



División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Nutrición Humana

Reporte de servicio social

Factores sociodemográficos y nutricionales asociados a diagnóstico depresivo en adultos de 27 a 59 años del Centro de Salud Dr. David Fragoso Lizalde

Presenta: Jimena Yareli Bustos Cerón 2182034584

Lugar de realización: Centro de Salud T-III Dr. David Fragoso Lizalde

Periodo de realización: 1ro de agosto 2022 - 31 de julio 2023

Asesor: M. en C. María Magdalena Sánchez Jesús

**Fecha en que presentan el reporte:
21 de abril del 2024**

ÍNDICE

I MARCO DE REFERENCIA	5
II MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Depresión.....	6
2.1.1 Diagnóstico	8
2.2 Depresión y nutrición	8
2.2.2 Influencia nutricional sobre el estado hormonal y de neurotransmisores.	9
2.3 Tratamiento nutricional.....	9
III JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
IV OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
4.1 Objetivo General.....	11
4.2 Objetivos Específicos	11
V METODOLOGÍA	11
5.1 Descripción de las características y actividades programadas en el servicio	11
5.2.1 Tipo de estudio	13
5.2.2 Variables de estudio (clasificación, definición operacional y control de sesgos).....	13
5.2.3 Población blanco y en estudio	14
5.2.4 Recursos humanos, de infraestructura y materiales.	14
5.2.5 Procedimiento general.	14
5.2.6 Análisis estadístico.....	15
5.2.7 Aspectos éticos.....	15
VI DESCRIPCION DE METAS LOGRADAS POR ACTIVIDAD REALIZADA.....	16
VII RESULTADOS.....	17
7.1 Caracterización de la población en estudio.....	17
7.2 Frecuencia de consumo	19
7.3 Depresión y enfermedades crónicas	19

VIII DISCUSIÓN	23
IX CONCLUSIONES	26
X RECOMENDACIONES	26
XI REFERENCIAS	27
ANEXOS	30
Cedula de Microdiagnóstico (Anexo 1).....	30
Cuestionario sobre la Salud del Paciente PHQ-9 (Anexo 2).....	32
Consentimiento informado (Anexo 3).....	33
Anexo (4 a 7).....	34
Anexo 4. Folleto de Plan de alimentación	34
Anexo 5. Folleto de Hipertensión arterial	34
Anexo 6. Folleto Selectividad alimentaria	34
Formato “Creando mi menú semanal”	34
Anexo (8 a 11).....	35
Anexo 10. Folleto “Alimentación durante el embarazo”	35
Anexo (12 a 16).....	36
Anexo (16 y 17).....	37
Anexo (18 y 19).....	38

RESUMEN ESTRUCTURADO

Durante las últimas décadas se ha estudiado con mayor profundidad la salud mental y las enfermedades o factores de riesgo que pueden asociarse. La depresión ha tenido mayor prevalencia desde la pandemia por Covid-19, se estima que 3.6 millones de mexicanos la presenta y el uno por ciento de ellos son casos severos, de acuerdo datos de la Secretaría de Salud. (1) Por otro lado, la mala nutrición en México continúa siendo un problema relevante que aqueja la salud pública en el país, la alimentación se ha modificado en los últimos años por la pandemia y las cifras de sobrepeso y obesidad van en aumento, al igual que la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, hipertensión, entre otras. Actualmente 39% de las mujeres de 20 años o más y 31.8% de los hombres de la misma edad tienen obesidad. (2)

Se han identificado factores nutricionales que influyen en el desarrollo y evolución de la depresión y se ha reportado que la intervención nutricional logra ser beneficiosa en el tratamiento de dicho padecimiento.

El objetivo de esta investigación fue conocer los factores sociodemográficos y nutricionales relacionados con la presencia de depresión en pacientes del Centro de Salud T-III Dr. David Fragoso Lizalde. Se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) y la Cédula de Microdiagnóstico para determinar la presencia de depresión y los factores relacionados. Durante la obtención de los datos se realizaron múltiples trabajos de apoyo nutricional en materia de educación y orientación alimentaria. Se realizó un análisis estadístico con el software JPM-17.0 SAS, donde de acuerdo a los resultados del estudio se observó que las mujeres tienen mayor prevalencia de presencia de depresión, y que patrones alimentarios donde se encuentre aumentado el consumo de carnes, lácteos y pocas comidas al día influyen en la presencia de depresión.

I MARCO DE REFERENCIA

La Secretaría de Salud de la ciudad de México oferta a la población atención médica en sus unidades de primer nivel, las cuales están conformadas por los centros de salud. Éstos se dividen en 3 tipos:

- Centros de salud T-I: cuentan con los servicios básicos como son consultorio de medicina familiar y enfermería.
- Centros de Salud T-II: se conforman de unidades que integran adicionalmente odontología, nutrición o psicología.
- Centros de Salud T-III: Son unidades más amplias y con mayor capacidad de consultorios y espacios, además de las especialidades ya mencionadas también pueden contar con un área de epidemiología, rayos x o laboratorio.

En la Ciudad de México cada alcaldía tiene sus propias unidades de salud. El Centro de Salud T-III Dr. David Fragoso Lizalde está ubicado en la alcaldía Tlalpan, comprende 11 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBS) pertenecientes al Pueblo de San Pedro Mártir, localidad que pertenece a los once pueblos de la Alcaldía. Inicia a la altura del km. 20 de la Carretera Federal México-Cuernavaca y se accede a la ciudad por las avenidas Insurgentes Sur o Viaducto Tlalpan. (3)

El Centro de Salud T-III Dr. David Fragoso Lizalde ofrece los servicios que se presentan en la tabla 1. La población prevalente son adultos sin seguridad social, ofreciendo la gratuidad del servicio y medicamentos, las patologías más frecuentes son enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes e hipertensión), cuenta con diferentes programas de atención en salud a mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, adolescentes y adulto mayor.

Consultorios de consulta general	Epidemiología	Control de zoonosis
Consultorio de salud bucal	CEYE	Salud materna y perinatal
Inmunizaciones	Psicología	Planificación familiar y servicios amigables
Farmacia	Nutrición	Electrocardiograma y espirometría
Almacén	RPBI	Prevención de Ca en la mujer
Activo fijo	Médico en tu casa	Manejo VIH/SIDA e ITS
Laboratorio clínico	Atención integral al niño y control de niño sano	Control de micobacteriosis
Módulo salud en tu vida	Módulo de curaciones y toma de DOC	Toma de pruebas SARS COV-2
Consultorio de enfermedades crónico-degenerativas	Vigilancia Epidemiológica	UNEME (Unidad de Especialidades Médicas)
Elaboración propia a partir de Proyecto Microdiagnóstico de Salud , 2023		

II MARCO TEÓRICO

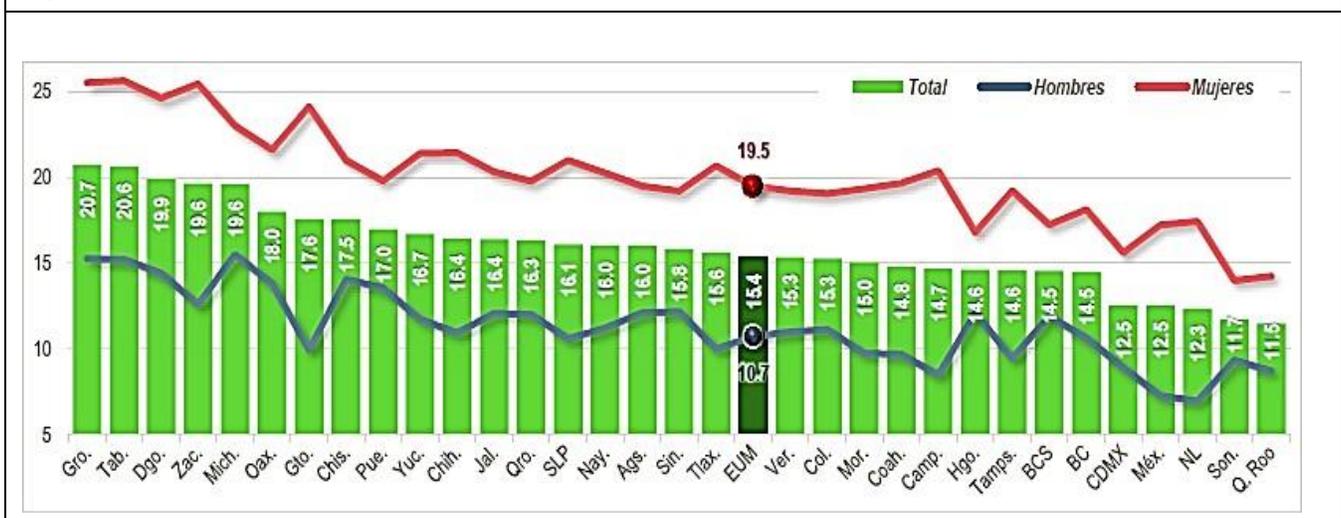
2.1 Depresión

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la depresión es una enfermedad común y grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunos tipos de depresión pueden aparecer en familias, sin embargo, también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. (4)(5)

Según datos de la Organización mundial de la Salud, actualmente la depresión constituye un grave problema de salud pública en todo el mundo, se estima que el 5% de la población adulta tiene depresión y que esta afecta en mayor medida a las mujeres. Este padecimiento tiene un impacto significativo en la calidad de vida, y se encuentra dentro de las primeras causas de suicidio. (6) Además se conoce que estar cargada de mitos, tabúes, y creencias que limitan su diagnóstico y tratamiento. Actualmente se conocen diversos tratamientos para la depresión, los cuales van ligados al grado de depresión que el individuo presente, este grado puede determinarse con base a los síntomas, lo que puede resultar en depresión leve, moderada y grave. Muchos adultos jóvenes con síntomas depresivos no reconocen los propios síntomas al principio, pero pueden experimentar ideas suicidas. Por lo tanto, estudiar las características de la depresión leve de los adultos jóvenes es importante para la intervención temprana apropiada y un mejor pronóstico. (6)

De acuerdo con la “Primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021” El propósito es difundir la información estadística sobre distintas dimensiones de la medición del bienestar de la población adulta en México. Las proporciones de población de ambos sexos con síntomas de depresión asciende a 15.4%, sin embargo, entre las mujeres la proporción es más alta, alcanzando 19.5% con síntomas depresivos. Por entidad federativa los porcentajes más altos de síntomas de depresión los presentan las poblaciones adultas de Guerrero, Tabasco y Durango, mientras los porcentajes más bajos las de Quintana Roo, Sonora y Nuevo León. (Figura 2) (7)

Figura. 2 Porcentaje de población con síntomas de depresión por entidad federativa. (ENBIARE 2021)



En el diagnóstico del Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2020-2024, se señaló que los trastornos mentales en México presentan una creciente prevalencia y contribuyen de forma importante a la morbilidad, a la mortalidad prematura y a una creciente discapacidad psicosocial. En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se señaló que, de acuerdo con estadísticas del INEGI, el número de personas con alguna limitación física o mental ascendió a 5.7 millones. (8)

La depresión es una enfermedad en la que factores biológicos y sociales interactúan con las características individuales. Es por lo que su estudio requiere de múltiples perspectivas para entender la relación entre cerebro, pensamiento, emoción y conducta, sin dejar de lado la salud física, como el estado de nutrición. Se han encontrado variables asociadas con la depresión en las que destacan, ser mujer y jefa de familia, dedicarse exclusivamente al hogar o ser cuidador(a), un nivel socioeconómico bajo, el desempleo, el aislamiento social, problemas legales, violencia, consumo de sustancias adictivas, migración y otros factores relacionados a la inseguridad o crisis económicas. (9)

La depresión es prevenible, detectable y tratable, sin embargo, el desafío se presenta en la falta de acceso al tratamiento oportuno y de calidad. En países de recursos e ingresos bajos se estima que un 76 y 85% de la población que presentan trastornos mentales carece de acceso al tratamiento, sumándole que son aún más escasas las personas que reciben el diagnóstico.

En México son limitados los estudios que documentan las prevalencias de síntomas de depresión, su diagnóstico o su cobertura en atención. (10)

2.1.1 Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión principal es con 5 o más de los siguientes síntomas, la presencia de los dos primeros es obligada:

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- 2) Pérdida del interés de actividades previamente placenteras.
- 3) Aumento o pérdida de peso.
- 4) Agitación o lentitud psicomotriz.
- 5) Fatiga o pérdida de energía.
- 6) Sentimientos de inutilidad o culpa.
- 7) Disminución de la capacidad para concentrarse.
- 8) Pensamientos recurrentes de muerte.

Se han desarrollado diversos programas para la depresión que recomiendan instrumentos estandarizados. Hay varios instrumentos para identificar casos de depresión. (6) Sin embargo, sus ventajas no se han determinado completamente, y la literatura muestra contradicciones.

El Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) es una escala de tamizaje que mide la presencia y severidad de síntomas depresivos, es más corto que la mayoría de las escalas de detección de depresión y sobresale por su precisión, brevedad, dominio público, facilidad de aplicación, interpretación y puntuación. Se tradujo a más de 20 idiomas y es usado en muchos países. Está compuesto por nueve síntomas colocados en una escala que evalúa la presencia de síntomas en las últimas dos semanas («nada en absoluto», «varios días», «más de la mitad de los días» y «casi todos los días»), tiene un puntaje de 0 a 3 y alcanza el puntaje total entre 0 y 27. (11)

2.2 Depresión y nutrición.

La Organización Mundial de la Salud previó que para el año 2020 la depresión alcanzaría el segundo lugar entre las enfermedades discapacitantes y datos recientes estiman que para el 2030 ocupe el primer lugar de no se realizan cambios en materia de salud pública. (12) La depresión se han asociado al mayor riesgo del desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, epilepsia, accidentes cerebrovasculares, demencia de Alzheimer y cáncer, además está fuertemente relacionada a la

presencia de obesidad, diversos autores mencionan que la depresión se puede presentar de manera prospectiva a la obesidad y curiosamente también se puede relacionar de manera previa al desarrollo de la obesidad. (12)

Actualmente se reconoce el impacto del estilo de vida en el desarrollo y prevención de múltiples enfermedades, entre ellas las enfermedades mentales. Debido a que la alimentación saludable es un componente importante de la promoción de estilo de vida, en los últimos años se ha estudiado la relación entre la dieta de los individuos y la depresión con el objetivo de identificar factores o características que se asocian a desarrollar la enfermedad y conocer qué tipo de dietas son mejores para prevenir y tratar los síntomas depresivos. (13)

Por otra parte, el aumento en las cifras de obesidad, actualmente un problema de salud pública está fuertemente relacionado con la presencia de depresión y se han estudiado las consecuencias de este binomio, entre ellas el deterioro de la salud, de la funcionalidad, el impacto negativo del nivel socioeconómico y el aumento de gastos en salud. (9)

2.2.2 Influencia nutricional sobre el estado hormonal y de neurotransmisores.

Se han estudiado en los últimos años las estructuras biológicas que se conectan con la depresión, y se ha observado que el tipo de nutrición y otros factores relacionados al estilo de vida activan vías hormonales, de neurotransmisión y señalización, esto debido a la conexión existente entre el cerebro-intestino.

La nutrición influye directamente en la función adecuada de la microbiota intestinal, y está relacionada con el funcionamiento de sistemas cerebrales que incluyen neurotransmisores, por lo que influye con la presencia de trastorno afectivo, estrés y percepción del dolor, incluso se ha observado que inadecuados patrones de alimentación, el abuso de antibióticos y la ausencia del consumo de probióticos y prebióticos provocan alteraciones en la microbiota intestinal que desencadenan alteraciones que favorecen comportamientos adictivos o depresivos. (12)

2.3 Tratamiento nutricional.

Entre las características de la dieta más estudiadas para prevenir y tratar la depresión, resalta el consumo suficiente de frutas y verduras, de ácido fólico, de ácidos grasos poliinsaturados y la vitamina D, entre otras. Por otro lado, los factores alimenticios que mayormente se asocian a

la aparición de la depresión es el consumo bajo de fibra y alto de alcohol o de alimentos ultraprocesados. (14)(15)

Diversos estudios han demostrado que el consumo de bebidas azucaradas, alimentos refinados o fritos, carnes y embutidos, cereales refinados como, galletas y bollería, se asocian con mayor riesgo de depresión. Por otro lado, patrones de alimentación como la dieta mediterránea, caracterizada por ser alta en alimentos ricos en fibra (vegetales, frutas y cereales integrales), pescado, leguminosas, carne mínimamente procesada y el consumo de grasas mono y poliinsaturadas que se encuentran en su mayoría en pescados, aceite de oliva, semillas y nueces. Esta dieta se asocia con menor riesgo de presentar depresión. (12)(16)

La ingesta de magnesio, calcio, hierro y zinc se asoció inversamente con la prevalencia de síntomas depresivos. Por su parte el zinc y el magnesio son potentes antagonistas de receptores que aumentan la hiperactividad cerebral presente en la depresión, la deficiencia de magnesio se asocia a mayor descontrol de esta actividad de receptores. El consumo adecuado de ácidos grasos poliinsaturados como el omega 3 se asoció a puntuaciones más bajas en la escala de depresión. Además, se ha observado que hay mayor presencia de deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico en pacientes con enfermedades psiquiátricas como la depresión, trastorno bipolar o disfunción cognitiva. (12)(16)

III JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión ha estado rodeada de mitos o ideas erróneas y se le ha considerado como un símbolo de debilidad en los individuos. Su prevalencia aumentó con la pandemia por Covid 19. Las instituciones de salud han reconocido esta condición mental como un trastorno, más que una cuestión de voluntad o debilidad, lo cual ha contribuido a disminuir las actitudes discriminatorias hacia las personas que la padecen.

En los últimos años las crecientes investigaciones sobre depresión han incluido la asociación a factores relacionados con el estilo de vida. Entre las recomendaciones de mayor utilidad para la prevención de la depresión se incluye realizar tareas con programación, establecer horarios para dormir y despertar, de ayuno y alimentación. Las actividades lúdicas, el ejercicio y mantener el contacto con amigos y familiares a través de diferentes tecnologías también han mostrado resultados favorables.

Es importante conocer la relación entre la depresión y los factores nutricionales que la potencian o son afectados por ésta para coadyuvar a la prevención de sus complicaciones en salud general y nutricional. Por lo que, primero deben ser identificados los factores nutricionales que presenta la población con depresión para poder reconocerlos como causa, mecanismo o consecuencia de la depresión. Una vez identificados, deben ser considerados en la consulta nutricional para favorecer el apego a las intervenciones nutricionales al lograr la sinergia salud mental-nutrición

Los cambios en la alimentación de las personas con depresión están relacionados con modificación en la selección y cantidad de alimentos consumido, lo cual puede afectar el estado de nutrición y, por ende, potenciar la depresión al acompañarse de deficiencia o exceso de nutrientes precursores de neurotransmisores y la influencia del eje intestino-microbiota-cerebro.

Del análisis anterior surge el interés de identificar los síntomas de depresión en adultos en transición y su asociación con factores nutricionales para dar a conocer puntos claves que ayuden a mejorar las intervenciones nutricionales en un sistema sinérgico.

IV OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Objetivo General

Describir la relación entre la presencia de síntomas de depresión en adultos en transición y los factores nutricionales en el Centro de Salud TIII David Frago Lizalde.

4.2 Objetivos Específicos

Describir los factores sociodemográficos y nutricionales de pacientes con depresión del Centro de Salud TIII David Frago Lizalde.

Analizar el consumo de grupos de alimentos mediante un cuestionario de frecuencia de consumo de pacientes con y sin depresión,

V METODOLOGÍA

5.1 Descripción de las características y actividades programadas en el servicio.

CUADRO. 1 ACTIVIDADES PROGRAMADAS			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	METAS
Generales			

CUADRO. 1 ACTIVIDADES PROGRAMADAS

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	OBJETIVO	METAS
Búsqueda de información y evidencia científica	Buscar información sobre nutrición y salud como son el tratamiento nutricional o promoción a la salud, en revistas científicas, libros y portales de internet como PubMed, Scielo, Google Académico, entre otros.	Conocer y capacitar sobre los temas a tratar para brindar las recomendaciones y tratamiento más oportuno a los pacientes.	Obtener información actualizada que permita brindar el tratamiento nutricional más adecuado a la población atendida en la consulta.
Consulta de primera vez	Se elabora la historia clínica nutricional (ABCD de la nutrición): datos antropométricos, exploración física y obtención de resultados de laboratorios, recordatorio de 24 hrs). Se obtiene un diagnóstico PES y se elabora un plan de intervención nutricional	Brindar consulta de nutrición de primera vez a todos aquellos pacientes que acudieron por solicitud médica o referencia al servicio de nutrición	Atención nutricional al 100% de los pacientes referidos a consulta de primera vez y tener una deserción baja (<10%) en la de seguimiento.
Consulta de seguimiento	Se evalúan cambios, se trabaja en resolución de dudas y educación nutricional. Se hacen modificaciones según se requiera.	Proporcionar seguimiento nutricional para la adherencia al tratamiento nutricional	
Pláticas en sala de espera: Orientación alimentaria y nutricional	Se brindan pláticas de promoción a la salud y nutrición al público en sala de espera previo se elabora material sobre el tema solicitado.	Orientar a los pacientes en sala de espera sobre temas de salud enfocados a la nutrición.	1 platica semanal en la sala de espera.
Educación nutricional	Apoyo en la toma de peso y talla a niños y adultos para determinar su estado de nutrición, en la toma de glucosa capilar y presión arterial para la detección de población en riesgo de enfermedades crónicas.	Orientar sobre alimentación a pacientes de todas las edades, sanos o con enfermedades crónicas en el módulo de detección del centro de salud.	Captura y llenado de un registro mínimo de 10 personas semanalmente.
Asistencia y participación en jornadas de salud	Proporcionar pláticas o consejería en nutrición al público general o asistencia al personal médico que lo requiriera.	Informar al público general sobre temas de alimentación, actividad física y prevención de enfermedades crónicas invitándolos a realizar cambios en el estilo de vida.	Cuando lo solicitó la institución.
Material educativo/informativo	Elaborar material informativo y educativo: trípticos, folletos sobre alimentación y nutrición: porciones de alimentos, lista de equivalentes, entre otros.	Favorecer el aprendizaje y la comprensión de las intervenciones nutricionales.	Dos materiales educativos al mes o de acuerdo con requerimientos del servicio de nutrición.
Material ilustrativo para promoción a la salud	Elaboración de carteles, presentaciones, trípticos e infografías.	Elaborar material visual y digital que faciliten la explicación y comprensión de temas relacionados a la salud y alimentación.	Mínimo un material al mes o acorde con la planificación externa de actividades del Centro de Salud y otros servicios.
Relacionadas al proyecto de investigación individual			
Búsqueda de información y evidencia científica	Realizar la búsqueda y obtención de fuentes bibliográficas de reportes relacionados con depresión y nutrición en buscadores como PubMed, Google	Sintetizar los puntos más importantes y claves en el tratamiento nutricional y prevención de la depresión	Obtener información actualizada y sintetizada sobre el tratamiento nutricional

CUADRO. 1 ACTIVIDADES PROGRAMADAS			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	OBJETIVO	METAS
	y Google Académico.		en pacientes con depresión.
Elaboración de medio digital para aplicar la Cédula de microdiagnóstico (Anexo 1) y Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) (Anexo 2)	Transcripción de la Cédula de microdiagnóstico física a formato Google Forms.	Facilitar la obtención de los resultados de la encuesta en una base de datos.	1 formato digital que se convirtió en una base de datos.
Levantamiento de encuesta	Acudir a los espacios con mayor afluencia de gente en el centro de salud para aplicar las encuestas.	Recopilación de datos sociodemográficos, de salud, nutrición y depresión.	Obtener una población mínima de 100 participantes.
Asesoría y orientación nutricional	Brindar consulta nutricional y orientación nutricional a los pacientes con depresión.	Prevenir, detectar y atender las necesidades nutricionales que presenten los pacientes con depresión.	Brindar 10 consultas nutricionales y 2 platicas en sala de espera.
Análisis estadístico	Mediante el uso del programa estadístico JMP se realizará el análisis correspondiente de la información obtenida de la base de datos de la encuesta.	Identificar patrones y tendencias relacionadas al estado de nutrición y depresión.	Elaborar 3 tablas y/o gráficas que reflejan la relación de los factores en estudio.
Fuente: Elaboración propia			

5.2.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

5.2.2 Variables de estudio (clasificación, definición operacional y control de sesgos)

En el siguiente cuadro se plasman las variables que se ocupan para analizar la información obtenida de nuestra muestra en estudio. Se recopilaron las variables más relevantes sobre factores sociodemográficos y nutricionales.

Cuadro 2. Variables del estudio.			
Variable	Definición operacional	Clasificación	Valor de referencia
Edad	Cantidad de años cumplidos al momento de participar en la encuesta.	Numérica discreta	De 27 a 59 años.
Autopercepción	Clasificación de la autopercepción corporal de la persona.	Categórica ordinal	Delgada Mediana Robusta Obesa
Sexo	Condición biológica de ser mujer u hombre de los participantes.	Categórica nominal	Mujer Hombre
Estado socioeconómico	Clasificación de los estratos socioeconómicos de acuerdo a la pregunta de la cédula de microdiagnóstico "¿Sus ingresos cubren la mayoría de sus necesidades?"	Categórica nominal	Si No

Presencia de enfermedades crónicas	La presencia de alguna enfermedad crónica diagnosticada como diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial al momento de la evaluación, obtenidos de la cédula de microdiagnóstico.	Categórica nominal	Diabetes Mellitus Si/no Hipertensión Arterial Si/no
Frecuencia de consumo	Clasificación del consumo de grupos de alimentos en una periodicidad de 1-2 v/sem “bajo” 3-4 v/sem “moderado” 5-7v/sem “alto”	Categórica ordinal	Bajo Moderado Alto
Presencia de depresión	Medición de los síntomas depresivos mediante puntaje de la escala “Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)” (Anexo 2) Con depresión entre 10 – 27 pts. Sin depresión >10 pts	Categórica Ordinal	Con depresión Sin depresión
Fuente: Elaboración propia			

5.2.3 Población blanco y en estudio.

La población-blanco serán los derechohabientes en etapa de transición que acudan a centros de salud. La población en estudio fueron derechohabientes del Centro de Salud TIII Dr. David Frago Lizalde durante el periodo de enero a marzo del año 2023.

Los criterios de inclusión fueron adultos de ambos sexos de 27 a 59 años que acudieron a consulta o cualquier servicio de salud y aceptaron contestar la encuesta y el cuestionario sobre depresión. Los criterios de exclusión fueron pacientes que por algún motivo físico o mental no tuvieran la capacidad de responder completa por sí mismos la encuesta (discapacidad intelectual, auditiva o del habla).

5.2.4 Recursos humanos, de infraestructura y materiales.

Materiales	Humanos	Infraestructura
Papelería: Hojas, tinta de impresión, plumas, libretas. Impresora, computadora, tableta electrónica, celular, internet, memoria USB.	1 pasante de la licenciatura de nutrición. 3 pasantes de la licenciatura de medicina.	Centro de Salud TIII Dr. David Frago Lizalde Sala de espera Centro de Salud TIII Dr. David Frago Lizalde Consultorio Centro de Salud TIII Dr. David Frago Lizalde Aula Centro de Salud TIII Dr. David Frago Lizalde

5.2.5 Procedimiento general.

La información se obtuvo mediante el levantamiento de una encuesta otorgada por la Secretaría de Salud, llamada Cédula de microdiagnóstico, la obtención de los datos mediante el cuestionario fue por muestreo no probabilístico por cuota. Dicha recolección de datos fue en colaboración con tres pasantes de la licenciatura de medicina. Se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para determinar la presencia de depresión. En la realización de

este trabajo se llevó a cabo la transcripción de ambos formatos, los cuales para fines visuales se encuentran anexados es este documento, en un cuestionario Google Forms. Se realizó un programa de actividades el cual abarca un periodo de seis meses que describe los procedimientos y realizaciones para esta investigación. (Cuadro. 4)

Cuadro. 4 Cronograma de actividades	
Periodo	Actividades/ Procedimiento
Enero-2023	<ul style="list-style-type: none"> • Selección del tema de investigación y metodología.
Enero - Febrero 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación documental, Búsqueda de información, sobre marco de referencia, datos sobre unidad de salud.
Marzo-2023	<ul style="list-style-type: none"> • Transcripción de cédula de microdiagnóstico proporcionada por la Secretaría de Salud (anexo) a formato digital en la plataforma Google Forms.
	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamiento de la encuesta por parte de cada uno de los 4 participantes mencionados en el apartado de recursos humanos, realizadas en sala de espera del Centro de Salud TIII Dr. David Frago Lizalde.
Marzo - Abril 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis estadístico y elaboración de elementos gráficos.
Junio-2023	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de material educativo en materia de depresión y nutrición.
Julio-2023	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión del material educativo en materia de depresión y nutrición previamente realizado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Plática informativa en sala de espera "Prevención en depresión".
	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta nutricional a personas reactivas a signos y síntomas depresivos que lo solicitaron.

5.2.6 Análisis estadístico.

Se realizó un análisis estadístico con el software JMP Versión 17.0. Para las variables cualitativas se usaron frecuencias y para las cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión. Para conocer las diferencias por sexo, edad, ingresos económicos, autopercepción corporal, presencia de enfermedades crónicas, consumo de alimentos y frecuencia de comidas al día se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrada de Pearson. Para medir riesgo relativo se utilizó OR en las variables nominales dicotómicas.

5.2.7 Aspectos éticos.

En la elaboración de esta investigación, se consideraron y establecieron lineamientos éticos, tomados de la Declaración de Helsinki, puesto que toda investigación en el área de la salud está sujeta a estándares y directrices éticas que se deben seguir para el bienestar de los pacientes y sujetos de estudio, y asimismo para el progreso y desenlace exitoso de la propia investigación. la cual tiene como único propósito el acercarnos más a conocer los mecanismos, características, evolución e intervención de nuestro trabajo como profesionales de la salud en nutrición humana. El interés y responsabilidad principal es procurar y proteger, la dignidad. la

seguridad, la salud y los derechos de nuestros pacientes, es por ello que, para esta investigación, se realizó y se otorgó a cada uno de los participantes, una carta de consentimiento informado (anexo 3) que firmó cada paciente que realizó la encuesta. (17) Cabe recalcar que esta investigación se llevó a cabo únicamente con fines académicos, y profesionales en los que, de acuerdo con la Ley General de Salud, nos permitió cumplir con el propósito de favorecer y promocionar la salud mental. Así como lo marca dicha ley en su artículo 72 “- El propósito último de los servicios de salud mental es la recuperación y el bienestar, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.” (18)

VI DESCRIPCION DE METAS LOGRADAS POR ACTIVIDAD REALIZADA

Descripción de actividades realizadas			
Actividad	Metas alcanzadas	Población atendida	Productos de trabajo
Consulta de primera vez y de seguimiento	Brindar asesoría nutricional a los pacientes del Centro de Salud que lo solicitaron o requirieron por indicación médica o voluntad propia médica.	592 consultas	592 valoraciones nutricionales 280 planes nutricionales
Pláticas en sala de espera	Se logró la transmisión de la información brindada y adicionalmente la participación de los escuchas.	350 personas	3 Pláticas: “Lactancia materna” 6 Pláticas: “Dieta de la milpa” 5 Pláticas: “Alimentación en Diabetes tipo 2” 1 Plática: “Alimentación saludable durante el ciclo de vida” 1 Platica: “Día mundial de la diabetes, un día sin azúcar” 1 Plática: “Alimentación en obesidad y enfermedades crónicas” 1 Plática: “Alimentación complementaria a grupo de estimulación temprana” 1 Plática: “Día mundial de la obesidad” 1 Plática: “Alimentación saludable en escolares para escuela primaria” 1 platica: “Dieta de la milpa En el Centro de Reinserción Social” 1 Plática: “Alimentación en preescolares” 1 Plática a adolescentes: “Alimentación saludable y prevención de la obesidad” 1 Plática: “Alimentación saludable a grupo comunitario de trabajo social” 1 Platica a alumnos de primaria: “Alimentación saludable y dieta de la milpa”
Orientación nutricional	Orientar al paciente y brindarle la resolución de sus dudas más frecuentes sobre sus padecimientos y su relación con la alimentación,	El llenado de 10 listas,	Hoja de registro de actividades.

Descripción de actividades realizadas			
Actividad	Metas alcanzadas	Población atendida	Productos de trabajo
	brindándole consejos breves y factibles o incluso canalizándolos a consulta.	dando un total de 120 personas	
Asistencia y participación en jornadas de salud	Informar a la población en general sobre temas en salud, ejercicio y alimentación saludable.	De 30 a 50 personas por jornada.	Jornada de vacunación antirrábica Jornada de Salud en Fuentes Brotantes Jornada de Salud "Encuentro Nacional por la Salud Integral" Fuentes Brotantes
Material educativo/informativo	Facilitar la enseñanza y comprensión de los consultantes, lo que les permitió conocer sus patologías, su relación con la alimentación, sobre porciones, combinación de alimentos etc.	9 materiales realizados para consulta, un aproximado de 150 materiales impresos entregados	Folleto plan de alimentación (anexo 4) Folleto Hipertensión Arterial (anexo 5) Folleto selectividad alimentaria (anexo 6) Formato "Creando mi menú semanal" (anexo 7) Folleto diabetes mellitus (anexo 8) Folleto "Plan de alimentación DM" (anexo 9) Folleto: "Alimentación durante el embarazo" (anexo 10) Elaboración de material didáctico sobre grupos de alimentos para los pacientes en consulta: "Menú 7 días basado en dieta de la milpa" (anexo 11)
Material ilustrativo para promoción a la salud	Llamar el interés de la población en general sobre temas en alimentación saludable, transmitiendo la información de manera clara y concisa mediante un medio ilustrativo y educativo.	9 materiales entre físicos y digitales realizados para coadyuvar a las pláticas, talleres o sesiones educativas.	Presentación digital "Alimentación en escolares para padres" (anexo 12) Presentación digital "Alimentación en adolescentes" (anexo 13) Presentación digital "Alimentación complementaria" (anexo 14) Presentación: "Alimentación saludable en escolares" (anexo 15) Cartel "Día mundial de la Obesidad" (anexo 16) Cartel: "Nivel de sodio en alimentos/ prevención de hipertensión" (anexo 17) Cartel informativo "La dieta de la milpa" (anexo 18) Cartel "Día mundial de la Salud, Un día sin Azúcar" (anexo 19)

VII RESULTADOS

7.1 Caracterización de la población en estudio

En la tabla 1 se observan las características sociodemográficas de la población en estudio (N=100), divididas en población general y por sexo. Se observa que hubo mayor porcentaje de mujeres (71%). La edad promedio de la población general total fue de 42 años (± 2.1 , 27 a 59), en las mujeres la edad promedio fue de 41 años (± 2.4 , 27 a 59) y en los hombres fue de 43 años (± 3.7 , 27 a 59). El 41% de la población global se autopercebe con un tamaño corporal mediano, sólo 9% se percibe con obesidad de las cuales 6 % son mujeres y 3% son hombres.

Considerando que los participantes en el estudio pertenecen al programa de gratuidad del centro de salud David Fragoso Lizalde, es importante resaltar que el estado socioeconómico clasifica si sus ingresos son suficientes o no. El 45% de la población percibe que sus ingresos son suficientes, 41% que en ocasiones son suficientes y 14% reconoce que no son suficientes, se observa que la mayoría de mujeres y hombres, 47.8% y 37.9% respectivamente, consideran que sus ingresos destinados para las necesidades básicas de la vida son suficientes y tan solo un 9.8% de mujeres y un 24.1% de los hombres consideran que no son suficientes.

Al ser una población adulta cobra importancia la presencia de enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión. Se observó que 39% de nuestra población tiene diabetes y el 10% presenta hipertensión arterial, de acuerdo a la información clasificada por sexo, se observa que la diabetes es la enfermedad con mayor prevalencia en ambos sexos, ya que el 30.9% de las mujeres y el 58.6% de los hombres viven con esta condición de salud, también se observan diferencias significativas que indican que los hombres tienen mayor probabilidad de desarrollar diabetes en comparación con las mujeres.

Tabla 1. Características sociodemográficas de una población del Centro de Salud TIII- David Fragoso Lizalde de la población global y por sexo.							
	Población global		Mujeres		Hombres		P valor
	N	%	N	%	N	%	
	100	100	71	100%	29	100%	
Sexo							
Mujeres	71	71%	No corresponde				
Hombres	29	29%	No corresponde				
Edad							0.4476
27-29	14	14%	11	15.4%	3	10.3%	
30-39	26	26%	21	29.5%	5	17.2%	
40-49	28	28%	18	25.3%	10	34.4%	
50-59	32	32%	21	29.5%	11	37.9%	
Percepción Corporal							0.6489
Delgada	34	34%	22	30.9%	12	41.3%	
Mediada	41	41%	30	42.2%	11	37.9%	
Robusta	16	16%	13	18.3%	3	10.3%	
Obesa	9	9%	6	8.4%	3	10.3%	
Ingresos							0.1698
Suficientes	45	45%	34	47.8%	11	37.9%	
En ocasiones suficientes	41	41%	30	42.2%	11	37.9%	
No suficientes	14	14%	7	9.8%	7	24.1%	
Presencia de enfermedades							
Diabetes	39	39%	22	30.9%	17	58.6%	0.0101*

Hipertensión	10	10%	6	8%	4	13.7%	0.4191
--------------	----	-----	---	----	---	-------	--------

7.2 Frecuencia de consumo

El consumo de carnes, frutas, grasas y lácteos es mayormente moderado en la población en general y por sexo, sin embargo, como se muestra en la Tabla 2, el consumo de carnes tiende a ser mayormente moderado a bajo (86%) y se observa similar tanto en mujeres como en hombres, esto nos habla también de un consumo moderado con tendencia a bajo del aporte de proteínas en la dieta. También se observó que comer 3 veces al día obtuvo está presente en 49 % de la población global, mientras que sólo 5% llega a comer 1 vez al día.

Tabla 2. Características nutricionales de una población del Centro de Salud Fragoso Lizalde							
Población global			Mujeres		Hombres		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
	100	100	71	100	29	100	
Frecuencia de consumo de carnes							0.7369
Baja	36	36%	27	38%	9	31%	
Moderada	50	50%	35	49.3%	15	51.7%	
Alta	14	14%	9	12.6%	5	14.2%	
Frecuencia de consumo de frutas							0.6986
Baja	28	28%	19	26.7%	9	31%	
Moderada	41	41%	31	43.6%	10	34.4%	
Alta	31	31%	21	29.5%	10	34.4%	
Frecuencia de consumo de grasas							0.5627
Baja	47	47%	31	43.6%	16	55.1%	
Moderada	48	48%	36	50.7%	12	41.3%	
Alta	5	5%	4	5.6%	1	3.4%	
Frecuencia de consumo de lácteo							0.2510
Baja	36	36%	29	40.8%	7	24.1%	
Moderada	44	44%	28	39.4%	16	55.1%	
Alta	20	20%	14	19.7%	6	20.6%	
Frecuencia de comidas/día							0.9614
1 v/día	5	5%	4	5.6%	1	3.4%	
2 v/día	37	37%	26	36.6%	11	37.9%	
3 v/día	49	49%	35	49.3%	14	48.2%	
Más de 4 v/día	9	9%	6	8.4%	3	10.3%	

7.3 Depresión

Se observó que 21% del total de la población en estudio presenta depresión, de esa cifra, el 15% pertenece a mujeres con depresión y el 6% a hombres con depresión. (Tabla 3) Se puede apreciar que la prevalencia de depresión es menor en los hombres y mayor en las mujeres.

Población global		Mujeres		Hombres		
	N	%	N	%	N	%
	100	100	15	100	6	100
Depresión						
Si	21	21%	15	71%	6	28.5%
No	79	79%	15	71%	6	28.5%

En la tabla 4 observamos el análisis de las características en la población general con depresión, se observa que los adultos de 40 a 59 años de edad son los que con mayor prevalencia presentan depresión conformando el 71% del total de la población con depresión. Sin embargo, no se observan diferencias significativas de que demuestren que la población con depresión presente cambios en comparación con la población en general en las características sociodemográficas y nutricionales.

Población con depresión	N	%	
	21	100	
Sexo			0.9612
Mujeres	15	71.4%	
Hombres	6	28.5%	
Edad			0.6931
27-29	2	9.5%	
30-39	4	19%	
40-49	7	33.3%	
50-59	8	38.1%	
Percepción Corporal			0.7276
Delgada	6	28.5%	
Mediada	8	38.1%	
Robusta	5	23.8%	
Obesa	2	9.5%	
Ingresos			0.7076
Suficientes	9	42.8%	
En ocasiones suficientes	10	47.6%	
No suficientes	2	9.5%	
Presencia de enfermedades			
Diabetes	8	38.1%	0.9238
Hipertensión	3	14.2%	0.4614
Frecuencia de consumo de carnes			0.2661
Baja	10	47.6%	
Moderada	10	47.6%	
Alta	1	4.7%	
Frecuencia de consumo de frutas			0.0796
Baja	3	14.2%	
Moderada	13	61.9%	
Alta	5	23.8%	

Frecuencia de consumo de grasas			0.2936
Baja	13	61.9%	
Moderada	7	33.3%	
Alta	1	4.7%	
Frecuencia de consumo de lácteos			0.1248
Baja	10	47.6%	
Moderada	10	47.6%	
Alta	1	4.7%	
Frecuencia de comidas/día			0.1113
1 v/día	3	14.2%	
2 v/día	9	42.8%	
3 v/día	8	38.1%	
Más de 4 v/día	1	4.7%	

7.4 Análisis de las variables por sexo.

Al analizar por sexo la presencia de depresión en mujeres (Tabla 5), se observó que ésta aumentó con la edad, 46.6% de las mujeres con depresión tenían entre 50 y 59 años. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, 33 % de las mujeres con depresión tiene diabetes, porcentaje similar en mujeres sin depresión. Se encontraron diferencias significativas en el consumo de carnes, se observó que hay menor consumo de carnes en las mujeres con depresión en comparación con las que no tienen depresión. También se encontraron diferencias significativas en relación con la frecuencia de comidas al día, se observó que las mujeres con depresión consumen menos veces al día (1 vez) en comparación con las mujeres que no tienen depresión, también se observó que mientras que la prevalencia más alta está en comer más de 3 veces al día en mujeres sin depresión, la mayoría de las mujeres con depresión, un 53% solo come 2 veces al día.

Tabla 5. Características sociodemográficas y nutricionales ajustadas por mujeres.					
	Mujeres con depresión		Mujeres sin depresión		P Valor
	N	%	N	%	
Total de población	15	100%	56	100	
Edad					0.3025
27-29	2	13.3	9	16	
30-39	2	13.3	19	34	
40-49	4	26.6	14	25	
50-59	7	46.6	14	25	
Autopercepción corporal					0.6536
Delgada	3	20	19	33.9	
Mediada	7	46.6	23	41	
Robusta	4	26.6	9	16	
Obesa	1	6.67	5	8.9	
Ingresos					0.7529

Tabla 5. Características sociodemográficas y nutricionales ajustadas por mujeres.					
	Mujeres con depresión		Mujeres sin depresión		P Valor
	N	%	N	%	
Total de población	15	100%	56	100	
Suficientes	6	40	28	50	
En ocasiones suficientes	7	46.6	23	41	
No suficientes	2	13.3	5	8.9	
Presencia de enfermedades					
Diabetes	5	33.3	17	30.36	0.8248
Hipertensión	2	13.3	4	7.14	0.4440
Frecuencia de consumo de carnes					0.0236*
Baja	10	66.6	17	30.3	
Moderada	5	33.3	30	53.5	
Alta	0	0	9	16	
Frecuencia de consumo de frutas					0.1149
Baja	3	20	16	28.5	
Moderada	10	66.6	21	37.5	
Alta	2	13.3	19	33.9	
Frecuencia de consumo de grasas					0.1050
Baja	10	66.6	21	37.5	
Moderada	4	26.6	32	57.1	
Alta	1	6.6	3	5.3	
Frecuencia de consumo de lácteos					0.0629
Baja	10	66.6	19	33.9	
Moderada	4	26.6	24	42.8	
Alta	1	6.6	13	23.2	
Frecuencia de comidas/día					0.0074*
1 v/día	3	20	1	1.7	
2 v/día	8	53.3	18	32.1	
3 v/día	4	26.6	31	55.3	
Más de 4 v/día	0	0	6	10.7	
*Valor de p <0.05					

En la tabla 5 donde se muestran las características sociodemográficas ajustadas por hombres, se observa que a partir de los 50 años hay mayor presencia de depresión y que el rango de 30 a los 49 años es la edad con mayor porcentaje de depresión sumando un 83% de hombres con depresión, mientras que el porcentaje más alto de hombres sin depresión se observa a partir de los 50 años.

Se observó que 50% de los hombres con depresión presenta diabetes y se encontraron diferencias significativas en el consumo de lácteos, pues el 100% de los hombres con depresión consume de manera moderada lácteos, mientras que el consumo de lácteos en los hombres que no tienen depresión se ve distribuido de manera regular entre bajo, moderado y alto consumo. (Ver tabla 6)

Tabla.6 Características sociodemográficas y nutricionales ajustadas por hombres.					
	Hombres con depresión		Hombres sin depresión		P Valor
	N	%	N	%	
Total de población	6	100	23	100	
Edad					0.3409
27-29	0	0	3	13	
30-39	2	33.3	3	13	
40-49	3	50	7	30.4	
50-59	1	16.6	10	43.48	
Complexión					0.6544
Delgada	3	50	9	39.1	
Mediada	1	16.6	10	43.4	
Robusta	1	16.6	2	8.7	
Obesa	1	16.6	2	8.7	
Ingresos					0.3001
Suficientes	3	50	8	34.7	
En ocasiones suficientes	3	50	8	34.7	
No suficientes	0	0	7	30.4	
Presencia de enfermedades					
Diabetes	3	50	14	60.8	0.6302
Hipertensión	1	16.6	3	13	0.8187
Frecuencia de consumo de carnes					0.1488
Baja	0	0	9	39.1	
Moderada	5	83.3	10	43.4	
Alta	1	16.6	4	17.3	
Frecuencia de consumo de frutas					0.1823
Baja	0	0	9	39	
Moderada	3	50	7	30.4	
Alta	3	50	7	30.4	
Frecuencia de consumo de grasas					0.8052
Baja	3	50	13	56.5	
Moderada	3	50	9	39.1	
Alta	0	0	1	4.3	
Frecuencia de consumo de lácteos					0.0463*
Baja	0	0	7	30.4	
Moderada	6	100	10	43.4	
Alta	0	0	6	26	
Frecuencia de comidas/día					0.5755
1 v/día	0	0	1	4.3	
2 v/día	1	16.6	10	43.4	
3 v/día	4	66.6	10	43.4	
Más de 4 v/día	1	16.6	2	8.7	

*Valor de p <0.05

VIII DISCUSIÓN

Uno de los hallazgos en este trabajo es la prevalencia de depresión en mujeres, concordante con el mayor riesgo descrito en la literatura. Además, es de relevancia resaltar otros factores sociodemográficos y nutricionales asociados a la depresión, como el consumo de alimentos y patrones de alimentación que han sido documentados como factor protector para la depresión

donde se reconocen los beneficios de ciertos nutrientes como son, la fibra, el omega 3, la vitamina D entre otros. (14) (15) (16) (19) (20)

Diversos estudios han descrito el efecto positivo de los factores modificables para la prevención de la depresión, en los que se incluye la dieta. Un estudio que analizó la calidad de la dieta destacó la importancia de evaluar la interacción entre los nutrientes y los alimentos consumidos a través de un enfoque multidimensional teniendo en cuenta el impacto de la dieta genera, y no solamente evaluar componentes aislados de la dieta, debido a que un patrón alimentario conformado de diferentes componentes alimentarios o grupos de alimentos es igual de relevante que los nutrientes o alimentos individuales. Un patrón dietético saludable que incluye verduras, frutas, cereales integrales, nueces y legumbres está fuertemente asociado a la prevención de los síntomas de depresión, dado que esto influye a contrarrestar el proceso inflamatorio que se ha observado según estudios en personas con depresión donde marcadores inflamatorios como IL-1, IL-6, TNF- α y proteína C reactiva se encuentran elevados. (19) (20)

Un hallazgo relevante para el estudio fue el consumo alto de carnes relacionado con la presencia de depresión en mujeres y el consumo constante y moderado de lácteos en hombres con depresión, es importante estudiar cómo es la calidad de la dieta de personas con depresión para así poder identificar patrones dietéticos modificables que ayuden en la prevención y tratamiento. Se han estudiado a los patrones dietéticos, como la dieta de Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión (DASH), la dieta mediterránea o una combinación de ambas (MIND), las cuales son dietas en las que prevalece el consumo de alimentos de origen vegetal y se reduce el consumo de alimentos de origen animal y ultra procesados, reduciendo el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, sin embargo, también han mostrado que retrasan la neurodegeneración y el riesgo de depresión. (19) (20)

Una revisión sistemática realizada en 2023 acerca de los patrones alimentarios asociados a mayor riesgo de presentar depresión menciona la relación del consumo subóptimo y sobreconsumo en pacientes con depresión, destacan la importancia de conocer el tipo de depresión para evaluar si los pacientes tienen a comer menos o comer más dependiendo el estado emocional. Asimismo, mencionan la relación de la respuesta neuropsicológica de la dopamina con el aumento de consumo de alimentos ultraprocesados, altos en grasas saturadas y trans, azúcares y harinas refinadas. Destacan que esto se relaciona con restricción, atracones

o trastornos de la conducta alimentaria. Además, mencionan la importancia de estudiar la presencia de hambre emocional en pacientes con depresión ya que esta influye de manera importante en la elección de patrones alimentarios. (19)

Diversos estudios mencionan que factores como la actividad física, el descanso, el estrés, la ansiedad, el bienestar percibido, el consumo de alcohol y/o tabaco, la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes mellitus o comorbilidades dolorosas como artritis reumatoide, sin factores que condicionan la calidad de vida y están fuertemente relacionadas con la presencia de depresión. (21) (22) (23) Un hallazgo relevante a notar es que la presencia de diabetes para este estudio fue mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, al hacer la comparación entre diabetes y depresión por sexo no se encontraron diferencias significativas que sugieran una asociación entre estas indistintamente del sexo.

Un factor de estudio de gran interés para este estudio fue el evaluar la autopercepción con la presencia de depresión, aunque no se encontraron asociaciones significativas, es importante resaltar que la literatura ha vinculado fuertemente a la depresión con la obesidad y viceversa. Sin embargo, en este estudio no se tomó el peso medido de los participantes, por lo que es importante resaltar que la autopercepción corporal tiene gran influencia con el estigma asociado con la obesidad, del cual estudios han mencionado ser la causa principal de los problemas psicológicos en personas con obesidad. (23) (25) (26)

Algunos estudios mencionan una asociación entre la depresión y el exceso de tamaño corporal resaltando la importancia de estudiar la percepción de peso e imagen corporal dentro del sector de salud, al igual que conocer las implicaciones y consecuencias de los ideales socioculturales en torno a el peso y las percepciones del peso. La insatisfacción con el peso corporal puede estar influenciada por la cultura. Una imagen corporal negativa poder actuar como un predictor del estrés psicológico, incluso más que el mismo peso o el IMC. (25)

Diversos estudios mencionan que las mujeres que se autoperciben como obesas o con sobrepeso tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión, mientras que los hombres que se perciben con bajo peso tienen mayor probabilidad de presentar depresión (26). Un estudio donde se analizó la relación de la depresión con la imagen y la insatisfacción corporales durante COVID-19, demostró que las personas con obesidad y menor calidad de vida y tienden a

presentar una imagen corporal negativa, mayor insatisfacción corporal y mayor prevalencia de depresión. Por lo que confirmaron que un alto nivel de calidad de vida puede ser un factor protector de los efectos de las emociones negativas o la depresión en el mantenimiento o desarrollo de la insatisfacción corporal entre las personas obesas durante la COVID-19. Resaltaron la importancia de conocer factores que conduzcan a efectos adversos, como la baja autoestima, los trastornos alimentarios y el estado de ánimo. (27)

IX CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio confirman la importancia de conocer los factores sociodemográficos y nutricionales para la prevención y el futuro tratamiento de la depresión. Es importante resaltar la importancia de considerar estudios desde la perspectiva de género que desarrollen a profundidad la depresión en mujeres. Es importante apoyarse en estudios que involucren factores y creencias sociales que influyen en los conceptos de imagen corporal, insatisfacción corporal, autoestima y percepción corporal, ya que pueden ser una herramienta de alto valor para trabajar como profesionales de salud. Es importante que los nutriólogos o cualquier profesional de la salud que forme parte de un equipo multidisciplinario de atención se informe y reconozca la necesidad de abordar conceptos de alimentación y nutrición, desde la parte psicológica y social. Esta investigación consideró estos factores para explicar que la depresión no puede sólo depender del consumo de alimentos, sino de la capacidad de modificar patrones alimentarios que se traduce en cambios en las elecciones alimentarias, por lo que se deben crear y desarrollar habilidades y herramientas nutricionales que ayuden a identificar y manejar en los consultantes factores de riesgo asociados con la depresión.

X RECOMENDACIONES

Agradezco la experiencia de realizar el servicio social en nutrición en una institución pública de primer nivel, la experiencia de ser participe del primer contacto de atención en salud muestra el panorama de nutrición en la población mexicana desde la perspectiva de personal capacitado para brindar educación nutricional a pacientes en diferentes etapas de la vida, sanos y con enfermedades crónicas. Las sugerencias para el servicio de nutrición en el Centro de Salud David Frago Lizalde son:

- Brindar los recursos necesarios para el servicio de nutrición que ayuden y favorezcan el desarrollo adecuado de la consulta, la elaboración de material y programas enfocados en la prevención y promoción de la salud.
- Reconocer y validar la importancia de los elementos de nutrición dentro del equipo multidisciplinario.
- Derivar de manera oportuna a los pacientes con enfermedades crónicas que requieran del servicio de nutrición.
- Favorecer el aumento de pláticas y talleres extramuros e intramuros que promueven el acercamiento de la población con el servicio de nutrición.

XI REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión. 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion>
2. Robledo Aburto Z. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. Salud Publica Mex]. 65: s1-s4. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15087>
3. Colaboradores de Wikipedia. San Pedro Mártir (Tlalpan). Wikipedia, La Enciclopedia Libre. Disponible en: [https://es.m.wikipedia.org/wiki/San_Pedro_M%C3%A1rtir_\(Tlalpan\)](https://es.m.wikipedia.org/wiki/San_Pedro_M%C3%A1rtir_(Tlalpan))
4. OPS/OMS. Depresión. Organización Panamericana De La Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,%20durante%20al%20menos%20dos%20semanas>
5. OMS. Depresión. Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9presion#tab=tab_1
6. OMS. Depresión. Organización Mundial de la Salud. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. INEGI. Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021 Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprehttps://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=7021ensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.docx
8. Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.2013. (Citado en Noviembre 2023) Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013#gsc.tab=0

9. Alonso R, Olivos C. La relación entre la obesidad y estados depresivos. Revista Médica Clínica Las Condes, 2020, 31(2), 130-138. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-relacion-entre-obesidad-estados-S0716864020300171>
10. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. Salud Publica Mex. 2020 ;62:840-5. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11558>
11. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scopetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adult primary care users in Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana De Psiquiatria 1;50(1):11–21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33648690/>
12. Lang UE, Beglinger C, Schweinfurth N, Walter M, Borgwardt S. Nutritional aspects of depression. Cell Physiol Biochem. 2015;37(3):1029-1043. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26402520/>
13. Berenzon S, Asunción Lara M, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Publica Mex . 201355(1):74-80. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190>
14. Márquez MO. Depresión y calidad de la dieta: Revisión bibliográfica. Archivos de medicina. 2016 12(1):6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5457000>
15. Opie RS, Itsiopoulos C, Parletta N, Sanchez-Villegas A, Akbaraly TN, Ruusunen A, et al. Dietary recommendations for the prevention of depression. Nutritional Neuroscience. 2016;20(3):161–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26317148/>
16. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Hibbeln JR, Hurley D, Kolick V, Peoples S, et al. Nutrition and Behavioral Health disorders: Depression and Anxiety. Nutrition Reviews. 2020 24;79(3). Disponible en: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/79/3/247/5843529?login=false>
17. Asociación Médica Mundial. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos WMA 2019. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
18. De Diputados C, Congreso De D, Unión L. LEY GENERAL DE SALUD .1984 Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
19. Gorbachev D;Markina E;Chigareva O;Gradinar A;Borisova N;Syunyakov T. Dietary Patterns as Modifiable Risk Factors for Depression: a Narrative Review. Psychiatria Danubina . 2023;35(Suppl 2) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37800271/>

20. Liang J, Huang S, Jiang N, Aerziguli Kakaer, Chen Y, Liu M, et al. Association Between Joint Physical Activity and Dietary Quality and Lower Risk of Depression Symptoms in US Adults: Cross-sectional NHANES Study. *JMIR public health and surveillanc.* 2023; 9:e45776–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37163324/>
- 21 Liang J, Huang S, Jiang N, Aerziguli Kakaer, Chen Y, Liu M, et al. Association Between Joint Physical Activity and Dietary Quality and Lower Risk of Depression Symptoms in US Adults: Cross-sectional NHANES Study. *JMIR public health and surveillance.* 2023;9:e45776–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37163324/>
22. Nazar Gabriela, Gatica-Saavedra Mariela, Provoste Alvaro, Leiva Ana Maria, Martorell Miquel, Ulloa Natalia et al. Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Rev. méd. Chile* .2021 Oct; 149(10): 1430-1439. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021001001430&lng=es
23. Londoño Pérez, Constanza, Salamanca V. Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, IMC, y riesgo de TCA como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia Avances de la Disciplina.* 2015 ; 9(2):35–47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862015000200003
24. Paulitsch RG, Demenech LM, Dumith SC. Association of depression and obesity is mediated by weight perception. *Journal of Health Psychology [Internet].* 2020 Jan 2 ;26(11):2020–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31894712/>
25. Gaskin JL, Pulver AJ, Branch K, Kabore A, James T, Zhang J. Perception or reality of body weight: Which matters to the depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders.* 2013;150(2):350–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23706878/>
26. Tobia Darimont, Karavasiloglou N, Hysaj O, Richard A, Rohrmann S. Body weight and self-perception are associated with depression: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2005–2016. *Journal of Affective Disorders.* 2020;274:929–34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32664034/>
27. Kamila Czepczor-Bernat, Modrzejewska A, Justyna Modrzejewska. A preliminary study of body image and depression among adults during COVID-19: A moderation model. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2022 ;36:55–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35094826/>

VIVIENDA												
TENENCIA	TIPO	VENTILACIÓN E ELIMINACIÓN	TIPO/SUELO	MATERIAL/CONSTRUCCIÓN	COMBUSTIBLES	MANEJO DE BASURA	ELIMINACIÓN DE BASURA	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	AGUA	ALMACENAMIENTO/AGUA	CONSERVACIÓN/AGUA	CONSUMO/AGUA
1. PROPIA 2. RENTADA 3. PRESTADA.	1. CASA SOLA 2. DEPARTAMENT 3. VEGINIDAD	1. SI. 2. NO.	1. TIERRA. 2. CEMENTO. 3. LOSETA	1. TEMPORAL 2. DEFINITIVOS 3. MIXTOS.	1. GAS 2. PARRILLA 3. LEÑA 4. CARBÓN	1. ABIERTO 2. CERRADO 3. SUELO	1. CANCHAL 2. CALLE O BALDÍ 3. CANAL ONDA FLUYA 4. ENTERRA	1. BAÑO 2. LETRINA 3. FOSA 4. LIBRE/SUELO	1. LLAVE 2. HIDRANTE PUBLICO 3. PPA	1. BOTE Y RECIPIENTE MÓVIL 2. CISTERNA Y TINACO.	1. ABIERTO. 2. CERRADO	1. LLAVE 2. EMBOTELLADA 3. HERVIDA. 4. CLORADA 5. FILTRADA 6. NINGUNA

ALIMENTACIÓN						
ALIMENTO	1-2 DÍAS	3-4 DÍAS	5-7 DÍAS	FRECUENCIA DE COMIDAS POR DÍA	CONSERVACIÓN	HIDRATACIÓN
CARNES				1. 1VEZ AL DÍA	1. REFRIGERADOR	1.- CORRECTA
LACTEOS				2. 2VECES AL DÍA	2. HIELERA	2.- INCORRECTA
FRUTAS				3. 3VECES AL DÍA	3. MEDIO AMBIENTE	
GRASAS				4. 4VECES AL DÍA	4. NINGUNO	

ZOOONOSIS		PREVENCIÓN
NOVENA	DOMESTICA	1. CVV 2. SVV
1. CUCARACHAS 2. MOSCAS 3. ROEDORES 4. ANIMALES PONZOÑOSOS	1. PERROS 2. GATOS 3. ACUÁTICOS 4. CERDOS 5. ROEDORES (Hámster, ratón blanco etc.)	

COMUNIDAD	DEFUNCIÓN (último año)	
1. ESTABLOS 2. BASUREROS 3. AGUAS ESTANCADAS 4. FABRICAS 5. TALLERES	1. SI 2. NO	1. ACCIDENTES. 2. INTENDENCIAL. 3. NATURAL. 4. PATOLOGIA 5. NO SABE.

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

FECHA DE APLICACIÓN

Cuestionario sobre la Salud del Paciente PHQ-9 (Anexo 2)

Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)¹⁰⁶ ©1999 Pfizer Inc.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1	Tener poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3
3	Tener problemas para dormir o para mantenerse dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4	Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentirse mal consigo mismo/a o sentirse fracasado/a, o pensar que se ha decepcionado a sí mismo o a los que lo rodean	0	1	2	3
7	Tener dificultades para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8	Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado, o bien al contrario, estar tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9	Tener pensamientos sobre estar muerto/a o sobre hacerse daño a sí mismo de alguna manera	0	1	2	3
Puntuación total:					
10	Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿le ha sido difícil cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto		-----	
		Algo difícil		-----	
		Muy difícil		-----	
		Extremadamente difícil		-----	
Puntos de corte	Síntomas depresivos o leves	leve	Moderada	Grave	
		<10	10-14	15-19	20-27

Consentimiento informado (Anexo 3)



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN DIRECCIÓN CS. T III DR.
DAVID FRAGOSO LIZALDE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. Así mismo me gustaría invitarlo a participar en la investigación titulada: **"Prevalencia de síntomas depresivos en población adulta de 27 a 59 años de edad con o sin patologías conocidas durante el primer semestre del 2023 en el Centro de Salud T III Dr. David Fragoso Lizalde"**

La presente investigación es conducida por Pasantes de Medicina y Nutrición en el CS TIII Dr. David Fragoso Lizalde, tiene como objetivo: Presentar las estimaciones de la prevalencia de síntomas depresivos (SD) en población adulta que acude al Centro de Salud T III Dr. David Fragoso Lizalde a la consulta general.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder dos Cuestionarios acerca de **"Cédula Familiar y Escala de Depresión"** Esto tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recabe será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimos.

Estoy en conocimiento que no habrá retribución por la participación en este estudio, sé que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación.

Yo _____ acepto
participar en el presente estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

Anexo (4 a 7)

Anexo 4. Folleto de Plan de alimentación

PLAN DE ALIMENTACIÓN

Verduras (1 tz o más)
Acelga, apio, berro, berenjena, cilantro, champiñón, chlicayote, jitomate, espinaca, espárrago, flor de calabaza, lechuga, nopal, perejil, pepino, queso, rabano, romerón, tomate verde, verdolaga, pimentón, pimientos.

Verduras (1/2 tza a 1 tz)
Brócoli, calabaza, cebolla, chivoche, chile poblano, chicharro, col, col de bruselas, coliflor, ejote, haba verde, huazontle, jicama, hultallocoche, betabel, setas, zanahoria.

Alimentos de origen animal

1/3 lata	1/3 pza
15g	2 pzas
2 pzas	1 pza
2 reb	2 reb
30 g	2 pzas
30 g	3cdas
40 g	2cdas
30g	2cdas
40g	120g
240 ml	200 ml
120 ml	3/4 tza
150 g	3/4 tza
1 tza	2cditas
2cditas	2cditas
1/2 tza	1/3 tza
1/3 tza	2cditas
3cdas	3cdas
1 tza	2cditas

Grasas con proteína / Oleaginosas
Ajonjolí 4 cditas
Almendras 1 pza
Cacahuates 14 pzas
Chia 5 cditas
Nuez en mitades 7 mitades
Pepita con cascara 2cdas
Pistache 18 pzas
Semilla de girasol 4 cditas

Grasas y aceites
Aceites vegetales 1cdita
Aguacate mediano 1/3 pza
Aceituna 7 pzas
Aderozos 1/2 cda
Coco rallado 1/2 cda
Crema 1 cda
Mantequilla 1/2 cda
Mayonesa 1 cda
Queso crema 1 cda
Guacamole 2 cda
Chocolate 75% o más cacao 15 g

Leche
L. Entero o descremada 240 ml
Nutri leche / Lacti Bu 200 ml
Leche evaporada 120 ml
Yogur natural 3/4 tza
Yogur griego sin azúcar 150 g
Jocoque 3/4 tza
Leche de soja 1 tza

Azúcares
Azúcar, cajeta, mermelada o miel 2cditas
Chocolate en polvo 2cditas
Gelatina 1/3 tza
Jugo de fruta natural 1/3 tza
Leche condensada 2cditas
Mole negro 3cdas
Miel o jarabe maple 2cditas

Grasas y aceites
1cdita
1/3 pza
7 pzas
1/2 cda
5 cditas
7 mitades
2cdas
18 pzas
4 cditas

Leche
240 ml
200 ml
120 ml
3/4 tza
150 g
3/4 tza
1 tza

Azúcares
2cditas
2cditas
1/3 tza
1/3 tza
2cditas
3cdas
2cditas

PACIENTE:
No. Expediente:
Elaboro: P.L.N Bustos Cerón Jimena Yareli

FRUTAS	Cereales y tubérculos
Fresas 17 pza o 1 tza	Amaranto tostado 1/4 tza
Moras 1 tza	Arroz cocido 1/4 tza
Guanábana 1 tza o 350 g	Avena cocida 3/4 tza
Guayaba 3 pza	Avena en hojuelas 1/3 tza
Pera 1/2 pza	Bolillo sin migajas 1/2 pza
Cruello rojo o amarilla 3 pza	Galletas 5 pzas
Lima 1 pza	maria/faladas/animalitos 2cdas
Toronja 1 pza	Harina de amaranto o arroz 2cdas
Cerezas 20 pzas	Camote cocido 1/3 tza o 70 g
Durazno 2 pzas	Elote cocido 1 1/2 pza
Manzana 1 pza	Hojuelas de maíz sin azúcar 1/2 tza
Piña 2 pzas	Hojuelas de maíz azucaradas 1/3 tza
Naranja 2 pzas	Pan de caja 1 reb
Melón 1 tza o 350 g	Palomitas de maíz naturales 2 1/2 tza
Kiwi 1 1/2 pza	Papa cocida 3/4 pza
Mandarina 2 pzas	Pasta cocida 1/2 tza
Mango analfito 1/2 pza	Tortilla de maíz 1 pza
Mango manila 1 pza	Tostada de maíz horneada 2 pzas
Pitahon 1/2 pza	Salmos 1 paquetito
Papaya 18 pzas	Cereales con grasa 1 tza
Uvas 1 tza	Pan de dulce (domas, conchas, orejas) 1/3 pza
Sandía 1 tza	Biruelos, paletitas, etc. 10 pzas
Papas 10 pzas	

Anexo 5. Folleto de Hipertensión arterial

Dieta DASH

* Enfoque Dietético para Detener la Hipertensión. Ayuda a bajar la presión arterial alta, el colesterol y otras grasas en la sangre. Ayuda a reducir el riesgo de infarto cardíaco y accidente cerebrovascular y a bajar de peso. Es baja en sodio (Na).

FRUTAS Y VEGETALES
4 a 5 porciones de Frutas y 4 a 5 porciones de Verduras en el día

CARNES Y PESCADOS
No use Embutidos. Use Carne magra, pollo y pescados. 7 o menos porciones/día

DULCES
Lentía, dulces y otros edulcorantes, Lenteja Alcohólica

ACEITES Y GRASAS
Use aceites vegetales. De 2 a 3 porciones/día

CEREALES, LEGUMBRES
Cereales: 6 a 8 porciones/día. Legumbres, semillas y nueces: 4 a 5 porciones/semana.

SAL
Límite a 2300 mg de Sodio o 5000 mg de Sal al día.

LÁCTEOS
2 a 3 porciones, pero bajas en grasa.

Alimentación en Hipertensión Arterial

PACIENTE:
No. Expediente:
Elaboro: P.L.N Bustos Cerón Jimena Yareli

¿Qué es la hipertensión?
Un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada. Con cada latido, el corazón bombea sangre a los vasos sanguíneos (arterias) cuando el corazón bombea. Cuanto más alta es la tensión, más dificultad tiene el corazón para bombear.

Factores de riesgo
Tabaco, Sedentarismo, Obesidad, Estrés, Diabetes, Colesterol de grasas elevado, Hipertensión familiar, Alta consumo de sal.

¿Por qué es importante cuidar la alimentación?
Un patrón de alimentación equilibrado en nutrientes, donde predominen los alimentos de origen natural y con bajo aporte de sodio, ayuda a bajar los niveles de tensión arterial, de colesterol y de azúcar en sangre lo que en conjunto previene de complicaciones.

Principales características del enfoque dietético para frenar la hipertensión.

- Alta cantidad de frutas, vegetales y lácteos no grasos
- Preferir grasas monoinsaturadas.
- Consumo de cereales integrales.
- Consumo moderado de carne magra, pescado y aves.

Complicaciones
Fatiga, dolores de cabeza y confusión.

¿Cuáles son los síntomas?

Presión arterial:
Presión ideal: 120 mmHg / 80 mmHg
Presión alta (dependiente): 140 mmHg o más / 90 mmHg o más

Anexo 6. Folleto de Selectividad alimentaria

SELECTIVIDAD ALIMENTARIA

La selectividad alimentaria se caracteriza por la ingesta limitada de alimentos y el rechazo a la mayoría de nuevos alimentos. Los niños con esta condición corren el riesgo de tener deficiencias nutricionales. Una gran parte de los casos son de origen biológico, sin embargo, muchos otros se centran en componentes conductuales o sensoriomotrices.

10 principales estrategias

COMIDA TIPO BUFFET
No significa que todas las comidas deben ser así, sino que queremos intentar que en medida de lo posible se muestre a los niños que los mamá decide que comer y ellos deciden que aceptar y en que cantidad, así como lo haría cada integrante de la familia.

HABLAR DE LAS CARACTERÍSTICAS Y CUALIDADES DE LOS ALIMENTOS
Plantear conversaciones sobre los alimentos que componen la comida. Por ejemplo hablar sobre su color, textura, olor, sabor o de dónde vienen, podría ayudarnos a comprender el origen del rechazo.

PERMITIR QUE EXPLORE LA COMIDA
Es probable que no le coma, pero el que lo explore, juegue con ella o al menos la toque es un primer paso para la aceptación. recuerda que se necesitan de 10 a 20 exposiciones para aceptar un alimento.

IMITACIÓN
La alimentación es un acto aprendido, y los niños son grandes imitadores; procura que todos en casa estén incorporando o aplicando los hábitos de alimentación que tú quieres para tus hijos.

NO LO VUELVAS EL CENTRO DE ATENCIÓN
Evita regañar, presionar, regalar o castigar a la hora de la comida, ya que se genera una asociación de estrés y se inhibe el apetito; se dice de disfrutar el comer y se convierte en una experiencia negativa o de conflicto.

INVOLUCRALO EN LA PREPARACIÓN
Inclúyelo en actividades desde la compra hasta la preparación de los alimentos favoreciendo su aceptación a los alimentos; ayudar a guardar, lavar, limpiar o poner la mesa, etc.

LIMITES
Aunque no quiera comer, el niño debe permanecer en la mesa, no como castigo, sino porque debe aprender a convivir en la hora familiar. No premiar con otros alimentos para que se coma el que queremos. No castigar si no se comió el que queremos.

ALIMENTOS DE SEGURIDAD
Presentar los alimentos nuevos o que rechaza con alimentos de seguridad o favoritos. Esto les puede generar confianza y animarse a probarlos.

RESPECTAR HORARIOS DE COMIDA
Evita que piquen comida a lo largo del día sin horario ni estructura, para mantenerse en sus señales de hambre y saciedad y poder llegar al siguiente tiempo de comida sin hambre.

JUEGO Y CREATIVIDAD
Colocar figuras de alimentos, hacer un arcoíris de verduras sin recurrir a pintadas, sellos de betabel, cubiertos con el niño, etc. Utilizar contenedores, moldes o palillos de figuritas para presentar de manera creativa. Un pequeño huerto.

CEREALES Y TUBERCULOS	FRUTAS	VERDURAS	PROTEÍNAS ANIMALES	PROTEÍNAS VEGETALES
Tortilla	Papaya	Brócoli	Pollo	
Pastas	Pitahon	Chayote	Carne de res	
Bolillo	Melón	Zanahoria	Atún	
Avena	Sandía	Calabaza	Jamón	Frijoles
Amaranto	Guayaba	Espinacas	Quesos	Lentejas
Arroz	Manzana	Nopales	Hígado	Garbanzos
Maíz	Mango	Coliflor	Sardinas	Alubias
Pan de caja	Pera	Pepino	Huevo	Habas
Cereal de caja	Piña	Pimientos	Leche	Soya
Trigo	Fresas	Tomate	Yogurt	
Masa	Naranja	Champiñones	Camarones	
Papa	Mandarina	Apio		
Camote	Uvas	Ejotes		
Yuca	Guanábana	Lechuga		
Quinoa	Uvas *	Betabel		
	Frutos rojos	Jicama		

GRASAS VEGETALES
Aceites
Chia

GRASAS ANIMALES
Manteca
Mantequilla

Carbohidratos
Proteína
Grasas
Fibra

Formato "Creando mi menú semanal"

Menú Semanal

Lista de compras

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DESAYUNO								
COMIDA								
CENA								
Colaciones								

Anexo (12 a 16)

Anexo 12. Presentación digital “Alimentación en escolares para padres”

10. Predica con el ejemplo.

Menú desbalanceado	Menú balanceado
Desayuno: Café o té con azúcar + pan dulce	Desayuno: Huevoito a la mexicana + licuado de plátano (leche + plátano + ctía)
Lonche: Salchichas con catsup + paquetito de galletas + leche de sabor/boing + 1/2 plátano	Lonche: sándwich de jamón y queso paneta (mayonesa + aguacate untado + pepinos + 2 galletitas + 1/2 plátano + agua
Comida: spaguetti + pechuga empanizada	Comida: Sopita de fideo con espinacas + pechuga empanizada o asada + brocoli con queso
Cena: Pan con leche	Cena: Sincronizada + germen de trigo + catsup




Anexo 13. Presentación digital “Alimentación en adolescentes”

ALIMENTACIÓN SANA EN LA ADOLESCENCIA

¿Por qué es importante un estilo de vida saludable en la adolescencia?

La adolescencia es un periodo de crecimiento acelerado con un aumento muy importante de la talla y de la masa corporal.

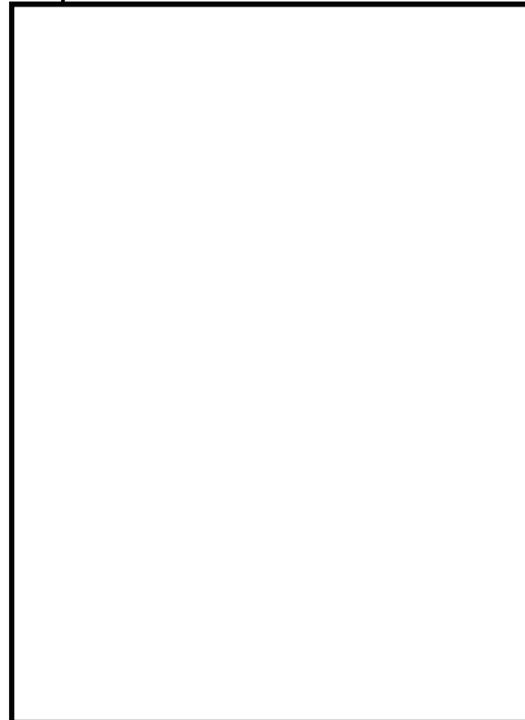
Periodo de maduración psicológica, se establecen patrones de conducta individualizados marcados por el aprendizaje previo e influidos por el ambiente y la sociedad, además se desarrollan capacidades de pensamiento crítico

ES LA ETAPA IDEAL PARA FORMAR CONDUCTAS SALUDABLES LIGADAS A SU PROYECTO DE VIDA QUE PERDURARAN EN LA ADULTEZ.

Principales problemas en una inadecuada alimentación →

- Consumo alto de bebidas azucaradas
- Omisión del desayuno

Anexo 14. Presentación digital “Alimentación complementaria”



Anexo 15. Presentación “Alimentación saludable en escolares”



¿Porque es importante una alimentación sana?

Crecimiento físico y desarrollo intelectual

Preservar la salud y prevenir enfermedades



Componentes de una alimentación nutritiva

Completa Que cada comida incluya todos los nutrientes y alimentos de los 3 grupos.

Adecuada Acorde a la accesibilidad, a la cultura, temporada, gustos, economía etc.

Anexo (16 y 17)

Anexo 16. Cartel "Día mundial de la Obesidad"

C.S TIII DR.DAVID FRAGOSO LIZALDE

04.03.23

DÍA MUNDIAL DE LA OBESIDAD

4 de marzo
DÍA MUNDIAL DE LA OBESIDAD

Obesidad: principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades del corazón y algunos tipos de cáncer.

World Obesity Day
#SaludEresTú

CONSEJOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA PREVENIR Y TRATAR LA OBESIDAD

- Consumir al menos 5 raciones diarias entre frutas y hortalizas, al menos 3 de frutas y 2 de hortalizas (verdes).
- Es necesario incorporar legumbres en la alimentación, al menos 2 o 3 veces a la semana.
- Aumentar el consumo de granos integrales y sus derivados.
- El agua es la bebida de elección y no debe sustituirse por refrescos.
- Disminuir el consumo de alimentos y bebidas azucaradas (refrescos, néctares, etc.), aperitivos de bolsa, bollería y comida rápida.
- Realizar al menos 30 minutos diarios de actividad física.

El Plato del Bien Comer consta de tres grupos de alimentos:

- Verduras y fruta:** Principal fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética.
- Leguminosas y alimentos de origen animal:** Principal fuente de proteínas.
- Cereales y tubérculos:** Principal fuente de hidratos de carbono.

CONSEJOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA PREVENIR Y TRATAR LA OBESIDAD

- Consumir al menos 5 raciones diarias entre frutas y hortalizas, al menos 3 de frutas y 2 de hortalizas (verdes).
- Es necesario incorporar legumbres en la alimentación, al menos 2 o 3 veces a la semana.
- Aumentar el consumo de granos integrales y sus derivados.
- El agua es la bebida de elección y no debe sustituirse por refrescos.
- Disminuir el consumo de alimentos y bebidas azucaradas (refrescos, néctares, etc.), aperitivos de bolsa, bollería y comida rápida.
- Realizar al menos 30 minutos diarios de actividad física.

Anexo 17. Cartel: "Nivel de sodio en alimentos/ prevención de hipertensión"

¡ALTO EN SODIO!
Alimentos ultraprocesados como:
- Salsas pringles, soja y BBQ.
- Frituras.
- Mijonesa.
- Cacahuates japoneses y salados.
- Frijoles enlatados.
- Tortillas de harina.

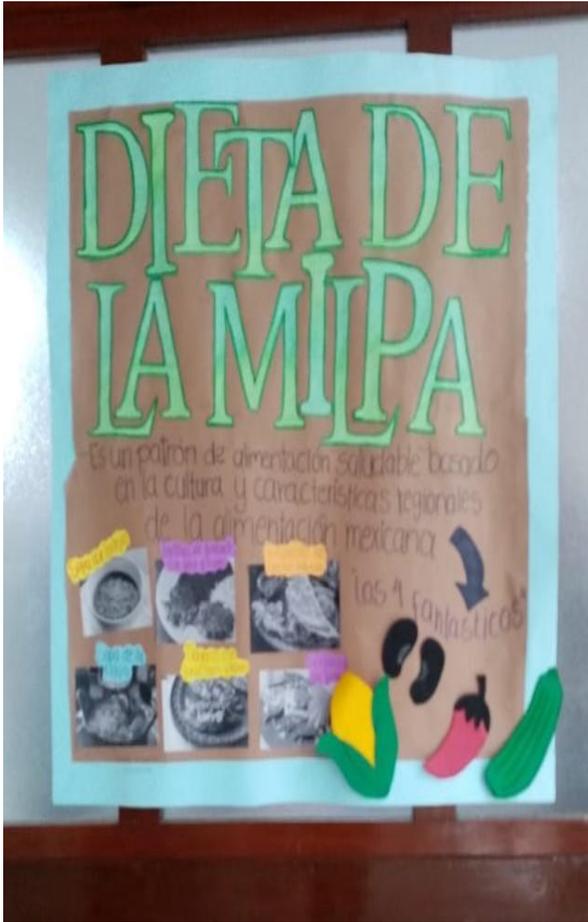
¡MODERADO EN SODIO!
• Cereales
• Cacahuates enlatados
• Atún enlatado.

¡BAJO EN SODIO!
♥ Frutas y verduras
♥ Cereales integrales
♥ Pescados y mariscos y pechuga
♥ Leche descremada
♥ Aceite de oliva
♥ Semillas como la nuez.
"Condimenta tu comida con especias"

Servicio de Nutrición

Anexo (18 y 19)

Anexo 18. Cartel informativo “La dieta de la milpa”



Anexo 19. Cartel “Día mundial de la Salud, Un día sin Azúcar”

