



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL
PROGRAMA CADIMSS”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en medicina familiar

Presenta:

Yasmin Parra Patiño.

Dirigido por:

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra

Presidente

Mtro. Iván Martínez Garrido

Secretario

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno

Vocal

Mtro. Omar Rangel Villicaña

Suplente

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Marzo 2024
México.

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

Resumen

Introducción: En México, la alta prevalencia de obesidad es multifactorial, además está asociada a diabetes, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer. Encontrar estrategias para el control de este padecimiento, e incidir indirectamente en la prevención de complicaciones a mediano y largo plazo es prioridad para los sistemas de salud. En este caso representada por el programa CADIMSS Objetivo: Conocer los cambios psicológicos clínicos de paciente diabéticos del programa CADIMSS Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, analítico, de antes y después. Se incluyeron previo consentimiento hombres y mujeres mayores de 20 años, participantes del programa CADIMSS. Se excluyeron a pacientes con ingesta de orlistat o fentermina, acudir a nutriólogo particular o con diagnóstico de ansiedad o depresión. Se eliminaron a aquellos que no concluyeron el programa, no contar con datos clínicos completos o no completar los cuestionarios. Variables estudiadas: Sociodemográficas, clínicas antes y después del programa CADIMSS IMC (índice de masa corporal), peso, glucosa en ayuno, hemoglobina glucosilada, colesterol, triglicéridos, presión arterial sistólica y presión arterial diastólica; variables psicológicas antes y después del programa CADIMSS: Creencias erróneas acerca del control del peso corporal, experimentación de emociones agradables al comer, importancia que se le otorga al peso corporal. Tamaño de muestra n= 168. Análisis estadístico realizando prueba de t para muestras relacionadas y prueba de z. **Consideraciones éticas:** sujeto a normas éticas nacionales e internacionales. **Resultados:** Se observó reducción de creencias erróneas acerca de la alimentación, respecto a emociones agradables al comer y en importancia que se le da al peso corporal, al término del programa CADIMSS, de igual manera se redujo hemoglobina glucosilada y triglicéridos. **Conclusiones:** Al termino de programa CADIMSS existen cambios psicológicos y clínicos en los pacientes.

(Palabras clave: obesidad, diabetes, hipertensión arterial, CADIMSS, cambios psicológicos y clínicos)

Summary

Key words: obesity, diabetes, high blood pressure, CADIMSS, clinical psychological changes

Introduction: In Mexico, the high prevalence of obesity is multifactorial; it is also associated with diabetes, high blood pressure and some types of cancer. Finding strategies to control this condition, and indirectly influencing the prevention of complications in the medium and long term, is a priority for health systems. In this case represented by the CADIMSS program **Objective:** To know the clinical psychological changes of diabetic patients of the CADIMSS program **Material and methods:** Prospective, analytical, before and after observational study. Men and women over 20 years of age, participants of the CADIMSS program, were included with prior consent. Patients with intake of orlistat or phentermine, seeing a private nutritionist, or with a diagnosis of anxiety or depression were excluded. Those who did not complete the program, did not have complete clinical data, or did not complete the questionnaires were eliminated. **Variables studied:** Sociodemographic, clinical before and after the CADIMSS program BMI (body mass index), weight, fasting glucose, glycated hemoglobin, cholesterol, triglycerides, systolic blood pressure and diastolic blood pressure; psychological variables before and after the CADIMSS program: Erroneous beliefs about body weight control, experience of pleasant emotions when eating, importance given to body weight. Sample size n= 168. Statistical analysis using t test for related samples and z test. **Ethical considerations:** subject to national and international ethical standards. **Results:** A reduction in erroneous beliefs about eating was observed, regarding pleasant emotions when eating and the importance given to body weight. At the end of the CADIMSS program, glycosylated hemoglobin and triglycerides were also reduced. **Conclusions:** At the end of the CADIMSS program there are psychological and clinical changes in the patients.

Dedicatorias

Desde la dispersión (y no estadística), desde el esfuerzo y el cariño al camino, hacia lo sublime de SER medico familiar.

Dedicada a mi papá, que con esfuerzo y cariño siempre ha estado apoyándome, a Vic mi compañero de vida, que en todo momento me sigue enseñando a ser un equipo, que me ha impulsado a mejorar y me ha rescatado cientos de veces, me ha enseñado a valorar el esfuerzo propio y de los demás, a mis compañeras y amigas Mar y Pao de quienes siempre obtuve apoyo y cariño.

Y a mis compañeritos de noches y madrugadas Gordo y Chiqui.

Agradecimientos

Al posgrado de medicina familiar de la Universidad Autónoma de Querétaro; a todos mis maestros de hospital y que fueron ejemplo de profesionalismo, en cada una de las especialidades que orgullosamente ejercen.

Dra. Roxana, mi directora de tesis por compartirme su conocimiento por toda la paciencia, la motivación y el apoyo.

A todos los médicos familiares quienes comparten con cariño su ciencia traducida en experiencia. A mi maestro titular Dr. Iván Martínez mi respeto y aprecio, ya que con su ejemplo me mostro que la actitud si es parte fundamental para hacer frente a los desafíos de la vida laboral.

A todos quienes formaron parte del proceso, de todos aprendemos.

Por ser parte del camino... **Gracias**

Índice

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VI
Abreviaturas y siglas	VII
I. Introducción	1
II. Antecedentes	4
III. Fundamentación teórica	
III.1 Obesidad y Diabetes Mellitus	7
III.2 Hipertensión arterial	8
III.3 Hipercolesterolemia	9
III.4 Aspectos psicológicos y conductuales	9
III.5 Instrumento	10
IV. Hipótesis	12
V. Objetivos	
V.1 Objetivo General	15
V.2 Objetivos Específicos	15
VI. Material y métodos	
VI.1 Tipo de investigación	16
VI.2 Población	16
VI.3 Muestra y tipo de muestra	16
VI.4 Técnicas e instrumentos	18
VI.5 Procedimientos	19
VI.5.1 Análisis estadístico	20
VI.5.2 Consideraciones éticas	21
VII. Resultados	22
VIII. Discusión	34
IX. Conclusiones	37
X. Propuestas	38

XI. Bibliografía	39
XII. Anexos	42

Índice de cuadros

Tablas	Página
1 Grupos de edad de pacientes del programa CADIMSS	23
Gráfico 1	23
2 Sexo de pacientes del programa CADIMSS	24
3 Estado civil de pacientes del programa CADIMSS	24
4 Escolaridad de pacientes del programa CADIMSS	25
5 Reducción de peso promedio de antes y después de asistir al programa CADIMSS	25
6 IMC antes del inicio del programa CADIMSS y al término del programa	26
7 Cambios en valores de control metabólico en pacientes antes del inicio del programa CADIMSS y al termino de este.	27
8 Diferencia de puntaje promedio creencias erróneas acerca del peso corporal antes del inicio del programa y al término del programa CADIMSS	28
Gráfico 2	28
9 Diferencia de puntaje promedio creencias erróneas acerca del peso corporal antes y después del programa CADIMSS (por ítem)	29
10 Diferencia de puntaje promedio para emociones agradables al comer antes del inicio del programa y al término del programa CADIMSS	30
11 Diferencia de puntaje promedio experiencias agradables al comer antes y después del programa CADIMSS (por ítem)	31
12 Diferencia de puntaje promedio importancia que se le da al peso corporal antes del inicio y al término del programa CADIMSS	32
13 Diferencia de puntaje promedio importancia que se le da al peso corporal antes y al término del programa CADIMSS (por ítem)	33
Gráfico 3	33

Abreviaturas y siglas

ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CADIMSS	Centro de atención a la diabetes IMSS
FID	Federación Internacional de Diabetes
OMS	Organización Mundial de la salud
IMC	Índice de Masa corporal
CFI	Comparative Fit Index (índice de ajuste comparativo)
RMSEA	Raíz cuadrada del error cuadrático medio (Error de aproximación)

I. Introducción

En el mundo se reportan 1.900 millones de adultos con sobrepeso, de estos; 650 millones viven con obesidad. México posee la nada honrosa segunda posición a nivel global en obesidad en adultos, lo que significa 10 veces más que la prevalencia en países como Japón, y esto lo coloca en el primer lugar en Latinoamérica. Se encontró que en la población mexicana de 20 o mayor, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumento de 71,3% en 2012, a 75,2% en 2018 y, específicamente la obesidad abdominal es de 76,6%. Evidentemente representa un grave problema de salud pública. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de México en 2018 reportó que el sobrepeso y la obesidad en adultos, fue de 73% en hombres y un 76,8% en mujeres. (Hernández et al.,2021).

La obesidad es definida como una enfermedad crónica, multifactorial y neuroconductual, en donde un aumento en la grasa corporal ocasiona la disfunción del tejido adiposo y un desequilibrio en las fuerzas físicas de la grasa corporal que desencadenará alteraciones metabólicas, biomecánicas y psicosociales con efectos deletéreos para la salud. (Diaz et al., 2018).

ENSANUT 2016, reporto que la percepción de la población ante la posibilidad de desarrollar obesidad en los próximos cinco años, fue de 32%, los que refirieron que sería muy probable o probable que desarrollara obesidad; 65.8% refirió que sería poco probable o nada probable, finalmente un 2.2% no contesto. Por su parte, más de 90% de la población consideró que padecer obesidad es “grave o muy grave” Es decir, aunque la percepción respecto al sobrepeso, es correcta, se minimiza la posibilidad de agravamiento de la condición, lo que pone en riesgo de no efectuar cambios de comportamiento respecto a la alimentación y el ejercicio. (Uribe et al., 2018) (Barquera et al., 2020).

En la revisión de Hernández et al (2021), se obtuvieron las siguientes conclusiones: en áreas rurales se consume mayor proporción de vegetales, frutas, cereales y vitaminas; en zonas urbanas el consumo de grasas es mayor, de igual forma que los alimentos procesados y azúcares refinadas, y menor la ingesta de verduras, frutas y cereales; todo aunado al menor gasto calórico. Curiosamente, el sobrepeso y obesidad es muy similar en áreas rurales y urbanizadas.

De acuerdo a sexo, los hombres ingieren más proteína animal, grasas y bebidas alcohólicas, las mujeres consumen más carbohidratos y azúcares refinadas, tienen tendencia a tener periodos de ayuno prolongados y establecen una asociación entre comida y emociones, en ellas la prevalencia de obesidad esta incrementada. Un mayor poder adquisitivo sugiere un régimen nutricional hipocalórico y con tendencia a los alimentos naturales, además de mayor ejercicio físico estructurado. La cultura, forma parte fundamental, las costumbres, creencias y el nivel de educación no aseguran hábitos alimenticios saludables. (Rodríguez et al., 2020) (Hernández et al.,2021).

La obesidad es un problema que pone en riesgo la sustentabilidad del sistema de salud, por los altos costos que genera el tratamiento de las complicaciones, entre ellas la diabetes, debe ser abordado de manera integral, con una estrategia eficaz y aplicable desde el primer nivel de atención ya que es parte importante de la consulta de medicina familiar (de la Cruz et al., 2021).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el censo 2020 reporto 4,652,230 personas con diabetes, y fueron atendidas 2,989,864 con una prevalencia del 12.37, la diabetes es la segunda causa de atención médica en medicina familiar y la tercera causa de defunción. (Barragán et al.,2018).

Como parte de las estrategias del sector Salud, se encuentra el programa CADIMSS (Centro de atención a la diabetes IMSS), antes denominado DIABETIMSS, donde se conforman grupos de 4 pacientes, con un total de 4 grupos diarios a los que se les otorga sesiones educativas por enfermería y nutrición, además de la consulta de control mensual de enfermedades crónicas (diabetes y/o hipertensión arterial) donde se lleva el seguimiento de los pacientes y se evalúan cambios durante un periodo de 6 meses. (Riobo 2018) (Lineamientos para el Nuevo modelo de atención en los módulos DiabetIMSS).

Con la finalidad de conocer si existen cambios tanto clínicos como psicológicos al término de este programa CADIMSS, se aplicó el cuestionario de creencias y emociones erróneas acerca de la alimentación y el peso corporal, debido a que la mayoría de los instrumentos se enfocan a trastornos de conducta alimentaria. (Silva et al.,2019). Es interesante observar la interacción de creencias arraigadas, factores sociales, de índole educativa, afectiva inclusive de autoestima en la búsqueda de estrategias que se mantengan como parte de la vida diaria de estos pacientes ya que, de acuerdo a Carrillo et al., (2021) estos programas no solo reportan cambios metabólicos, además los resultados favorables medibles, presentan cambios al cabo de 3 años.

II. Antecedentes

En el mundo, en los últimos treinta años, la obesidad ha incrementado, hasta llegar a afectar a uno de cada 3 adultos. Según el “Estudio de Carga Global de la Enfermedad”, en el 2015, 10.8% de la mortalidad mundial se relaciona directamente con el sobrepeso y en el año 2016 esta cifra aumento a 12.3%. “Las penas con pan son menos” “A falta de amor, unos tacos al pastor” ...Estos son dichos populares que día con día se escuchan como parte de la vida diaria. En México en las últimas dos décadas, se ha documentado que algunas de las enfermedades asociadas a la obesidad, como diabetes e hipertensión arterial, sumaron una fuerte asociación al porcentaje de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población. Por lo que es un tema de gran relevancia en salud pública. Los factores individuales y sociodemográficos que se asocian al incremento en la prevalencia de obesidad son: bajo nivel socioeconómico, vivir en condiciones de inseguridad alimentaria, tener talla baja o ser mujer. (Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018-2019).

Entre las asociaciones más fuertes del sobrepeso y la obesidad, están las enfermedades metabólicas y de ellas la diabetes. En México, la diabetes representa una de las primeras causas de morbilidad, siendo de 10.3 la prevalencia nacional de acuerdo a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (Barquera et al., 2020).

En la búsqueda de las causas endógenas y exógenas que pudieran incidir en el fracaso de estas estrategias, mucho se ha hablado de los factores obesogénicos, prevalentes en la sociedad actual y desde hace poco más de 20 años se menciona para que los programas de educación nutricional sean efectivos en modificar la conducta alimentaria, se deben entender las necesidades, los comportamientos, las motivaciones y los deseos del grupo objetivo, es decir; tomar en cuenta que la mayor efectividad de una estrategia implica un enfoque holístico de la medicina y una atención con enfoque en el paciente. (Salazar et al.,2018) (Gómez et al., 2018).

De acuerdo con Flores et al., (2021), la diabetes es una de las 10 principales causas de muerte entre los adultos. La prevalencia de esta patología ha aumentado entre la población mexicana en relación con las encuestas anteriores de la ENSANUT de 2006, 2012, 2016 y ahora 2018-19. De 2006 a 2012 ha aumentado un 31,4%, y de 2012 a 2016 solo aumentó un 2,2%, mientras que en la actual Encuesta ENSANUT 2018-19 afecta al 11% de la población, frente al 9,4% en 2016. lo que supone un incremento del 1,6%. La mayoría de la población con diabetes o hipertensión arterial también tiene sobrepeso u obesidad, cifra que concuerda con la anterior ENSANUT de 2016.

En 2019, la Federación Internacional de Diabetes (FID) estimó la proyección global de diabetes para 2030 y 2045. Con una representación de 138 países, la prevalencia en 2019 se estimó en 9,3%, con la expectativa de que aumentara a 10,2% para 2030 y 10,9% para 2045. En México, a través de la encuesta ENSANUT 2018-19, esta proyección es muy visible, con una prevalencia actual del 11%, lo cual es una cifra alarmante y muy por encima del promedio mundial. En términos de sexo, las estadísticas de México 2018-19 coinciden con las reportadas por Balakumar, donde las mujeres tienen una prevalencia mayor que los hombres. Sin embargo, aunque existe una mayor prevalencia de diabetes en las mujeres, hay pruebas de que la mortalidad en los hombres es mayor que en las mujeres, especialmente entre las personas de 20 a 44 años (Flores et al.,2021).

Los factores involucrados en la adherencia al tratamiento son de carácter ambiental, personal y de relaciones, específicamente, con la pareja y con los profesionales de la salud. Por esta razón, los programas nutricionales y de activación física implementados para la reducción de peso deberán considerar los factores de tipo social y relacional, ya que desempeñan un importante papel. (García et al.,2020). El resultado es que las personas que hacen dieta desarrollan intensos sentimientos de privación, lo que los hace muy vulnerables a abandonar su dieta. Esto puede ser más visible en situaciones de estrés. Cuando se le somete a estrés o después de la inducción de emociones negativas, las personas que hacen dieta mostraron en

varios experimentos una mayor ingesta de alimentos en comparación con las personas que no hacen dieta. Por lo tanto, la dieta se considera un factor de riesgo para una mayor tendencia hacia la alimentación emocional. (Segura et al.,2019)

Un fenotipo conductual es un patrón o rasgo que incluye componentes motores, cognitivos, lingüísticos y sociales, observables. Un fenotipo de comportamiento alimentario es un constructo multidimensional integrado por diferentes procesos con características operativas propias que incluye diferentes manifestaciones conductuales en relación a la ingesta. (García et al.,2020).

Comprender los fenotipos relacionados con la obesidad sumado al avance en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes de cada fenotipo, permitiría identificar fenotipos de comportamiento alimentario que pueda emplearse en el abordaje clínico de la persona con obesidad. (García et al.,2020).

Un ejemplo es que ya existen estudios previos realizados en México, específicamente en el estado de Querétaro, donde se obtuvo como resultado que los puntajes de valor de la alimentación y de la saciedad se asociaron con un menor nivel socioeconómico y educativo, inseguridad alimentaria en el pasado, menor intención de perder peso y con percepción de bajo peso en los hijos. (Segura et al.,2019).

III. Fundamentación teórica

III.1 Obesidad y diabetes mellitus

La obesidad es definida como una enfermedad crónica, multifactorial y neuroconductual, en donde un aumento en la grasa corporal ocasiona la disfunción del tejido adiposo y un desequilibrio en las fuerzas físicas de la grasa corporal que desencadenará alteraciones metabólicas, biomecánicas y psicosociales con efectos deletéreos para la salud. (Hernández et al.,2021)

En el caso de los adultos, la OMS define: Sobrepeso: IMC igual o superior a 25. Obesidad: IMC igual o superior a 30. A su vez, se subdivide en grados: Grado I de 30 a 34.9, grado II 35 a 39.9 y grado III 40 y más (Hernández et al.,2021)

El Índice de Masa Corporal es el resultado del peso de una persona en kilogramos dividido entre el cuadrado de su altura en metros. El Índice de Masa Corporal de como una medida aislada, no se considera diagnóstico de la grasa corporal o como determinante la salud de la persona, su uso, sumado a la medición de circunferencia de cintura, pueden utilizarse como elementos de tamizaje para la estimación del peso en relación a la probabilidad de desarrollar enfermedades. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de práctica clínica. Actualización 2018.

Se ha establecido relación del sobrepeso y obesidad con más de 20 condiciones crónicas, entre ellas diabetes mellitus: ictus, apnea del sueño y más de 10 tipos de cáncer, entre ellos el cáncer de endometrio, cáncer de colon, cáncer de mama y la patología benigna de esta. (Petrova et al.,2020)

La diabetes mellitus, se define como una serie de trastornos metabólicos generalizados, donde el factor común es la hiperglucemia crónica y esta conduce

a daños graves vasculares, renales y oftálmicos, entre los más importantes (Carrillo et al., 2021)

Las metas de control establecidas por la ADA en 2020 son: Glucosa preprandial: 80-1130 mg/dl. (Carrillo et al., 2021)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el censo 2020 se encuentran registrados 4,652,230 personas con diabetes, y fueron atendidas 2,989,864 con una prevalencia del 12.37, la diabetes es la segunda causa de atención médica en medicina familiar y la tercera causa de defunción. (Barragan et al.,2018)

Hipertensión arterial

Las comorbilidades que pueden encontrarse entre los pacientes del programa CADIMSS se encuentra principalmente la hipertensión arterial, definida como una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea la sangre a las arterias para su circulación posterior por todo el cuerpo, esta se diagnostica ya sea por “determinación domiciliaria de la tensión arterial” la cual es realizada con mediciones secuenciales por paciente /familiar en domicilio con la técnica adecuada que consiste en: permanecer en una postura cómoda, sentada , con los brazos apoyados , el brazo de la toma semiextendido y en un ambiente tranquilo, sin ruido, el manguito debe colocarse a la altura del corazón y a 1 o 2 cm por encima del codo, el paciente no debe hablar, tener ropa cómoda, que no apriete el brazo, debe permanecer quieto mientras que se realiza la medición, evitar cruzar las piernas; o mediante MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial) la cual se estadifica de la siguiente forma:

Presión normal alta o limítrofe >- 130/85 a < 140/90

HAS Grado 1 >_140/90 a < 160/100 mm Hg

HAS Grado 2 >_160/100 a <180/110 mm Hg

HAS Grado 3 >_ 180/110 mm Hg

Y de acuerdo a criterios de la ADA 2020 la meta de control se establece con valores de TA: < 140/90 mmHg (GPC Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el adulto mayor)

Hipercolesterolemia

Al considerar a las patologías acompañantes de la diabetes mellitus, no se puede evitar mencionar la hipercolesterolemia y dislipidemias; entendiendo que los lípidos, son un almacén de energía del cuerpo humano, clasificados en simples y complejos. Entre los simples: colesterol y ácidos grasos y los lípidos complejos son los fosfolípidos y los triglicéridos. (Carrillo et al., 2021)

Se consideran como meta de acuerdo a la ADA los siguientes valores.

Colesterol total: < 200 mg/dL, colesterol HDL: > 40 mg/dL en hombres y > 50 mg/dL en mujeres, colesterol LDL: < 70 mg/dL y triglicéridos: < 150 mg/dL (Carrillo et al., 2021)

Y se establece como cifras en descontrol o hipertrigliceridemia (≥ 150 mg/dl), hipercolesterolemia (colesterol total ≥ 200 mg/dl) o dislipidemia mixta (hipertrigliceridemia más hipercolesterolemia) (Carrillo et al., 2021)

Aspectos psicológicos y conductuales

El papel los factores conductuales y de estilo de vida son determinantes tanto de causa del problema como del éxito del tratamiento, además, las consecuencias emocionales de la obesidad, son indiscutibles. (Bersh 2006)

A nivel de conducta, cuando se limita de forma voluntaria la ingesta dicho de otra manera, se “hace dieta”, los controles fisiológicos cambian de manera arbitraria por un control cognitivo; este con mayor posibilidad de fallar por la presión fisiológica (el hambre),estrés, ansiedad, estados de depresión , consumo de alcohol, los estímulos alimenticios y la relajación normal de la voluntad (Bersh 2006)

.Desde el ámbito psicológico, establece que algunos elementos contribuyen a la permanencia de la obesidad en ciertos pacientes. La comida tiene un papel como un objeto transicional en las primeras etapas del desarrollo, particularmente en occidente: se recurre a la comida como atenuante de incomodidad emocional de cualquier origen. (Bersh 2006)

La educación nutricional forma parte de las estrategias para la construcción de nuevos aprendizajes, para la toma de mejores decisiones respecto a la comida, con la finalidad de generar un mejor control de comorbilidades. Como lo menciona Diaz (2022) Múltiples estrategias se han emprendido para coadyuvar en el control de obesidad y otros padecimientos crónicos, como ejemplos el programa “CHECATE, MIDETE , MUEVETE” “PIERDE KILOS , GANA VIDA” Y DIABETIMSS, ahora CADIMSS.El funcionamiento de este programa consta de la atención individual por médico, área de nutrición y enfermería el mismo día de consulta; además de otorgar sesiones educativas y talleres grupales impartidos por estos servicios , los grupos estarán conformados por un total de 16 pacientes quienes reciben atención individualizada por el médico familiar, nutricionista dietista y enfermería con un tiempo de 20 minutos cada uno. Con seguimiento por 6 meses (Lineamientos para el Nuevo modelo de atención en los módulos DiabetIMSS)

La importancia de un programa multidisciplinario, entre otras situaciones radica en el mantenimiento del control glucémico y metabólico e indirectamente el control de peso a largo plazo. Con el uso del programa DESMOND el cual está dirigido a pacientes de reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 el cual, según los registros, ha tenido resultados esperados y los participantes cambian la idea de la enfermedad con su asistencia al programa, reflejados en la reducción del valor de HbA1c en los 3 meses posteriores al termino de este , lo que sugiere que pequeños cambios sostenibles pueden generar beneficios duraderos a largo plazo, además pone en evidencia que la educación en estos pacientes recién diagnosticados tiene efectos positivos en el bienestar emocional, ya que crea conciencia de la gravedad de la enfermedad y de sus complicaciones, mediante conocimiento y la

gravedad de la enfermedad y aumentando su compromiso para el tratamiento y control de esta, lo que posibilita al médico centrarse en el manejo del paciente y no en puntualizar aspectos sobre el padecimiento (Flores et al.,2021)

Instrumento de creencias y emociones erróneas acerca de la alimentación

Este fue desarrollado por las investigadoras Cecilia Silva y Karla Edith González Alcántara de la Universidad Nacional Autónoma de México, publicado en 2019. El instrumento se generó con la finalidad de contar con una herramienta confiable y válida para evaluar las emociones y creencias que tienen las personas acerca de la alimentación y peso corporal, debido a que la mayoría de los instrumentos se enfocan a trastornos de conducta alimentaria. (Silva et al.,2019)

Para su elaboración participaron un grupo de 12 jueces expertos en psicología, salud y alimentación, para el análisis de reactivos por muestreo no probabilístico participaron 1833 personas, entre hombres y mujeres estudiantes en su mayoría en nivel medio superior en escuelas públicas de la ciudad de México. (Silva et al.,2019)

La validez de constructo del instrumento es adecuada, se validó con CFI de 0.973 y RMSEA de 0.075. La confiabilidad se probó con α con resultados de 0.90 para la dimensión creencias erróneas acerca del control del peso corporal, 0.82 en la dimensión de experimentación de emociones agradables al comer y 0.78 en la dimensión de importancia que se le otorga al peso corporal. (Silva et al.,2019)

Es un cuestionario con respuestas en escala tipo Likert desde 1= Nunca 2 =Algunas veces 3=Frecuentemente 4= Siempre.

Contiene 3 dimensiones: creencias erróneas acerca del control del peso corporal, experimentación de emociones agradables al comer, e importancia que se le otorga al peso corporal. (Silva et al.,2019)

IV. Hipótesis

IV.1 Hipótesis de investigación

Existen cambios psicológicos y clínicos en pacientes diabéticos al término del programa CADIMSS

IV.2 Hipótesis de trabajo

IV.2.1

Ho. El índice de masa corporal (IMC) antes del inicio del programa CADIMSS, es \geq a 30 kg/m² a diferencia de \geq a 25 kg /m al concluir el programa.

Ha. El índice de masa corporal (IMC) después del inicio del programa CADIMSS, es $<$ a 30 kg/m² a diferencia de $<$ 25 kg /m² al concluir el programa.

IV.2.2

Ho. El promedio de glucosa en ayuno antes del inicio del programa CADIMSS es \geq 140 mg/dl a diferencia de \geq 120 mg/dl al concluir el programa

Ha. El promedio de glucosa en ayuno antes del inicio del programa CADIMSS es $<$ a 140 mg/dl a diferencia de $<$ a 120 mg/dl al concluir el programa.

IV.2.3

Ho. El promedio de hemoglobina glucosilada antes del inicio del programa CADIMSS gana vida es \geq 7% a diferencia de \geq 6.5 mg/dl al concluir el programa

Ha. El promedio de hemoglobina glucosilada antes del inicio del programa CADIMSS $<$ 7% a diferencia de $<$ 6.5 al concluir el programa.

IV.2.4

Ho. El promedio de colesterol total antes del inicio del programa CADIMSS es \geq 250 mg/dl a diferencia de \geq a 200 mg/dl al concluir el programa

Ha. El promedio de colesterol total antes del inicio del programa CADIMSS es $<$ a 250 mg/dl a diferencia de $<$ a 200 mg/dl al concluir el programa

IV.2.5

Ho. El promedio de triglicéridos antes del inicio del programa CADIMSS es \geq a 250 mg/dl a diferencia de \geq a 200 mg/dl al concluir el programa

Ha. El promedio de triglicéridos antes del inicio del programa CADIMSS es $<$ a 250 mg/dl a diferencia $<$ a 200 mg/dl al concluir el programa.

IV.2.6

Ho. El promedio de cifras presión arterial sistólica antes del inicio del programa CADIMSS es \geq a 140 mm/ Hg a diferencia de \geq a 120 mm /Hg al concluir el programa

Ha. El promedio de cifras de presión arterial sistólica antes del inicio del programa CADIMSS es $<$ a 140 mm/ Hg a diferencia de $<$ 120 mm /Hg al concluir el programa

IV.2.7

Ho. El promedio de cifras presión arterial diastólica antes del inicio del programa CADIMSS es \geq a 100 mm/ Hg a diferencia de \geq a 80 mm /Hg al concluir el programa

Ha. El promedio de cifras de presión arterial diastólica antes del inicio del programa CADIMSS es $<$ a 100 mm/ Hg a diferencia de $<$ 80 mm /Hg al concluir el programa

IV.2.8

Ho. Las creencias erróneas acerca de la alimentación, antes del inicio del programa CADIMSS se presenta \geq 50%, a diferencia de \geq 30% al concluir el programa

Ha. Las creencias erróneas acerca de la alimentación, antes del inicio del programa CADIMSS se presenta en $<$ 50%, a diferencia del $<$ 30% al concluir el programa

IV.2.9

Ho. La experimentación de emociones agradables al comer, antes del inicio del programa CADIMSS se presenta \geq 50%, a diferencia de \geq 30% al concluir el programa

Ha. La experimentación de emociones agradables al comer, antes del inicio del programa CADIMSS se presenta en menos de 50%, a diferencia del $<$ 30% al concluir el programa

IV.2.10

Ho. La importancia que se le otorga al peso corporal antes del inicio del programa CADIMSS se presenta $\geq 50\%$, a diferencia de $\geq 30\%$ al concluir el programa

Ha. La importancia que se le otorga al peso corporal, antes del inicio del programa CADIMSS se presenta en $< 50\%$, a diferencia del $< 30\%$ al concluir el programa

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar los cambios psicológicos y clínicos de pacientes del programa CADIMSS.

V.2 Objetivos específicos

V.2.1 Determinar los cambios de IMC antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

V.2.2 Determinar los cambios en las cifras de glucosa en ayuno antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

V.2.3 Determinar los cambios en las cifras de colesterol antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

V.2.4 Determinar los cambios en las cifras de triglicéridos antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

V.2.5 Determinar los cambios en las cifras de presión sistólica antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

V.2.6 Determinar los cambios en las cifras de presión diastólica antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

V.2.7 Determinar los cambios de acuerdo a las creencias erróneas acerca del control del peso corporal antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

V.2.8 Determinar los cambios de prevalencia de experimentación de emociones agradables al comer antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

V.2.9 Determinar los cambios de acuerdo a la importancia que se le otorga al peso corporal antes y después de pacientes del programa CADIMSS.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio observacional, longitudinal analítico de comparación antes y después.

VI.2 Población

Hombres y mujeres de 20 años y mayores que se integren al programa CADIMSS de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar 13, Querétaro y que posterior a invitación e información acepten participar en el estudio. En el periodo entre marzo y agosto de 2023.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Se trabajo con 168 pacientes que integraron el grupo CADIMSS

Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

- Integrantes del programa CADIMSS, de la UMF 13
- Pacientes que conozcan y acepten el consentimiento informado
- Pacientes de 20 años y mayores.

b. Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren tomando medicamento para el control de peso (orlistat, fentermina)

- Pacientes en control con nutriólogo particular
- Pacientes con antecedente diagnóstico de ansiedad o depresión

c. Criterios de eliminación

- Usuarios que no llenen la totalidad de la encuesta antes y al concluir el programa
- Pacientes que no cuenten con los datos clínicos completos en su expediente.
- Pacientes que durante el seguimiento desarrollen un criterio de exclusión.

Variables estudiadas

- Variables sociodemográficas: Edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil.
- Variables clínicas antes y después del programa CADIMSS: IMC (índice de masa corporal), peso, glucosa en ayuno, hemoglobina glucosilada, colesterol, triglicéridos, presión arterial sistólica y presión arterial diastólica
- Variables psicológicas antes y después del programa CADIMSS: Creencias erróneas acerca del control del peso corporal, experimentación de emociones agradables al comer, importancia que se le otorga al peso corporal.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Cuestionario de “Emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso”.

Este fue desarrollado por investigadoras Cecilia Silva y Karla Edith González Alcántara de la Universidad Nacional Autónoma de México, publicado en 2019. El instrumento se generó a partir de la necesidad de contar con una herramienta confiable y válida para evaluar las emociones y creencias que tienen las personas acerca de la alimentación y peso corporal, debido a que la mayoría de los instrumentos se enfocan a trastornos de conducta alimentaria.

La validez de constructo del instrumento es adecuada, se validó con CFI de 0.973 y RMSEA de 0.075. La confiabilidad se probó con α con resultados de 0.90 para la dimensión creencias erróneas acerca del control del peso corporal, 0.82 en la dimensión de experimentación de emociones agradables al comer y 0.78 en la dimensión de importancia que se le otorga al peso corporal.

Es un cuestionario con respuestas en escala tipo Likert desde 1= Nunca 2 = Algunas veces 3= Con frecuencia, 4= Siempre, otorgándose respectivamente el número de puntos a cada respuesta.

Contiene 3 dimensiones: creencias erróneas acerca del control del peso corporal, experimentación de emociones agradables al comer, e importancia que se le otorga al peso corporal.

La dimensión “creencias erróneas se analiza por medio de los ítems”: Pienso que todos los alimentos engordan, pienso que haga lo que haga, engordo, pienso que, aunque como poco, subo de peso, pienso que, aunque como poco, engordo; pienso que tiendo a ganar peso con mayor facilidad que otros, aunque coma saludablemente, gano peso.

La dimensión 2 “experimentación de emociones agradables al comer” Se analiza por medio de ítems: Comer es un placer, comer me hace feliz, disfruto comer, las horas de la comida son momentos agradables, comer me hace sentir tranquilo(a)

La dimensión 3 “importancia que se le otorga al peso corporal” Se analiza por medio de ítems: Pienso que engordar sería lo peor que me podría pasar, pienso que el peso de las personas es importante, cuando como de más me siento culpable, me fijo en el peso de las personas, creo que debiera hacer una dieta.

Se interpreta con la sumatoria de puntos de cada dimensión.

Se reunirá la información por medio de hoja de recolección de datos, posteriormente será concentrará en una base de datos única en programa SPSS versión 19.

VI.5 Procedimientos

Una vez obtenida la autorización por el comité local de ética e investigación, se solicitará permiso a las autoridades correspondientes de la UMF 13, Querétaro para realizar la investigación en el servicio correspondiente.

Previa plática con el personal de CADIMSS, se acudirá a la primera sesión informativa planeada, donde se informará a los pacientes en que consiste el protocolo. Durante este primer acercamiento se explicará el procedimiento, y el objetivo del protocolo, se aclararán dudas y se les invitara a participar en este, en caso de aceptar, se les proporcionara un consentimiento informado para su firma y posteriormente el cuestionario de “Emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso”.

Se solicitará el acceso al expediente de pacientes que aceptaron participar para recolectar información de variables clínicas: nivel de glucosa, presión arterial, hemoglobina glucosilada, etc. cada una antes y después del programa CADIMSS

VI.5.1 Análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva a través de medias, porcentajes, desviaciones estándar, intervalos de confianza. Estadística inferencial con prueba de T para muestras relacionadas y prueba de "Z" como intervalos de confianza. Los datos recopilados se analizaron utilizando IBM SPSS Statistics para Windows, versión 19.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación en salud y ética local e institucional para su revisión, evaluación y aceptación.

Se apegó a la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica mundial (AMM)- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adoptados en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Teniendo en cuenta especialmente los principios generales siguientes :7° “Principio La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales”. 8 ° Principio “Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación”. 10° Principio “Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes”. Y dentro de los principios de Privacidad y confidencialidad el 24° Principio “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal”.

Además, todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

Durante el estudio en caso de detectar pacientes en descontrol glucémico o metabólico, que requieran intervención por personal de salud se procederá a informar a la jefatura de departamento clínico para ser localizados y canalizados a

médico familiar. De igual manera, en caso de detectar pacientes con datos de depresión o ansiedad, para ser canalizados con médico familiar y otorgar el seguimiento correspondiente para su referencia a segundo nivel.

Durante todo el proceso los datos serán manejados de forma confidencial, a cada paciente se le asignará un número de folio, ningún dato personal de los pacientes se podrá identificar en cualquier presentación o publicación de resultados, los datos serán encriptados por medio de contraseña con acceso solo para investigador responsable.

El presente estudio permite obediencia al principio de beneficencia al hacer el interrogatorio y permitir conocer si los pacientes cuentan con alguna alteración de la cual se pueda proporcionar atención médica u orientación para beneficio de ellos.

No maleficencia; en todo momento se respeta la integridad del paciente y se evitan riesgos.

Justicia: se les invita a todos los pacientes del programa a participar.

Autonomía: todos los pacientes que ingresen al estudio lo hacen posterior a información y aclaramiento de dudas del estudio por decisión propia.

Se realizó una base de datos única y se almacenó en un disco duro extraíble con contraseña al resguardo del grupo de investigación.

VII. Resultados

Se completó la revisión de antes y después de 168 pacientes diabéticos del programa CADIMSS de la UMF 13.

El grupo de edad predominante fue el de 60 a 69 años es el que tiene la mayor frecuencia con 63 que representa el 37.5% (IC 95% 30.2 - 44.8), seguido del grupo de 50 a 59 años con frecuencia de 50 y el 29.8%. (IC 95% 22.9 - 36.5). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Grupos de edad de pacientes del programa CADIMSS

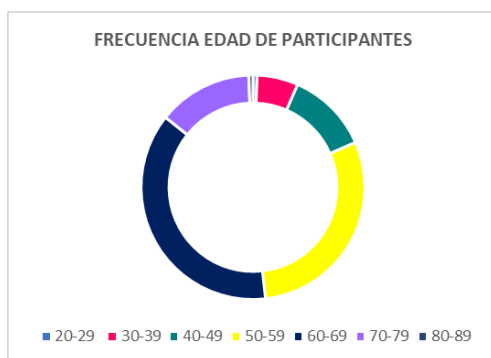
n= 168

Categoría (edad años)	(f)	%	IC 95%
1 (20-29)	1	.6	0.6 - 1.8
2 (30-39)	10	6.0	2.4 - 9.6
3 (40-49)	20	11.9	7 - 16.8
4 (50-59)	50	29.8	22.9 - 36.5
5 (60-69)	63	37.5	30.2 - 44.8
6 (70-79)	23	13.7	8.5 - 18.9
7 (80-89)	1	.6	.6 - 1.8

Significancia $p = \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

Grafico 1.



Fuente: Elaboración de la autora

Respecto al sexo, en el grupo CADIMSS el sexo con mayor prevalencia fue el femenino con 63.1% (IC 95% 55.8 – 70.4). Ver tabla 2

Tabla 2. Sexo de pacientes del programa CADIMSS

n= 168

	(f)	%	IC 95%
Femenino	106	63.1	55.8 – 70.4
Masculino	62	36.9	29.6 - 44.2

Significancia $p= \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

En el grupo CADIMSS, el estado civil más frecuentemente encontrado en los pacientes fue: casado con un 64.9 %, seguido del estado de viudez con el 13.7%.

Ver tabla 3.

Tabla 3. Estado civil de pacientes del programa CADIMSS

n= 168

	(f)	%	Desviación estándar
Soltero	19	11.3	6.5 - 16.1
Casado	109	64.9	57.7 - 72.1
Viudo	23	13.7	8.5 - 18.9
Separado	8	4.8	1.6 - 8
Conviviente	9	5.4	2 - 8.8

Significancia $p= \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

En el grupo CADIMSS el nivel de escolaridad que más se encontró entre los pacientes fue de educación básica completa con el 37.5%. Ver tabla 4.

Tabla 4. Escolaridad de pacientes del programa CADIMSS

n= 168

	(f)	%	Desviación estándar
Sin enseñanza	9	5.4	1.6 - 8
Educación básica incompleta	42	25.0	18.5 – 31.5
Educación básica completa	63	37.5	30.2 – 44.8
Educación media incompleta	8	4.8	1.6 - 8
Educación media completa	30	17.9	11.3 – 22.7
Educación superior incompleta	1	.6	0.6 – 1.8
Educación superior completa	12	7.1	3.2 – 11.0
Otros (posgrado, doctorado)	3	1.8	0.2 -1.8

Significancia $p= \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

El peso promedio de los pacientes del grupo CADIMSS antes del inicio del programa fue de 74.4 kg y al termino de este, el promedio fue de 74.6 kg. Ver tabla 5

Tabla 5. Reducción de peso promedio de antes y después de asistir al programa CADIMSS

n= 168

	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
Peso antes del programa CADIMSS	74.4	15.134	72.19-76.81	-.460	.646
Peso al término del programa CADIMSS	74.6	14.942	72.35-76.90		

Significancia $p= \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

El IMC promedio de los participantes del programa CADIMSS fue de 30.61 y al término del programa fue de 30.78. Ver tabla 6.

Tabla 6. IMC antes del inicio del programa CADIMSS y al término del programa

n= 168

	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
IMC antes del inicio del programa CADIMSS	30.61	5.623	29.76-31.47	-1.357	.177
IMC al término del programa	30.78	5.697	29.91-31.65		

Significancia $p = \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

El promedio de glucosa al inicio del programa CADIMSS fue de 162.93 mg/dl y al término de 162.46 mg/dl, el promedio de resultado de colesterol fue de 186.32 mg/dl al inicio y de 180.38 mg/dl al término, sin embargo, con una $p > 0.05$ no se considera significativo. El valor promedio de hemoglobina glucosilada al inicio del programa fue de 8.11% y al término del programa fue de 7.41%, el valor promedio de triglicéridos fue de 205.24 mg/dl al inicio y de 173.46 mg/dl al término del programa; ambos con una $p < 0.05$. Ver tabla 7

Tabla 7. Cambios en valores de control metabólico en pacientes antes del inicio del programa CADIMSS y al termino de este.

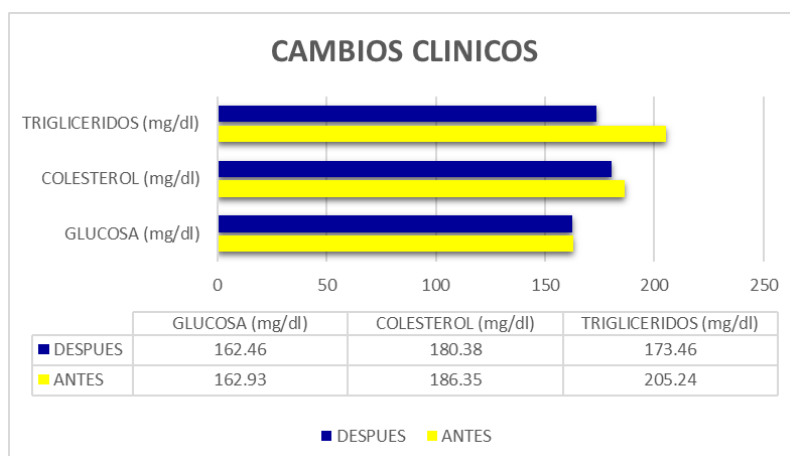
n= 168

	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
Glucosa al inicio	162.93	74.711	-37.348 - 38.289	.025	.980
Glucosa al termino	162.46	252.058			
Hba1c al inicio	8.11	2.033	.437 - .956	5.305	.000
Hba1c al termino	7.41	1.533			
Colesterol al inicio	186.35	49.393	-2.082 - 14.011	1.463	.145
Colesterol al termino	180.38	52.757			
Presión arterial sistólica al inicio	121.30	13.776	-.538 - 4.681	1.567	.119
Presión arterial sistólica al termino	119.23	13.646			
Presión arterial diastólica al inicio	77.21	11.708	-10.044 - 7.580	-.276	.783
Presión arterial diastólica al termino	78.44	57.057			
Triglicéridos al inicio	205.24	125.850	13.836 - 49.724	3.496	.001
Triglicéridos al termino	173.46	94.989			

Significancia p= ≤0.05

Fuente: Base de datos de protocolo

Gráfico 2.



Fuente: Elaboración de la autora

El resultado promedio de creencias erróneas acerca del control del peso corporal antes del programa CADIMSS fue de 9.46 y al término fue de 7.77, es decir un cambio significativo con $p < 0.05$. Ver tabla 8.

Tabla 8. Diferencia de puntaje promedio creencias erróneas acerca del peso corporal antes del inicio del programa y al término del programa CADIMSS

n= 168

	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
Creencias erróneas acerca del control del peso corporal al inicio del programa CADIMSS	9.46	3.807	1.192 - 2.201	6.636	.000
Creencias erróneas acerca del control del peso corporal al término del programa CADIMSS	7.77	2.908			

Significancia $p = \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

La evaluación por ítems en el rubro de creencias erróneas acerca del peso corporal muestra cambios hacia la reducción de puntaje, para todas las afirmaciones. Ver tabla 9

Tabla 9. Diferencia de puntaje promedio creencias erróneas acerca del peso corporal antes y después del programa CADIMSS (por ítem)

n= 168

	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
Pienso que todos los alimentos engordan antes	1.90	.951	.224-.514	5.028	.000
Pienso que todos los alimentos engordan al termino	1.53				
Pienso que haga lo que haga, engordo antes	1.85	.914	.236-.514	5.320	.000
Pienso que haga lo que haga, engordo al termino	1.48				
Pienso que, aunque como poco, engordo antes	1.91	.813	.192-.439	5.032	.000
Pienso que, aunque como poco, engordo, al termino	1.60				
Pienso que tiendo a ganar peso con mayor facilidad que otro antes	1.95	.903	.148-.423	4.099	.000
Pienso que tiendo a ganar peso con mayor facilidad que otros al termino	1.66				
Aunque coma saludablemente, gano peso antes	1.86	.863	.220-.483	5.277	.000

Aunque coma
saludablemente, gano 1.51
peso al termino
Significancia $p = \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

El promedio de puntaje de los pacientes para determinar la experimentación de emociones agradables al comer antes del inicio del programa fue de 16.26 y al termino fue de 15.71. Sin embargo, la reducción no fue significativa. Ver tabla 10

Tabla 10. Diferencia de puntaje promedio para emociones agradables al comer antes del inicio del programa y al término del programa CADIMSS

n= 168

	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
Experimentación de emociones agradables al comer al inicio del programa CADIMSS	16.26	3.742	.075 - 1.008	2.293	.023
Experimentación de emociones agradables al comer al término del programa CADIMSS	15.71	3.607			

Significancia $p = \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

La revisión por ítem del rubro: experiencias agradables al comer, evidencia que solo 2 de estos tuvieron resultados significativos, para “comer es un placer” y comer me hace feliz”. Ver tabla 11.

Tabla 11. Diferencia de puntaje promedio experiencias agradables al comer antes y después del programa CADIMSS (por ítem)

n= 168

	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
Comer es un placer, antes	3.15	.991	.030-.315	2.393	.018
Comer es un placer, al termino	2.98	1.075			
Comer, me hace feliz antes	3.18	.958	.062-.354	2.815	.005
Comer, me hace feliz al termino	2.98	1.032			
Disfruto comer; antes	3.30	.901	-.001-.215	1.957	.052
Disfruto comer; al termino	3.20	.884			
Las horas de la comida son momentos agradables antes	3.44	.748	-.105-.129	.201	.841
Las horas de la comida son momentos agradables al termino	3.43	.706			
Comer me hace sentir tranquilo antes	3.17	.935	-.081-.165	.669	.504
Comer me hace sentir tranquilo al termino	3.13	.919			

Fuente: Base de datos de protocolo

El promedio de puntaje de los pacientes para determinar cambios en la importancia que se le da al peso corporal al inicio fue de 12.75 y al termino de 13.62, siendo significativo. Ver tabla 12

Tabla 12. Diferencia de puntaje promedio importancia que se le da al peso corporal antes del inicio y al término del programa CADIMSS

n= 168

	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
Importancia que se le otorga al peso corporal, al inicio del programa CADIMSS	12.75	3.997	-1.488--.250	-2.770	.006
Importancia que se le otorga al peso corporal, al término del programa CADIMSS	13.62	3.544			

Significancia $p \leq 0.05$

Fuente: Base de datos de protocolo

La revisión por ítem del rubro: importancia que se le da al peso corporal, evidencia que solo 3 de estos tuvieron resultados significativos, para “pienso que el peso de las personas es importante”, “cuando como de más me siento culpable” “creo que debiera hacer una dieta”. Ver tabla 13.

Tabla 13. Diferencia de puntaje promedio importancia que se le da al peso corporal antes y al término del programa CADIMSS (por ítem)

n= 168

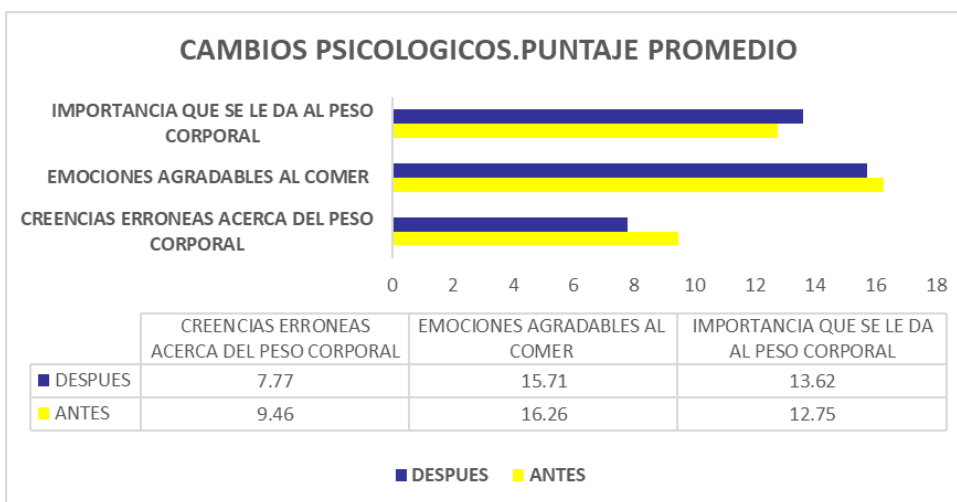
	Media	Desviación Estándar	IC 95%	t	p
Pienso que engordar sería lo peor que me podría pasar antes	2.62	1.152	-.312-.051	-1.424	.156
Pienso que engordar sería lo peor que me podría pasar al termino	2.75	1.131			

Pienso que el peso de las personas es importante antes	2.73	1.048	-.404--.048	-2.512	.013
Pienso que el peso de las personas es importante al termino	2.95	1.060			
Cuando como de más me siento culpable antes	2.55	1.173	-.573--.177	-3.745	.000
Cuando como de más me siento culpable al termino	2.92	1.143			
Me fijo en el peso de las personas antes	2.30	1.104	-.040-.290	1.494	.137
Me fijo en el peso de las personas al termino	2.18	1.112			
Creo que debiera hacer una dieta antes	2.55	1.088	-.448--.075	-2.772	.006
Creo que debiera hacer una dieta al termino	2.82	.989			

Significancia p= ≤0.05

Fuente: Base de datos de protocolo

Gráfico 3.



Fuente: Elaboración de la autora

VIII. Discusión

En la presente investigación el grupo de edad con mayor número de participantes fue de 60- 69 años, seguido del grupo de 50-59 años, es importante reconocer que estos pacientes se encuentran en edad productiva, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el censo 2020, se encuentran registrados 4,652,230 personas con diabetes, y fueron atendidas 2,989,864 con una prevalencia del 12.37, la diabetes es la segunda causa de atención médica en medicina familiar y la tercera causa de defunción. (Barragán et al.,2018)

Un tema importante a considerar es la escolaridad entre los participantes fue en su mayoría de educación básica incompleta, o educación básica completa, estos datos corresponden con la tendencia mostrada epidemiológicamente en donde los puntajes de valor de la alimentación y de la saciedad se asociaron con un menor nivel socioeconómico y educativo (Segura et al.,2019), en su mayoría; mujeres. Lo que podría ser un dato de importancia para que la estrategia educativa, en este grupo de personas se realice con énfasis en edad, escolaridad, y estilo de vida para tener mejores resultados y que permanezcan a largo plazo en la vida diaria. (Campos et al.,2018)

Entre las variables clínicas a las que se le dio seguimiento en el estudio se observó reducción del promedio de glucosa al termino programa CADIMSS en 0.47mg/dl la cual no fue significativa, sin embargo, el valor promedio de hemoglobina glucosilada al inicio de 8.11 % y al termino de 7.41 % por mencionar algunas de estas.

Los cambios encontrados en el área psicológica evaluada por el instrumento “Creencias erróneas acerca de la alimentación y el peso” al término del programa CADIMSS , se obtuvieron en los 3 rubros evaluados: creencias erróneas, emociones agradables al comer e importancia que se le da al peso corporal. En estudios previos se observa que la evaluación placentera o aversiva que se hace respecto de los alimentos y las situaciones asociadas con la conducta de ingesta, pueden propiciar un aumento o una disminución en el consumo. (Shamah et al.,2019)

Los resultados en México, determinaron que si existe asociación de síntomas depresivos con mayor IMC, donde la ingesta llamada emocional fungió como elemento mediador entre estas variables. Este comportamiento incrementa el riesgo de las personas a subir de peso, pues se comerá en exceso como medio para enfrentar emociones, condicionando mayor o menor relación con el incremento en la ingesta de cierta clase de alimentos (Palomino et al., 2020) De tal forma que si bien los factores emocionales o conductuales son importantes; la educación nutricional y la concientización y corresponsabilidad para el manejo de las morbilidades (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial) tienen efectos medibles en la relación con la comida, cantidad y calidad de esta, con la autopercepción y de esta manera se pueden obtener resultados favorables para la salud de los pacientes. (De la Cruz et al., 2018)(Riobo 2018).

Se ha evidenciado que al término del programa CADIMSS el cual incluye sesiones educativas con interacción grupal con áreas de nutrición clínica y enfermería, además de consultas médicas mensuales de seguimiento, se evidenciaron cambios en el pensamiento sobre la alimentación, incluso a pesar de ser gran parte de adultos mayores quienes con frecuencia tienen creencias muy arraigadas respecto a la comida, también en la importancia que se le da al peso corporal, y en la experimentación de emociones agradables al comer en menor medida, esto último pudiera ser reflejo cultural de México, pues el comer puede representar un símbolo de unión familiar o social, festejo, alegría más que una necesidad, especialmente de comida con mayor contenido de grasas o carbohidratos que puede desencadenar en personas susceptibles la sensación de bienestar o placer.

Se estudiaron las variables clínicas: nivel de glucosa sérica, valor de hemoglobina glucosilada, niveles de colesterol y triglicéridos, presión arterial sistólica y diastólica. El mayor cambio como predictor de control metabólico de antes y después fue el nivel de hemoglobina glucosilada. Aunque se incluyeron las variantes peso e índice de masa corporal, no se obtuvieron cambios importantes en la disminución de estos, más aún, se observó un incremento leve en el peso corporal promedio; este estudio no evaluó con especificidad los cambios en cuanto a composición corporal, por lo

que no es posible determinar si el peso que se mantuvo o incremento, sea por aumento de masa muscular en estos pacientes.

El programa CADIMSS estudiado, tuvo una duración de 6 meses, durante los cuales se encontraron participantes que no lo concluyeron, de acuerdo a los criterios de eliminación, estos esos registros fueron omitidos, de la misma manera algunos con resultados parciales de indicadores metabólicos.

Sin embargo, si fue posible observar que la estrategia educativa utilizada para estos pacientes es útil para generar cambios en la percepción de los pacientes de su enfermedad y para fomentar la corresponsabilidad para tener un resultado exitoso. La retroalimentación positiva influye favorablemente en estos participantes, además muchos de ellos, ven en las citas mensuales con sesiones educativas una oportunidad de convivencia con pares, y a este respecto, se podría considerar realizar una prueba en donde los grupos sean conformados por personas con un nivel de escolaridad similar para que el énfasis en temas más complicados sea mayor y así garantizar un mejor aprendizaje.

La relación que tenemos con la comida desde etapas tempranas de la vida, puede ser influenciada de manera favorable o desfavorable por el entorno familiar y social, los cambios logrados en adultos son importantes, ya que no en pocas ocasiones, estos adultos están al cuidado de niños o adolescentes, y tiene un papel fundamental en la creación de la relación de estos con la comida, que mejor que sea una buena relación, que fomente la preservación de la salud.

Se propone como línea de investigación el seguir la evolución y participación familiar para el mantenimiento o el fracaso de mejoras conductuales y metabólicas de los pacientes del programa CADIMSS.

IX. Conclusiones

- 1.- Existe disminución en el porcentaje de hemoglobina glucosilada al término del programa CADISS
- 2.- Existe disminución en cifra de triglicéridos al término del programa CADIMSS.
- 3.- Existe disminución de creencias erróneas acerca de la alimentación al término del programa CADIMSS.
- 4.- Existe disminución de emociones agradables al comer al término del programa CADIMSS
- 5.- Existe disminución de importancia que se le da al peso corporal al término del programa CADIMSS

IX. Propuestas

Se sugiere que las sesiones educativas de CADIMSS , que como se ha observado, si generan cambios psicológicos y clínicos en los pacientes, sean extensivas también para sus familiares con la finalidad de contar con “aliados” para el manejo no farmacológico de estos participantes, y aplicar el instrumento de “Creencias erróneas acerca de la alimentación y el peso” también para ellos.

Sería interesante realizar un familiograma de los participantes del grupo CADIMSS, para buscar investigar la asociación del tipo de familia con el resultado positivo o negativo de estos pacientes, al término del programa CADIMSS. Y posteriormente proponer algún nivel de intervención en grupos futuros.

Por último, como se había mencionado previamente, el tipo de personalidad, por ejemplo, tratándose de personas introvertidas, sus hábitos, y costumbres, la escolaridad, y condiciones especiales de los pacientes (quienes tienen déficit auditivo, visual, motor) podrían ser factores importantes para la buena, regular o mala respuesta a estas sesiones educativas. Formar grupos con personas que compartan ciertas características podría ser útil para que el reforzamiento se realice en ciertos temas más complejos o que sean de franca relevancia para el programa, y de esta forma se mejore el control metabólico de estos pacientes en respuesta a la estrategia CADIMSS.

El seguimiento através del tiempo en estos participantes del programa CADIMSS también es interesante para evaluar el cambio conductual a mediano y largo plazo.

Se propone como línea de investigación el seguir la evolución y participación familiar para el mantenimiento o el fracaso de mejoras conductuales y metabólicas de los pacientes del programa CADIMSS.

X. Bibliografía

Hernández-Corona, Diana Mercedes, Ángel-González, Mario, Vázquez-Colunga, Julio César, Berenice Lima-Colunga, Andrea, Vázquez-Juárez, Claudia Liliana, & Colunga-Rodríguez, Cecilia. (2021). HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS MEXICANOS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA. *Ciencia y enfermería*, 27, 7. Epub 12 de junio de 2021. <https://dx.doi.org/10.29393/ce27-7hadh60007>

Díaz Bess, Y. O., Torres Valiente, Y., Despaigne Pérez, C., & Quintana Martínez, Y. (2018). La obesidad: un desafío para la Atención Primaria de Salud. *Revista Información Científica*, 97(3), 680-690. [fecha de Consulta 27 de Octubre de 2023]. ISSN: Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551758527019>

Uribe-Carvajal R, Jiménez-Aguilar A, del Carmen Morales-Ruan M, Salazar-Coronel AA, Shamah-Levy T. Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pública de México* [Internet]. 2018 May ;60(3):254–62. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129551758&lang=es&site=ehost-live>

Barquera S, Hernández-Barrera L, Trejo-Valdivia B, Shamah T, Campos-Nonato I, Rivera-Dommarco J. [Obesity in Mexico, prevalence and trends in adults. Ensanut 2018-19.]. *Salud pública de México* [Internet]. 2020 Nov ;62(6):682–92. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=33620965&lang=es&site=ehost-live>

Rodríguez-Ramírez, S., Gaona-Pineda, E. B., Martínez-Tapia, B., Arango-Angarita, A., Kim-Herrera, E. Y., Valdez-Sánchez, A., Medina-Zacarías, M. C., Shamah-Levy, T., & Ramírez-Silva, I. (2020). Consumo de grupos de alimentos y su asociación con características sociodemográficas en población mexicana. *Ensanut 2018-19. Salud Pública De México*, 62(6, Nov-Dic), 693-703. <https://doi.org/10.21149/11529>

de la Cruz, L., & Garduño, J. (2021). Bebidas azucaradas: la batalla contra el sobrepeso y la obesidad en México. *Revista Digital Universitaria*, 22(3) <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.3.6>

Riobó Serván, Pilar. (2018). Pautas dietéticas en la diabetes y en la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 35(spe4), 109-115. Epub 28 de septiembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2135>

Barragán, Rocío, Rubio, Llorenç, Portolés, Olga, Asensio, Eva M, Ortega, Carolina, Sorlí, José Vicente, & Corella, Dolores. (2018). Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1090-1099. Epub 20 de enero de 2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1809>

Lineamientos para el Nuevo modelo de atención en los módulos DiabetIMSS

Silva, Cecilia, & González Alcántara, Karla Edith. (2019). Cuestionario de emociones y creencias acerca de la alimentación y el peso (CECAP). *Actualidades en Psicología*, 33(127), 37-48. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v33i127.34778>

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018-2019)

Campos Mondragón, Martha Gabriela, & Cruz López, Alfredo. (2018). Estilos de aprendizaje e indicadores de obesidad en adultos usuarios del primer nivel de atención en salud. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(1), 34-44 <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.449>

Salazar-Coronel, A. A., Martínez-Tapia, B., Mundo-Rosas, V., Gómez-Humarán, I. M., & Uribe-Carvajal, R. (2018). Conocimiento y nivel de comprensión de la campaña Chécate, Mídete, Muévete en adultos mexicanos. *Salud Pública De México*, 60(3, may-jun), 356-364. <https://doi.org/10.21149/8826>

Flores-Payan, L., Hernández-Corona, D. M., & González-Heredia, T. (2021). Multidimensional analysis of health in Mexico: implementation of fuzzy sets. *BMC public health*, 21(1), 944. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10988-2>

García-Mendoza F., Ruvalcaba -Ledezma J. C. (2020) Adherencia al tratamiento en personas con sobrepeso y obesidad: análisis desde el modelo de Bronfenbrenner. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(1), 127-138.

Petrova, D., Salamanca-Fernández, E., Rodríguez Barranco, M., Navarro Pérez, P., Jiménez Moleón, J. J., & Sánchez, M. J. (2020). La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones [Obesity as a risk factor in COVID-19: Possible mechanisms and implications]. *Atencion primaria*, 52(7), 496–500. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.003>

Díaz Aguilera, M. (2022). Presentación de la Estrategia Mexicana para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 30(2), 9. Recuperado de <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1222>

Segura-Serralta, Mara, Perpiñá, Conxa, Ciscar, Sonia, Blasco, Lorena, Espert, Raúl, Romero-Escobar, Cristina, Domínguez, José-Ramón, & Oltra-Cucarella,

Javier. (2019). Executive functions and emotion regulation in obesity and eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 36(1), 167-172. Epub 26 de abril de 2021. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2016>

Carrillo-Medrano, J., Villegas-Saldívar, K., & Martínez-Caldera, E. (2021). Control metabólico posterior al egreso del programa DiabetIMSS / Metabolic control after discharge from the DiabetIMSS program. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 59(4), 264-273. Recuperado de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/3909

GPC Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el adulto mayor

Bersh, Sonia. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546. Retrieved October 06, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000400007&lng=en&tlng=es.

Shamah-Levy, Teresa, Campos-Nonato, Ismael, Cuevas-Nasu, Lucía, Hernández-Barrera, Lucía, Morales-Ruán, María del Carmen, Rivera-Dommarco, Juan, & Barquera, Simón. (2019). Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Pública de México*, 61(6), 852-865. Epub 21 de abril de 2021. <https://doi.org/10.21149/10585>

Palomino-Pérez, Ana María. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 286-291. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>

De La Cruz Yamunaque, E., Abril-Ulloa, V., Arévalo Peláez, C., & Palacio Rojas, M. (2018). Subestimación del índice de masa corporal a través de la autopercepción de la imagen corporal en sujetos con sobrepeso y obesidad. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(3), 235-240. [fecha de Consulta 27 de Octubre de 2023]. ISSN: 0798-0264. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55963208010>

Gómez, Ángela, Palacio, J., Jaramillo, A., & Rosero, R. (2018). Leptina: más que una adipocina, una herramienta para la comprensión de la obesidad y el riesgo cardiovascular. *Revista Colombiana De Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 5(3), 28–32. <https://doi.org/10.53853/encr.5.3.431>

XI. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“Cambios psicológicos y clínicos en pacientes con alteraciones metabólicas usuarias del programa CADIMSS”

Nombre: _____

NSS: _____

Folio: _____

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		
EDAD 1.	GENERO 1. Femenino 2. Masculino	ESTADO CIVIL 1. soltero 2. casado 3. viudo 4. separado 5. conviviente
ESCOLARIDAD 1. Sin enseñanza 2. educación básica incompleta 3. educación básica completa 4. educación media incompleta 5. educación media completa 6. educación superior incompleta 7. educación superior completa 8. Otros (posgrado, doctorado)	OCUPACION 1. estudiante 2. empleado 3. obrero 4. sin ocupación	PESO ANTES DEL INICIO DEL PROGRAMA
		PESO AL TERMINO DEL PROGRAMA
		TALLA
IMC a. 18.5 – 24.9 =Peso normal b. 25.0 a 29.9 =Sobrepeso c. > 30 =Obesidad	PORCENTAJE DE CAMBIO DE PESO 1. Pérdida significativa: Una semana 1 –2% Un mes 5% Tres meses 1.5%. Seis meses 10%	CIFRA DE GLUCOSA ANTES DEL INICIO DEL PROGRAMA

d. >30 – 34.9 =Obesidad grado 1 e. >35 – 39.9 =Obesidad grado 2 f. > 40 =Obesidad grado 3 ANTES: DESPUES:	2.Pérdida severa: Una semana >2% Un mes >5% Tres meses >1.5% Seis meses >10%	CIFRA DE GLUCOSA AL TERMINO DEL PROGRAMA				
		CIFRA DE COLESTEROL ANTES DEL INICIO DEL PROGRAMA				
		CIFRA DE COLESTEROL AL TERMINO DEL PROGRAMA				
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	ANTES		PRESION ARTERIAL DIASTOLICA	ANTES		
	DESPUES			DESPUES		
CIFRA DE TRIGLICERIDOS						
ANTES DEL INICIO DEL PROGRAMA AL TERMINO DEL PROGRAMA						
DM 2 1. Si 2. No		CONSULTA PREVIA EN NUTRICION 1. Una consulta 2. Más de una consulta 3. Ninguna		HEMOGLOBINA GLUCOSILADA ANTES DEL INICIO DEL PROGRAMA		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL 1. Si 2. No				HEMOGLOBINA GLUCOSILADA ANTES DEL INICIO DEL PROGRAMA		
CREENCIAS ERRONEAS ACERCA DEL CONTROL DEL PESO CORPORAL AL INICIO DEL PROGRAMA CADIMSS						
			1	2	3	4
INDICADOR			Nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Siempre
Pienso que todos los alimentos engordan						
Pienso que haga lo que haga, engordo						
Pienso que, aunque como poco, subo de peso						
Pienso que tiendo a ganar peso con mayor facilidad que otros						

Aunque coma saludablemente, gano peso				
EXPERIMENTACION DE EMOCIONES AGRADABLES AL COMER				
Comer es un placer				
Comer me hace feliz				
Disfruto comer				
Las horas de la comida son momentos agradables				
Comer me hace sentir tranquilo(a)				
IMPORTANCIA QUE SE LE OTORGA AL PESO CORPORAL				
Pienso que engordar sería lo peor que me podría pasar				
Pienso que el peso de las personas es importante				
Cuando como de más me siento culpable				
Me fijo en el peso de las personas				
Creo que debiera hacer una dieta				

XI.2 Instrumentos


CUESTIONARIO DE EMOCIONES Y CREENCIAS ACERCA DE LA ALIMENTACION Y EL PESO (CECAP)

Autores: Cecilia Silva. Karla Edith González Alcántara

Instrucciones: Favor de marcar con una "X" la respuesta que coincida con su emoción o creencia de cada enunciado.

	1	2	3	4
	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Pienso que todos los alimentos engordan				
Pienso que haga lo que haga, engordo				
Pienso que, aunque como poco, subo de peso				
Pienso que, aunque como poco, engordo				
Pienso que tiendo a ganar peso con mayor facilidad que otros				
Aunque coma saludablemente, gano peso				
Comer es un placer				
Comer me hace feliz				
Disfruto comer				
Las horas de la comida son momentos agradables				
Comer me hace sentir tranquilo(a)				
Pienso que engordar sería lo peor que me podría pasar				
Pienso que el peso de las personas es importante				
Cuando como de más me siento culpable				
Me fijo en el peso de las personas				
Creo que debiera hacer una dieta				

XI.3 Carta de consentimiento informado.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION (ADULTOS)		
Nombre del estudio:	1.Cambios psicológicos y clínicos en pacientes diabéticos del programa CADIMSS”	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	Querétaro dd/mm/2023	
Número de registro:	Pendiente	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>En México, la tercera parte de la población padece obesidad, la cual se presenta por una mezcla de factores, entre ellos: “comer de más” poca actividad física, medio ambiente en el que se desenvuelve, algunas emociones y como las maneja son algunos de ellos. La obesidad se asocia a diversas enfermedades: diabetes mellitus, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer que condicionan diversas complicaciones a la salud que pueden producir incapacidades o secuelas de personas en edad productiva. El programa CADIMSS, aunque en sentido estricto no es nuevo, ha conjuntado las mejores prácticas de programas previos es importante ya incluye la participación individualizada del médico familiar y nutricionista dietista, así como la intervención de la enfermera en las sesiones educativas y talleres., por lo que resulta interesante determinar si hay cambios físicos y emocionales en pacientes que ingresan a este programa.</p>	
Procedimientos:	<p>Si usted acepta, su participación consistirá en responder un cuestionario al inicio y al término del programa (un aproximado de 6 meses después) para determinar los cambios psicológicos y clínicos posteriores al programa CADIMSS, para ello se le asignará un espacio apropiado en donde se llevan a cabo las sesiones educativas. Al concluirlo, se le informará inmediatamente su resultado y si usted lo desea, se le ofrecerá orientación y consejería</p> <p>No es un cuestionario de inteligencia o de salud mental.</p> <p>No hay respuestas correctas o incorrectas</p>	
Posibles riesgos y molestias:	<p>Puede presentar incomodidad o dudas al responder el cuestionario, si esto ocurre. Coméntelo inmediatamente con su entrevistador.</p>	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Obtendrá una mejor comprensión acerca de la gestión de emociones y en la toma de decisiones para elegir alimentos saludables para el participante y su familia.</p> <p>Destruir creencias tabúes acerca de la obesidad</p>	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Se le informará inmediatamente sus resultados y si lo desea, se le ofrecerá orientación y consejería. De encontrarse algún problema en encuesta psicológica se notificará a médico para que se dé el debido seguimiento, así como se brinda orientación directa por parte de la investigadora</p>	
Participación o retiro:	<p>Usted es libre de decidir si participa en el estudio y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención médica, dotación de medicamentos o cualquier otro servicio que usted solicite en el IMSS</p>	
Privacidad y confidencialidad:	<p>Desde que usted firma la carta consentimiento informado, los datos personales obtenidos serán manejados solo por el investigador principal y toda información será confidencial, de manera que no se pueda identificar su nombre, numero de seguridad social en cualquier publicación que surja de este estudio y sus datos quedaran al resguardo de la institución por un periodo de 6 años.</p>	
Declaración de consentimiento:	Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No acepto participar en el estudio</p> <p>Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma</p>	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	<p>Médico familiar. Dra. Roxana Gisela Cervantes Becerra. Matricula 99231570 Adscripción UMF 11 IMSS QUERETARO Tel. 442 291 0361 Correo Electrónico: roxana.cervantes@imss.gob.mx</p>	
Colaboradores:	Médico General Yasmin Parra Patiño.	

Residente de medicina familiar UMF 15 OOAD Querétaro.
Teléfono 442 220 9797 correo electrónico yasminmd83@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comisión de Ética en Investigación en Salud de IMSS OOAD Querétaro, localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del HGR 1, ubicado en Av. 5 de febrero 102 colonia centro. C.P. 76000 Querétaro, Qro. De lunes a viernes de 08 a 16:00 hrs. Teléfono 442 2112337 en mismo horario. Correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del paciente participante

Dra. Yasmin Parra Patiño
Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013