vd.?	<input type="text"/>	vasos de sidra
.¿Cuántos vasos de vino bebió Vd. (2 chiquitos de bar = 1 vaso)	<input type="text"/>	vasos de vino
.¿Cuántas cañas de cerveza bebió Vd. (2 cortos o zuritos = 1 caña)	<input type="text"/>	cañas de cerveza
.¿Cuántas copas (de anís, Whisky, pacharán, de brandy . . .) bebió Vd.?	<input type="text"/>	copas
.¿Cuántos combinados (cubas, gin-tonics, gin-kas. . .) bebió Vd.?	<input type="text"/>	combinados
.¿Cuántos kalimotxos bebió Vd.?	<input type="text"/>	kalimotxos
.¿Cuántos vermouths, bitters, finos, bebió Vd.? (2 marianitos = 1 vermut)	<input type="text"/>	vermouths
.¿Cuántos chupitos de licor bebió Vd.?	<input type="text"/>	chupitos

82. Tenga en cuenta lo consumido durante las comidas (desayuno, almuerzo, comida y cena) así como fuera de las mismas (txikiteo, vinos, aperitivos, copas). (Anotar lo consumido el Viernes, el Sábado y el Domingo)

Y durante el pasado Fin de semana	Escriba la cantidad		
	<u>VIERNES</u>	<u>SÁBADO</u>	<u>DOMINGO</u>
.¿Cuántos vasos de sidra bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.¿Cuántos vasos de vino bebió Vd.? (2 chiquitos de bar = 1 vaso)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.¿Cuántas cañas de cerveza bebió Vd.? (2 cortos o zuritos = 1 caña)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.¿Cuántas copas (de anís, Whisky, pacharán, de brandy . . .) bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.¿Cuántos combinados (cubas, gin-tonics, gin-kas. . .) bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.¿Cuántos kalimotxos bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.¿Cuántos vermouths, bitters, finos, bebió Vd.? (2 marianitos =1 vermut)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.¿Cuántos chupitos de licor bebió Vd.?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud desde el día . . . hasta ayer.

ENSEÑAR EL CALENDARIO DE LA ENTREVISTA

La 1ª pregunta es para conocer la actividad en los últimos 14 días

3.- ¿Cuál ha sido la actividad de desde el día hasta ayer ?

. Trabajo o baja	1	. Niños	4	. Otros (Baja maternal, S. militar,	
. Labores de hogar	2	. Parados	5	encamados crónicos, ...)	7
. Escolar y Guardería	3	. Jubilados	6	. Ns/Nc	0

Trabajo	1
L. hogar	2
Escolar	3
Niños	4
Parados	5
Jubilados	6
Otros	7
Ns/Nc	0

La siguiente cuestión se refiere a problemas de salud de larga duración o que puedan repetirse con frecuencia.
 ENCUESTADOR: Dar la Tarjeta de problemas crónicos a la familia, leer detenidamente con ellos y anotar los códigos de los problemas en las casillas correspondientes.

TARJETA N°. 4

25.a) ¿Hay alguien de su familia que tenga?

01	Caries	NO	} P.26	SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
02	Otros problemas dentales	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
03	Ciática, lumbago y dolores de espalda	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
04	Sordera	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
05	Hipertensión	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
06	Asma	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
07	Arterioesclerosis	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
08	Bronquitis crónica	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
09	Piedras en el riñón	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
10	Ceguera parcial o total	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
11	Problemas crónicos de corazón	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
12	Úlcera de estómago y duodeno	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
13	Artrosis y otros reumatismos	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
14	Problemas crónicos de la piel	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
15	Piedras en la vesícula biliar	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
16	Diabetes	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
17	Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
18	Alteraciones de la próstata	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
19	Problemas de nervios	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
20	Problemas mentales	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?
21	Otros	NO		SÍ →	¿Quién?	¿Alguien más?

SÍ NO TIENEN PROBLEMAS CRONICOS PASAR A LA SIGUIENTE SECCION

28.b) ¿Cuál es su situación laboral actual?

- . Cumpliendo el Servicio Militar
- . Trabajando (incluye becarios, MIR...)
- . Estoy en paro, habiendo trabajado anteriormente
- . Buscando el primer empleo
- . Jubilado, retirado, pensionista o rentista
- . Estudiante
- . Labores del hogar
- . Incapacidad permanente
- . Otros

PERIODO DE REFERENCIA : 14 DIAS

- 1
- 2 } → 28 d
- 3
- 4
- 5
- 6 } → 28 d
- 7
- 8
- 9

b) S. LABORAL

- . S. Militar
- . Trabajando
- . En paro
- . 1. empleo
- . Jubilado
- . Estudiante
- . L. hogar
- . Inca. perm.
- . Otros
- . Ns/Nc

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

28.d) ¿Qué cargo o categoría tiene en la empresa?		
. Directores, Subdirectores, Gerentes, Empresarios	1	2
. Técnico Superior		3
. Técnicos medios (ATS, Maestros, Contables, Peritos)		4
. Capataces, Encargados, Viajantes		5
. Técnicos especialistas, Oficiales, Administrativos	5	6
. Técnicos auxiliares, Aux. clínica, Aux. Administrativo, Dependientes		7
. Conserjes, Ordenanza, Peones, Aprendices, Ayudantes		0
. Ns/Nc		

28 e) ¿Me podría especificar más la ocupación que desempeña actualmente o ha desempeñado?

MOSTRAR TARJETA (9 GRUPOS)

Ponga ejemplos de cada grupo hasta determinar el código de la ocupación.

28.f) ¿Cuál es o ha sido su relación laboral con la empresa en la que trabaja o ha trabajado más años?

. Empresario o empleador	1
. Trabajador por cuenta propia, autónomo	2
. Cooperativista	3
. Asalariado fijo	4
. Asalariado eventual	5
. Ayuda familiar	6
. Otras (Especificar)	7
. Ns/Nc	0

28.g) ¿Qué actividad realiza o ha realizado la empresa donde trabaja o trabajaba?

. Agricultura, Minería, Ganadería, Pesca	1	. Profesiones liberales de servicios	5
. Industria	2	. Comercio y Hostelería	6
. Construcción	3	. Otros servicios: Transportes, Seguros, Banca...	7
. Administración Pública (Local, Autonómica, Estatal)	4		

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO

9. Satisfacción global (Cuestionario a responder por el paciente)

9.1. Considera que la calidad global del servicio es:

- Excelente
- Buena
- Adecuada
- Insuficiente
- Muy insuficiente

9.2. Considera que la atención recibida es:

- Excelente
- Buena
- Adecuada
- Insuficiente
- Muy insuficiente

9.3. Considera que la información recibida es:

- Excelente
- Buena
- Adecuada
- Insuficiente
- Muy insuficiente

- 1 Exploración He invertido tiempo tratando de averiguar más sobre mi grupo étnico, como su historia, tradiciones y costumbres.
- 2 Compromiso Tengo un fuerte sentido de pertenencia hacia mi propio grupo étnico.
- 3 Compromiso Entiendo bastante bien qué significa ser un miembro de mi grupo étnico.
- 4 Exploración A menudo he hecho cosas que pueden ayudarme a entender mi origen étnico.
- 5 Exploración A menudo he hablado con otras personas para aprender más sobre mi grupo étnico.
- 6 Compromiso Siento una fuerte unión con mi propio grupo étnico.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
Yo sé que Cristo me ayuda	0	1	2	3	4
Dios me ayuda a llevar una vida mejor	0	1	2	3	4
Dios significa mucho para mí	0	1	2	3	4
Orar me sirve de mucho	0	1	2	3	4
Sé que Jesús está muy cerca de mí	0	1	2	3	4

