



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF N #1
“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”



AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS.

Número de registro SIRELCIS R-2020-1702-013

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DEL CARMEN MUÑOZ ROBLES

ASESORES DE TESIS:

**Dra. Mónica Viviana Martínez Martínez.
Dr. Fernando Trujillo Olea**

CUERNAVACA, MORELOS.

OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS. “

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:
MARIA DEL CAREMN MUÑOZ ROBLES

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DR. FERNANDO TRUJILLO OLEA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. ROSALBA MORALES JAIMES.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES DE TESIS

**DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGR C/MF NO.1 DEL IMSS
MAT. 10209549**

**DR. FERNANDO TRUJILLO OLEA
ENCARGADO DE LA COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
MAT. 11018704**

CUERNAVACA, MORELOS

OCTUBRE 2021

“AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS. “

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

MUÑOZ ROBLES MARIA DEL CARMEN

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

“AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS. “

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

MARIA DEL CARMEN MUÑOZ ROBLES

DRA. ANGELICA TOLEDO HERNANDEZ
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGR C/MF NO.1 DEL IMSS

DR. CARLOS CHAVARRÍA ROMAN
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGR C/MF NO.1 DEL IMSS

DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGR C/MF NO.1 DEL IMSS

INDICE GENERAL

RESUMEN	7
MARCO TEÓRICO.....	8
MARCO CONCEPTUAL	11
MARCO REFERENCIAL.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
PREGUNTA DE INVESTIGACION	16
OBJETIVOS	17
METODOLOGIA.....	17
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE ESTUDIO	20
ASPECTOS ÉTICOS.....	22
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIÓN	29
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS.....	34

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS.

RESUMEN

Título: Autopercepción del estado de salud y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa de medicina familiar del HGR c/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos.

Antecedentes: En América Latina el 7.2% de la población es mayor de 60 años, el 4.8% tiene 65 años o más. Durante el año 2000 había 42.5 millones de ancianos y se estima que para el 2025 la cifra alcance 96.9 millones de adultos mayores.

Uno de los retos importantes para los sistemas de salud mundial será precisamente el incremento en la población de la tercera edad combinado a su vez con las enfermedades crónico-degenerativas pues el 80% de ellos cursan por lo menos con alguna de ellas. La prevalencia de la desnutrición oscila entre el 5 y el 10% en ancianos no confinados y entre el 30 y el 85% en ancianos confinados en hogares, asilos y hospitalizados. Varios artículos hacen referencia de que la dieta equilibrada se relaciona con la buena salud, hay otros que hacen controversial la relación entre los hábitos alimenticios y la autopercepción del estado de salud. Algunos autores hacen referencia de la asociación existente entre la dieta mediterránea y el nivel de salud percibido

Objetivo: - Identificar la asociación entre la autopercepción del estado de salud con el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa de Medicina Familiar del HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos.

Material y Métodos: Estudio transversal analítico. Un total de 241 participantes adultos mayores de ambos sexos, con DM2, adscritos a MF del HGR No.1 del IMSS en Cuernavaca Morelos de ambos turnos. Una vez que se obtuvo el registro del CLIS 1702 se llevó a cabo la invitación a los participantes y firmaron el consentimiento informado se les aplicó encuesta ex – profesa para el estudio, escala MNA, y se tomaron medidas antropométricas.

Resultados: Participaron en este estudio 241 pacientes de 60 años o más con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, en Cuernavaca, Morelos, México. Se observó que aquellos que tenían una mala autopercepción de su estado de salud presentaron alto riesgo de malnutrición (71%), un 19% estado nutricional normal y malnutrición en 10%, al compararlos con aquellos que tenían una buena autopercepción que predominó el estado nutricional normal en un 86.67% y riesgo de malnutrición en un 13.33%, en aquellos que tenían una autopercepción regular predominó el riesgo de malnutrición seguido de un estado nutricional normal con un 53.17% y 46.03% respectivamente, estas diferencias fueron estadísticamente significativas al ser evaluadas con la fórmula exacta de Fisher, obteniendo un $p:0.0001$ y con la fórmula de correlación de Spearman teniendo como resultado un nivel de correlación positiva moderada (0.5113).

Conclusiones:

Existe una asociación entre la autopercepción del estado de salud y el estado nutricional de los adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 adscritos al HGR 01 de Cuernavaca, Morelos. Además de que hay correlación positiva moderada entre nuestras variables estudiadas.

Palabras clave: autopercepción del estado de salud, estado nutricional, adulto mayor.

MARCO TEÓRICO:

Estado Nutricional en el adulto mayor

Según la Revista Española de Nutrición Humana y Dietética en su artículo publicado en el 2015: “Estado nutricional en adultos mayores mexicanos”. La pirámide poblacional se ha ido invirtiendo, es decir, la población senil ha aumentado en relación a los grupos etarios más jóvenes, constituyendo un grupo poblacional de riesgo, desde el punto de vista sanitario (1).

La tasa de crecimiento de este grupo poblacional es de 2.4% contra 1.7% que se observa en la población general. A partir del 2010 la tasa registrada fue de 3.1%. Para conocer la magnitud de esta situación es útil verlo en números absolutos esto es, de 616 millones de ancianos que se registraban para el 2000, se estima que la cifra alcanzará 1,209 millones para el 2025, siendo una realidad que cada 23 años esta población se duplique (1). En América Latina el 7.2% de la población es mayor de 60 años, el 4.8% tiene 65 años o más. Durante el año 2000 había 42.5 millones de ancianos y se estima que para el 2025 la cifra alcance 96.9 millones de adultos mayores.

Uno de los retos importantes para los sistemas de salud mundial será precisamente el incremento en la población de la tercera edad combinado a su vez con las enfermedades crónico-degenerativas pues el 80% de ellos cursan por lo menos con alguna de ellas (2).

En el caso específico de la diabetes tan solo en Estados Unidos, el 40% de las personas diagnosticadas con este padecimiento son mayores de 65 años y este segmento de la población se incrementará 4.5 veces entre el período comprendido entre 2005 a 2050 (3). De particular relevancia en los pacientes diabéticos es el desarrollo de síndrome metabólico que tiene una correlación positiva con la edad (4).

La prevalencia de la desnutrición oscila entre el 5 y el 10% en ancianos no confinados y entre el 30 y el 85% en ancianos confinados en hogares, asilos y hospitalizados.

El estado de nutrición está relacionado con el envejecimiento y a su vez la nutrición a lo largo de la vida influye en dicho proceso de envejecimiento. Durante esta etapa de la vida se producen cambios físicos en el individuo con un incremento en la masa grasa y pérdida de la masa magra, son frecuentes las alteraciones metabólicas y alimentarias, la presencia de comorbilidades de las enfermedades crónicas y agudas.

El estado nutricional del adulto mayor también se ve afectado por el deterioro de sus capacidades funcionales, por la polifarmacia y su estado socioeconómico actual. Cuando el adulto mayor tiene una funcionalidad limitada, tendrá dificultades para su alimentación, por lo que dependerá de terceras personas para ello, cuando no cuentan con redes de apoyo familiar adecuado puede presentarse con mayor facilidad la desnutrición, exacerbándose aún más en casos de pobreza extrema o problemas de la masticación y/o deglución.

En los adultos mayores es frecuente que el apetito y la cantidad de alimentos ya no sea el mismo que en las etapas previas, por lo que se ve disminuido y la dieta puede caer en alimentos de bajo valor nutrimental o energético, es por ello que se debe vigilar muy bien la dieta en esta etapa de la vida, pues debe ser una dieta atractiva, suficiente y sobre todo nutritiva. Según las Guías de práctica clínica sobre Evaluación y Control del

Estado Nutricional del Adulto Mayor 2014. Las dietas saludables en esta etapa de la vida pueden revertir o retrasar muchos de los cambios asociados al proceso de envejecimiento, permitiendo de este modo que muchos adultos mayores sean independientes y se perciban con una buena calidad de vida compartiendo de manera activa con sus familias y la comunidad. (5)

Escala Mini Nutritional Assessment (MNA)

Existen posibilidades para prevenir o corregir esta desnutrición, pero hasta ahora no se han utilizado con frecuencia debido a la falta de una herramienta validada específica para detectar la desnutrición. El objetivo de la Mini Evaluación Nutricional (MNA) es determinar quién está en riesgo de desnutrición y, por lo tanto, permitir una intervención nutricional temprana. Ha sido diseñado para un uso fácil por parte de médicos generales y profesionales de la salud involucrados en el ingreso de pacientes a hospitales y hogares de ancianos. La prueba, que comprende mediciones simples y un breve cuestionario, se puede realizar en aproximadamente 10 minutos. Implica: evaluación antropométrica (peso, altura y pérdida de peso) evaluación general (estilo de vida, medicación y movilidad) evaluación dietética (número de comidas, ingesta de alimentos y líquidos, autonomía de autoevaluación alimentaria (autopercepción de salud y nutrición). El MNA ha sido validado en tres estudios en los que participaron más de 600 personas de edad avanzada, desde los muy frágiles hasta los muy activos en entornos de cuidado de vida libre y a largo plazo. El MNA fue validado contra una evaluación clínica y una evaluación nutricional integral. Clasifica a los ancianos como bien alimentados, desnutridos o en riesgo de desnutrición. El MNA puede ser una herramienta importante para evaluar el riesgo de desnutrición en los ancianos, si se integra en los programas de evaluación geriátrica.(6)

Este instrumento consta de 18 ítems divididos en 4 categorías: estado nutricional (IMC calculado del peso y la talla recabados en el cuestionario, pérdida de peso y circunferencia braquial y de la pantorrilla, estado general del paciente (estilo de vida, medicación, dependencia signos de depresión o demencia), breve evaluación dietética (número de alimentos, ingesta de grupos alimentos y bebidas, así como la autonomía para alimentarse) y valoración subjetiva del estado nutricional y de salud.

El cuestionario tiene un tiempo de aplicación de aproximadamente 15 minutos, cada una de las preguntas tiene un puntaje, con una puntuación máxima final de 30 puntos, de acuerdo a esta puntuación se clasifica a los participantes en tres grupos: estado nutricional normal (≥ 24 puntos), riesgo de malnutrición (17- 23.5 puntos) y, malnutrición (M) (< 17 puntos).

Validación y validez:

El MNA fue validado contra dos criterios principales, el estado clínico y la evaluación nutricional integral utilizando componentes principales y análisis discriminante. El formato corto MNA (MNA-SF) fue desarrollado y validado para permitir un proceso de selección de dos pasos. El MNA y el MNA-SF son sensibles, específicos y precisos para identificar el riesgo nutricional. (7)

En 2010 en Morelia Michoacán, se llevó a cabo un estudio en la unidad 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la aplicación de la Mini Nutritional Assessment (MNA), dicho estudio mostró una alta correlación con otras pruebas para caracterizar el estado de nutrición en pacientes geriátricos. A través de una investigación se validó la Mini Nutritional Assessment en su formato corto (MNA-SF) contra la Mini Nutritional

Assessment completa, se identificaron estudios que utilizaron el cribado nutricional en pacientes geriátricos y el conjunto de datos originales que se encontraron se fusionaron en una sola base de datos y se validó la evaluación mínima nutricional en su formato corto (MNA-SF) aplicable por los profesionales de la salud geriátrica con la opción de usar la circunferencia de la pantorrilla cuando el índice de masa corporal no puede ser calculado. Esta revisión de la Mini Nutritional Assessment en su versión corta (MNA-SF) aumenta la aplicabilidad de esta herramienta de diagnóstico rápido en la práctica clínica a través de la inclusión de "desnutridos" como una categoría.

Autopercepción del Estado de Salud:

Es un indicador que incluye en una sola respuesta a tres esferas de la vida como son salud física, cognitiva y emocional, esto llega a asociarse fuertemente con el estado real de los sujetos, pudiendo considerarse como una evaluación objetiva de salud.

El medir la percepción de salud es un indicador de salud global. En varios estudios se ha demostrado que la medición de la percepción de salud es un indicador pronóstico de mortalidad en el adulto mayor.

El concepto de autopercepción de salud no es solamente el estar sano, sino que involucra una integralidad psicosocial y no solo la salud biológica del individuo. Es decir, las personas perciben su salud considerando las relaciones con los demás, su estado de ánimo y la capacidad para poder realizar actividades de la vida cotidiana como el comer solos, trabajar, etc.

La autopercepción de salud tiene una asociación positiva con el nivel socioeconómico del individuo, lo cual determina el nivel educativo, la segunda el estado nutricional y la tercera el estilo de vida.

Se ha observado una estrecha relación entre la respuesta subjetiva de las personas sobre su percepción de salud con las consecuencias negativas de ésta, por ello aquellas personas que perciben tener una mala salud presentan mayor riesgo de mortalidad en relación a aquellas que declaran una percepción de salud buena.

Frank propuso un modelo en 1991 sobre los factores de riesgo asociados a la autopercepción del estado de salud donde consideraba 5 esferas:

- *Sociodemográfica* (edad, sexo, escolaridad, parentesco, lugar de la vivienda)
- *Estado de salud físico* (enfermedades crónicas, discapacidad, depresión, adicciones, actividad física)
- *Servicios de salud*
- *Apoyo familiar* (convivencia)
- *Factores socioeconómicos* (vivienda, servicios sanitarios, gastos en salud) (8)

Para hablar de bienestar nutricional deben considerarse varios factores que de manera armónica se conjuguen los factores genéticos del individuo, con los múltiples factores del ambiente físico y sociocultural determinaría dicho bienestar. (8)

Varios artículos hacen referencia de que la dieta equilibrada se relaciona con la buena salud, hay otros que hacen controversial la relación entre los hábitos alimenticios y la autopercepción del estado de salud. Algunos autores

hacen referencia de la asociación existente entre la dieta mediterránea y el nivel de salud percibido. Un alto consumo de pescado, frutas, verduras y alimentos ricos en fibra se asocia a una mejor autopercepción del estado de salud. Estos alimentos la contiene la dieta mediterránea por lo que se ha sugerido que tiene efecto protector sobre el estado de salud, esto a través de varios mecanismos como efecto benéfico sobre el metabolismo, la resistencia de las células al efecto de oxidación, la inflamación, la sensibilidad a la insulina y el estado anímico, esto podría de alguna forma justificar una mejor autopercepción del estado de salud (9)

MARCO CONCEPTUAL:

La vejez o adultez tardía es una etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad. Actualmente, en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la misma los 60 años, mientras que en los países desarrollados esa edad es a los 65 años. La vejez se define también como una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios socio históricos (Instituto Nacional de Geriátrica). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el "*Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales*"(10)

El envejecimiento es un proceso ante todo individual, diferenciando entre edad cronológica, edad biológica, edad psicológica, edad social y edad funcional, que se conjugan en el envejecimiento individual.

Ninguna teoría explica con suficiencia todos los cambios del proceso de envejecimiento, el cual es complejo y variado, describiéndose como un efecto acumulativo de la interacción de muchas influencias a lo largo de la vida, la herencia, el ambiente, las influencias culturales, la dieta, el ejercicio, la diversión, las enfermedades y otros muchos factores. Todo lo cual hace impredecible cómo y cuándo será el envejecimiento de una persona. (14)

Los cambios fisiológicos hacen más vulnerable a la persona con respecto a las enfermedades. Disminuye su capacidad física y mental. Estos cambios intensifican un sentimiento de decadencia física, de envejecimiento y muerte. El aumento de enfermedades y muertes entre las personas queridas, los colegas y amigos contribuyen a esta sensación de declinar. (15)

Diabetes mellitus La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, considerada un problema de salud pública. La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (11)

La prevalencia actual es de 10% aproximado a nivel global, siendo 463 millones de personas los afectados. Se estima que para el año 2045 esta cifra aumente a 700 millones. Además, dos tercios de los afectados viven en

zonas urbanas, 3 de cada 4 están en edad activa, 1 de 2 no es aún diagnosticado. (16)

El impacto de las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus (DM), y sus tratamientos, se han evaluado tradicionalmente en términos de morbilidad y mortalidad, sin embargo, en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores por evaluar la calidad de vida (CV) de las personas, debido a que ésta es una importante variable de resultado de las intervenciones del cuidado de la salud. (17)

Estado nutricional: es el estado fisiológico de un individuo el cual resulta de la relación entre los requerimientos e ingreso de nutrientes y de la capacidad del cuerpo para digerir absorber y usar estos nutrientes (12) La OMS define a la evaluación del estado nutricional como la “interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos antropométricos y/o clínicos, y que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa”.(18)

La evaluación nutricional del adulto mayor presenta la misma estructura que para personas adultas, sin embargo, varían algunos puntos de corte como los de IMC y Circunferencia de cintura y además para complementar la evaluación nutricional se puede considerar los siguientes aspectos:

IMC adultos mayor de 65 años: Bajo peso Menor de 23 kg/m², Normal 23 a 27,9 kg/m², Sobrepeso 28 a 31,9 kg/m² y Obeso 32 o más. (19)

Perímetro de pantorrilla: Diversos estudios han demostrado que la medida de la circunferencia de pantorrilla, es un parámetro muy sensible a la pérdida de masa muscular (mide reserva muscular) En pacientes con baja actividad física o en situación de dependencia, se recomienda su utilización de rutina.

Se establece como punto de corte 31 cm. Si este valor es inferior se debe poner atención ya que las reservas proteicas pueden estar disminuidas. (19)

Pliegue cutáneo del tríceps: Los cambios en la distribución de grasa del anciano, disminuyendo en las extremidades y aumentando a nivel abdominal, sumado a la laxitud en el tejido adiposo a nivel braquial hacen que la medida del pliegue del tríceps no sea realmente indicadora de estado nutricional. (19)

Circunferencia del brazo: La medida de la circunferencia del brazo es un indicador de la disminución de la reserva proteica calórica tisular. En los ancianos esta medida está altamente relacionada con el peso corporal. (19)

Autopercepción: formada por dos palabras. Auto- alude a lo propio y percepción captar algo por los sentidos o a comprenderlo. Por lo que la autopercepción es la capacidad del ser humano de percibirse a sí mismo.

Cada persona tiene un concepto del sí mismo y en función de éste, procesa y organiza la información de su contexto en una estructura que le proporciona la base de principios para actuar en el presente y en el futuro, es así como el sujeto mantiene y desarrolla un esquema básico de su propia autopercepción que se extiende hasta el período de la jubilación. Según Sáez y Vega (1989), Meléndez (1994), Sáez, Aleixandre y Meléndez (1995), el carácter de esta autopercepción puede tomarse como un predictor para conocer que cambios seguirá el sujeto en la necesaria readaptación que, con toda seguridad, habrá de acometer al llegar el período de la jubilación. Ello sin olvidar, que acontecimientos de distinta índole pueden modular sus decisiones a tomar ante conductas y

opiniones, pero, siguiendo la dirección ya emprendida y desarrollada a lo largo del ciclo vital.

En general se plantea que en la vejez se intensifica el declive del yo, derivando en una pérdida de identidad, baja autoestima y descenso de las conductas sociales. Por su parte Knox (1977), sugiere que mientras no existan alteraciones drásticas en las actividades y los roles cotidianos, la gente debería continuar percibiéndose de forma positiva. El matrimonio, la participación en actividades comunitarias, estar unido o ser miembros de grupos sociales, ayuda a mantener el sentido de continuidad incluyendo una autopercepción más positiva, incluso después de la jubilación (Shephard, 1990; Meunier, 1990; Andersson y Stevens 1993; Caserta y Lund 1993). Hemos de tener en cuenta que una de las razones de que el auto concepto y la autopercepción, y su relación con la edad suponga un problema, es el sentimiento de que los ancianos se sientan peor psicológicamente (Brandtstadter y Greve, 1992). La gente que se percibe a sí mismo como viejo actúa como más anciano. A pesar de que los sujetos redefinen su edad en relación con los cambios reales de las funciones sociales y físicas, algunas evidencias indican que las auto descripciones se convierten en profecías auto cumplidas. La etiqueta de la edad lleva connotaciones estereotipadas, expectativas sobre las capacidades personales, posibilidades individuales y un cierto nivel de actividad. Consecuentemente, a menudo, subestima sus capacidades creando un círculo vicioso funcional (Hunter, Linn y Harris, 1981, 1982). (20)

La autopercepción de la salud es un indicador también denominado auto informe o auto reporte de salud, pues se asocia a una alta mortalidad en los adultos mayores.(13)

La autopercepción de la salud se ha utilizado como una medida independiente de las necesidades de salud de las poblaciones dadas las estrechas correlaciones observadas entre este constructo y otras medidas del estado de salud o indicadores de las necesidades de atención en salud. Algunos estudios han encontrado que dicha percepción se correlaciona con una amplia gama de variables socioeconómicas y de salud. Asimismo, se han evidenciado correlaciones significativas entre la autopercepción de la salud y las evaluaciones médicas, el número o tipo de problemas de salud reportados por los propios afectados, las enfermedades crónicas, el número de medicamentos, los síntomas agudos y varias medidas compuestas del estado de salud. Entre los factores biomédicos, la presencia de comorbilidades y la discapacidad son las condiciones más frecuentemente relacionadas con una autopercepción negativa de la salud. Entre los factores de tipo social, se han señalado tres como principales responsables de la forma en que se perciben los síntomas de los padecimientos físicos: el sentido de la coherencia, la red social y el grado de depresión. En el caso de los adultos mayores, se ha encontrado que quienes tienen una autopercepción negativa de su salud reportan más síntomas depresivos que aquellos que se consideran saludables. Es importante considerar que la depresión, además de mediar en la relación entre la presencia de comorbilidades y la autopercepción de la salud, compartiría factores predictores con ella o, incluso, tendría una relación bidireccional con esta, es decir, sería consecuencia y no solo causa de la autopercepción negativa de la salud. A pesar de esto, en algunos estudios se ha señalado que la autoevaluación del componente físico influye más que el componente mental en la autopercepción de la salud, aunque es probable que dicha divergencia sea, realmente, una manifestación de las complejas interrelaciones entre estos factores. (21)

MARCO REFERENCIAL:

Título	Autopercepción de salud, relaciones sociales y estado nutricional en adultos mayores que concurren a hogares de día provinciales en la Ciudad de Córdoba.
Autores y año de Publicación	Acosta, RS; Ramello MF. 2014. (8)
Objetivo	Conocer la relación existente entre autopercepción de salud, relaciones sociales y estado nutricional en adultos mayores ambulatorios usuarios de un programa social con componente alimentario, implementado en la ciudad de Córdoba, Argentina, en el año 2011
Métodos	Estudio correlacional transversal. Universo. Personas de ambos sexos de 60 y más años de edad de la Ciudad de Córdoba. N876, n 297. Variables principales: grupos edad (OMS): Viejos jóvenes (60-69), vejez media (70-79), viejos viejos (>80). Sexo. Nivel de instrucción: Bajo, medio, alto. Relaciones sociales: Convivencia (solo, conyugue, hijos/nietos, otras personas). Actividades sociales: realiza o no realiza, lugar, con quien. Apoyo social, recibe, no recibe, no necesita. Autopercepción de salud. Buena, regular, malo. Estado nutricional: Déficit (IMC <23.9), normalidad (IMC 24-27), exceso (IMC>27).
Resultados	Media de edad en varones 71.6 años y en mujeres de 70.7. 38.4% fueron hombres y 61.6% mujeres. El nivel de instrucción en la mitad de ellos fue bajo con predominio de los hombres. El 34% vivía solo superando en número los hombres a las mujeres. El 54.8% de los ancianos consideró su estado de salud como buena, predominando los varones con 62.1%. El 10.5% consideró tener mala salud. El 48% lo expresó que su salud era igual a la del año anterior y al compararse con sus pares, el 60% dijo estar mejor. El 25% de los ancianos presentó estado nutricional normal (ENN), el 42.1% presenta malnutrición por exceso (MNE), con predominio en mujeres (52.5%). En viejos viejos (VV) predominó la malnutrición por déficit (MND) (48.7%). El estado nutricional presentó asociación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción y la percepción del estado de salud actual con una p=0.01, asociación que no se presentó con la variable relaciones sociales.
Conclusiones	El estado nutricional se asoció al nivel de instrucción y a la percepción del estado de salud actual

Título	Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores
Autores y año de Publicación	Dr. Enrique Peláez, Dr. Laura Débora Acosta, MSc. Elvira Delia Carrizo oct-dic 2015 Revista Cubana de Salud Pública. (13)
Objetivo	Evaluar el estado de salud en adultos mayores a través del indicador autopercepción de la salud y analizar los factores que influyen en esta autopercepción
Métodos	Se estudió un universo compuesto por personas de ambos sexos, de 60 años y más, auto válidos, residentes en la ciudad de Córdoba, Argentina, y que fueron encuestados en el 2011 para la investigación "Condiciones de Vida y Salud Nutricional en los Adultos Mayores de la ciudad de Córdoba". Se analizó como variable dependiente la autopercepción de salud. Se realizó análisis bivariado y multivariado a través de la técnica árbol de decisiones.
Resultados	El 60,1 % de los adultos mayores tuvieron una autopercepción de la salud positiva (excelente, muy buena o buena). El análisis bivariado demostró que la autopercepción de salud negativa se relacionó con ser mujer, no tener cobertura de salud, no tener ingresos o ingresos inferiores a 250 USD, necesitar ayuda, tener más de una enfermedad crónica, nivel educativo bajo o medio e insatisfacción con la vida. En el análisis multivariado, se observó que la variable enfermedades crónicas fue la que tuvo mayor efecto en la autopercepción de salud. Otras variables predictoras, fueron el apoyo recibido y la satisfacción con la vida.

Conclusiones	Como principal conclusión de este trabajo, se destaca que el indicador autopercepción de salud resulta útil para medir el nivel de salud de una población , ya que se relaciona fuertemente con la presencia de enfermedades crónicas. Adicionalmente, la ayuda recibida influye en la salud percibida, relacionado probablemente tanto con las condiciones sociales de vida, como la presencia de dependencia en el adulto mayor. Por último, la satisfacción con la vida constituyó un componente subjetivo relacionado con la autopercepción de salud.
---------------------	--

Título	Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social
Autores y año de Publicación	Iván Armando Osuna-Padilla; Sonia Verdugo-Hernández; Gabriela Leal-Escobar e Ignacio Osuna-Ramírez,* Marzo 2015 Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. (1)
Objetivo	Evaluar la presencia de desnutrición y obesidad en adultos mayores con distintos tipos de apoyo social en Sinaloa, México.
Métodos	Estudio comparativo, observacional, prospectivo y transversal en 91 adultos mayores. Se determinó el peso corporal, la estatura y medidas antropométricas. Se aplicó el Mini Nutritional Assessment (MNA). Se estimaron los promedios y las desviaciones estándar, así como la distribución de las diferencias entre las mediciones antropométricas y los resultados del MNA de las distintas poblaciones. Se analizaron los datos con las pruebas de Kruskal-Wallis y Ji-cuadrado ² . Se utilizó el coeficiente de Pearson para evaluar la correlación entre indicadores antropométricos con MNA. Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0.05$.
Resultados	La muestra estudiada incluyó 91 adultos mayores: 35 usuarios de una casa de día, 28 miembros de un centro cultural, y 28 residentes de dos asilos. Se observó una prevalencia de desnutrición del 32,1%, 14,3% y 3,5% en institucionalizados, casa de día y adultos independientes, respectivamente. Un 93,2 % de la población estudiada padecía acúmulo de grasa a nivel visceral según el índice de cintura talla (ICT). El índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de la pantorrilla (CP) se correlacionaron significativamente con MNA ($p < 0.05$).
Conclusiones	Se observó una mayor prevalencia de desnutrición en la población residente de asilos y en los usuarios de casas de día, principalmente en mujeres y población mayor de 80 años de edad. El exceso de tejido adiposo prevalece en la tercera edad. Es necesaria la implementación de estrategias nutricionales específicas para este grupo de edad

JUSTIFICACIÓN:

Magnitud: La población de adultos mayores en México es de aproximadamente 12 millones de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, de los cuales el 30% tiene diabetes. Por otra parte, de acuerdo a la ENSANUT 2012, el 30% de este mismo segmento etario de la población sufre disminución de la masa muscular y casi el 70% se clasifica en alguna de las categorías de inseguridad alimentaria. Algunos autores han relacionado el estado nutricional con la autopercepción del estado de salud, es decir que un buen estado de la nutrición mejora la autopercepción de salud del adulto mayor y ambos son indicadores pronósticos para una vida saludable o lo que es mejor una vejez exitosa. Por lo tanto, se requiere determinar la proporción de la población de adultos mayores que cursaría con algún grado de inseguridad alimentaria y una mala autopercepción de su estado de salud, pues de no ser diagnosticados y tratados pueden agravar su estado de

salud y con ello incrementar la carga de la enfermedad en el sector salud.

Relevancia: La relevancia de este estudio radica en la posibilidad de poder contar con dos instrumentos para hacer las mediciones del estado nutricional y la autopercepción del estado de salud y estudiar su asociación, en caso de tener una asociación permitiría al médico utilizarlas de manera regular en los adultos mayores como un tamizaje con valor diagnóstico y pronóstico de sus pacientes.

Impacto: La identificación de la proporción de adultos mayores diabéticos con algún grado de inseguridad alimentaria y una mala autopercepción del estado de salud contribuiría a mejorar la evaluación geriátrica integral de esta población lo que tendría efectos principalmente en dos áreas: 1) mejoraría el estado de independencia y, 2) prolongar su edad promedio de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En México la diabetes mellitus se encuentra entre las primeras causas de mortalidad, la prevalencia de esta enfermedad en adultos mayores de 60 años en México es de 24.3%, de acuerdo con la ENSALUD 2016.

La proporción de adultos mayores de 60 años de edad y más, ha aumentado durante las últimas décadas en la población mexicana, aproximadamente 12 millones. Las condiciones de vida y de salud de este grupo etéreo son afectadas directamente por las dependencias social y económica.

Se ha observado una estrecha relación entre la respuesta subjetiva de las personas sobre su percepción de salud con las consecuencias negativas de ésta, por ello aquellas personas que perciben tener una mala salud presentan mayor riesgo de mortalidad en relación a aquellas que declaran una percepción de salud buena.

Por lo anterior al evaluar la autopercepción de salud de los adultos mayores diabéticos y su estado nutricional a través de la escala de autopercepción y la MNA permitiría indagar si ambas mediciones tienen asociación para la evaluación integral del adulto mayor, así como dar un valor pronóstico que el médico adoptaría en su práctica clínica con fines diagnósticos, de tratamiento y pronósticos de este grupo poblacional.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿CUÁL ES LA ASOCIACIÓN ENTRE LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS?

OBJETIVOS:

Objetivo general

- Identificar la asociación entre la autopercepción del estado de salud con el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa de Medicina Familiar del HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de adultos mayores diabéticos de la consulta externa de medicina familiar del HGR c/MF No.1
- Describir la autopercepción del estado de salud del adulto mayor diabético de la consulta externa de medicina familiar del HGR C/MF No. 1 en función de tres dimensiones:
- Describir el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa del HGR c/MF No.1 utilizando la escala MNA

Hipótesis de trabajo

- La mala autopercepción del estado de salud se asocia a malnutrición en el adulto mayor diabético adscrito al HGR c/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos

METODOLOGIA

Tipo de estudio

- Transversal, analítico, descriptivo.

Universo de trabajo:

- Adultos mayores diabéticos, adscritos al HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca Morelos

TAMAÑO DE MUESTRA:

El tamaño de muestra se calculó con base a la fórmula de para poblaciones finitas.

Donde:

- N = Total de la población (13,000)
- $Z\alpha$ = Precisión de trabajo, nivel de confianza 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = Prevalencia (en este caso 20 % = 0.20)
- q = Complemento de prevalencia. 1 – p (en este caso 0.80)
- d = Precisión (0.05)

$$n = \frac{N (Z\alpha)^2 (p) (q)}{d^2 (N - 1) + Z\alpha^2 p q}$$
$$n = \frac{13000 (1.96)^2 (.20) (.80)}{(0.05)^2 (13000 - 1) + (1.96)^2 (.20) (.80)} = 241$$

Tamaño de muestra: 241 sujetos, de la tercera edad diabéticos adscritos al HGR c/MF No.1 Cuernavaca Morelos, los datos estadísticos fueron obtenidos del sistema de enfermedades crónicas de la unidad, en el mes de febrero del 2020, previo al inicio de la pandemia.

Criterios de Selección:

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres adultos mayores con DM2 adscritos al HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca Morelos.
- Adultos mayores diabéticos que acepten y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Hombres y mujeres adultos mayores diabéticos con alguna discapacidad mental que los imposibilite a dar respuesta al encuestador.
- Comorbilidades que afecten en la nutrición como (Gastrostomía, Síndrome de mala absorción intestinal).

Descripción General del estudio

- Una vez obtenido el Registro del CLIS y la anuencia de la directora de la unidad médica, se procedió a la búsqueda de pacientes en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar de ambos turnos que cumplieron con los criterios de selección, utilizando un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.
- Se invitó a los adultos mayores a participar, una vez firmado el consentimiento informado se procedió a aplicar el instrumento MNA y la escala de autopercepción del estado de salud.
- Los instrumentos fueron aplicados personalmente por parte de uno de los investigadores asociados e individualmente a cada uno de los participantes en el módulo 4 de prevenimss en ambos turnos, con previa autorización del personal correspondiente.
- Los datos antropométricos requeridos para la aplicación de los instrumentos como son peso, talla, circunferencia braquial y circunferencia de pantorrilla, fueron tomados en el módulo mencionado, utilizando la báscula con estadiómetro ubicada en el consultorio.
- La información fue manejada de manera confidencial usando número de folio para cada participante.

Recolección de la información

- Una vez obtenido el registro de nuestro protocolo y la carta de anuencia por parte de la directora de la consulta externa de medicina familia del HGR1/UMF 001 Cuernavaca Morelos, se procedió a la selección de participantes uno a uno, en la sala de espera de ambos turnos.
- Una vez seleccionados los pacientes de acuerdo a los criterios de selección y exclusión, y previa firma de consentimiento informado, se condujo al paciente seleccionado al consultorio 04 de medicina preventiva para la aplicación de los instrumentos de evaluación.
- Los datos sociodemográficos de los participantes fueron registrados en un documento ex profeso para ello nombrada encuesta, después se interrogó sobre la autopercepción de su estado de salud, abarcando las tres dimensiones, finalizamos con la aplicación de la escala MNA que incluye la sonometría del participante. Todos los datos fueron obtenidos por uno de los investigadores asociados en el periodo de marzo 2020 a mayo del 2021.
- De los pacientes identificados con desnutrición fueron asesorados y canalizados con su asistente médico para agendar una cita con su médico familiar para envió a nutrición.
- La información obtenida se registró en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para después ser analizado en el programa estadístico Stata versión 11.1.

Plan de análisis

-Para variables cuantitativas: Se obtuvieron medidas de tendencia central (media mediana y moda) medidas de dispersión (rango y desviación estándar).

- Variables cualitativas Se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

-Para el análisis bivariado se utilizó la formula exacta de Fisher, ya que los datos obtenidos no cumplieron los supuestos para la aplicación de chi cuadrada de que todos los valores fueron mayores a 5.

-Se tomó un valor de significancia estadística de $p < 0.05$.

-Para realizar la medida de asociación de utilizó el coeficiente de correlación de Spearman ya que los datos obtenidos muestran no mostraron una distribución normal.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala	Indicador
Autopercepción del estado de salud	Capacidad del ser humano de percibirse a sí mismo.	Escala de Autopercepción de salud en función de tres dimensiones: Buena: 6 a 8 puntos Regular: 3 a 5 puntos Mala: < 3 puntos	Independiente Cualitativa	Ordinal Politémica	Buena (0) Regular (1) Mala (2)
Estado Nutricional	Estado fisiológico de un individuo el cual resulta de la relación entre los requerimientos e ingreso de nutrientes y de la capacidad del cuerpo para digerir absorber y usar estos nutrientes (FAO 2007)	Mini Nutritional Assesment 12 a 14 puntos normal 8 a 11 puntos riesgo de malnutrición 0 a 7 puntos malnutrición	Dependiente. Cualitativa	Ordinal Politémica	Normal (0) Riesgo de malnutrición (1) Malnutrición (2)
Sexo	Características biológicas fenotípicas que nos distinguen de ser hombre o mujer.	Hombre Mujer Extraído de la encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Hombre (0) Mujer (1)
Edad	Tiempo Transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento actual.	Edad registrada en el expediente clínico electrónico, al momento de la revisión de datos. Extraído de la encuesta	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala	Indicador
Estado Civil	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	La condición particular que caracteriza a una persona en lo que refiere a sus vínculos personales, con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. Extraído de la encuesta	Cualitativa	Nominal Politémica	1) Casado 2) Unión libre 3) Soltero 4) Divorciado 5) Viudo
Escolaridad	Conjunto de cursos concluidos que un estudiante sigue en un establecimiento de docencia formal	Años de estudio de manera formal. Extraído de la encuesta	Cualitativa	Ordinal, Politémica	Analfabeta(0) Primaria(1) Secundaria (2) Preparatoria (3) Licenciatura (4) Posgrado (5)
Vivienda	Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas.	Propia, rentada, prestada. Extraído de la encuesta	Cualitativa	Nominal Politémica	(1) Propia (2) Rentada (3) Prestada

					(4) Asilo
Convivencia	Es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros)	Vive solo, Vive con pareja, Vive con hijos, Vive con nietos, vive con otras personas o con cuidadores. Extraído de la encuesta	Cualitativa	Nominal Politómica	(1) Solo (2) Pareja (3) Hijos (4) Nietos (5) Sin parentesco (6) Cuidadores
Ingresos	En términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona	Tipo de ingreso, solo se indagará si lo tiene y de qué tipo. Extraído de la encuesta	Cualitativa	Nominal politómica	(1) Pensión (2) Jubilado (3)Gubernamental (SEDESOL) (4)Familiares (5) No familiares (6) Ninguna
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración.	Se preguntará si pertenece a alguna religión o bien a ninguna. Extraído de la encuesta	Cualitativa	Nominal Politómica	Católica (0) Cristianos (1) Testigo de Jehová (2) Judía (3) Otras (4) Ninguna (5)
Tabaquismo	Es la adicción al tabaco fumado, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: la nicotina	Se preguntará si tiene el hábito de fumar cigarrillos dando la respuesta si o no. Extraído de la encuesta	Cualitativa	Nominal, dicotómica	No (0) Si (1)

ASPECTOS ÉTICOS:

El presente estudio de investigación fue sometido a revisión ante el Comité Local de Investigación en Salud y de ética del IMSS para su aprobación y posterior realización; así mismo se solicitó la anuencia del director en turno para la autorización por escrito, ante el presidente del Comité Local de Investigación en Salud del HGR c/MF No.1, para abordar a los pacientes del universo de trabajo. La información fue manejada con estricta confidencialidad; en caso de que los hallazgos obtenidos de la presente investigación sean presentados, en un futuro, en algún foro de discusión o sean publicados se tomarán las medidas necesarias para que la población participante no sea identificada.

Nuestro trabajo de investigación estuvo apegado a los lineamientos básicos de la declaración de Helsinki, emitida durante la 41ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial en 1989, que versan sobre las buenas prácticas de la investigación clínica; así mismo se respetaron los principios contenidos en el código de Núremberg.

También se tomaron en cuenta el Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de Investigación para la Salud con base en:

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Esta investigación se le clasifica en la categoría de “investigación sin riesgo”. El reglamento de la LGS en materia de investigación para la salud estipula que en esta categoría se incluyen los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Con base 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 estipula que la “carta de consentimiento informado” es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación. El apartado 12, de la citada norma, versa sobre la “información implicada en investigaciones” y especifica que:

“12.1. La información relacionada con cualquier investigación que el investigador principal entregue a la Secretaría de Salud, será clasificada como confidencial.

12.2. Los integrantes de los comités en materia de investigación para la salud de las instituciones o

establecimientos en los que se realice investigación, deben guardar total confidencialidad respecto de los informes y reportes que reciban del investigador principal, en particular, cuando se trate de investigaciones cuyos resultados sean susceptibles de patente o desarrollo y explotación comercial.

12.3. Los investigadores y los integrantes de los comités en materia de investigación para la salud de la institución o establecimiento donde se realice investigación, deben proteger la identidad y los datos personales de los sujetos de investigación, ya sea durante el desarrollo de una investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados de la misma, apegándose a la legislación aplicable específica en la materia”.

La información obtenida en este proyecto de investigación se utilizó con fines de investigación, respetando la confidencialidad y autonomía de los participantes y los investigadores nos comprometemos a no identificar a los participantes en la divulgación de los resultados encontrados.

Recursos, financiamiento y factibilidad

El presente trabajo contó con los siguientes recursos humanos para su desarrollo:

- Investigador responsable: Médico familiar adscrito a la consulta externa de medicina familiar.
- Investigador asociado: Médico de urgencias adscrito a la Coordinación de Educación e Investigador en salud.

Además, cuenta con Maestría en ciencias con enfoque en sistemas de salud.

- Además un médico residente de medicina familiar como investigador asociado.
- El trabajo tiene la factibilidad de llevarse a cabo dado que se cuenta con la consulta externa de medicina familiar en el HGR No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos y la población derechohabiente diabética necesaria para el proyecto.

Recursos materiales:

- Encuestas impresas
- Consentimientos informados
- Lápices o Bolígrafos
- Hojas blancas
- Laptop e impresora
- Báscula
- Estadímetro
- Paquete básico office

Recursos financieros:

Se contó con el pago de beca del investigador responsable, así como de uno de los investigadores asociados.

RESULTADOS:

Caracterización de la población estudiada:

Participaron en este estudio 241 pacientes de 60 años o más con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, en Cuernavaca, Morelos, México, de los cuales el 77.6 % fueron de sexo femenino, con una mediana de edad de 69 años, con un rango de edad de 60 a 88 años, el 42.2% estaban casados, 5.8% en unión libre, 7.5% eran solteros, 11.2% divorciados y 33.2% viudos; únicamente el 4.1% eran analfabetas, 2 terceras partes de la muestra tenían educación primaria o secundaria, el 16.2% preparatoria o equivalente y 12.5% licenciatura; en cuanto a la vivienda el 97% vive en casa propia, y el 3% en casa rentada o prestada; en cuanto a la convivencia, la mayor parte viven con sus hijos o su pareja (92.5%) y en menos del 8% viven solos, con nietos o cuidadores, los pacientes pensionados y jubilados representaron el 59%, seguidos de los que reciben apoyo de sus familiares (15.5%), el 13.8% reciben apoyo gubernamental, el 4.2% refirieron no recibir ningún ingreso; respecto a la religión la mayor parte de esta refirió ser católico que corresponden al 78.4% , el 10% eran cristianos y casi 1 de cada 10 no tenían ninguna religión, por último el 79.7% no fumaba y el 20.3% dijeron fumar, respecto a la autopercepción del estado de salud, el 41.49% de los participantes tenían una autopercepción mala, el 52.29% una autopercepción regular y el resto una buena autopercepción, el estado nutricional fue evaluado observando en nuestra muestra que aproximadamente 6 de cada 10 participantes tienen riesgo de malnutrición, el 37.34% tenían un estado nutricional normal y solo el 4.56% tenían malnutrición. **(Ver tabla 1).**

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes del estudio (n=241).

Variable	Frecuencia (N=241)	%
Autopercepción del estado de salud		
Mala	100	41.49
Regular	126	52.29
Buena	15	6.22
Estado nutricional		
Malnutrición	11	4.56
Riesgo De Malnutrición	140	58.09
Normal	90	37.34
Sexo		
Masculino	54	22.4
Femenino	187	77.6
Estado civil		
Casado	102	42.2
Unión libre	14	5.8
Soltero	18	7.5
Divorciado	27	11.2
Viudo	80	33.2
Escolaridad		
Analfabeta	10	4.1
Primaria	80	33.2
Secundaria	82	34
Preparatoria	39	16.2
Licenciatura	30	12.5
Tipo de vivienda		
Propia	234	97
Rentada	3	1.4
Prestada	4	1.6
Tipo de convivencia en vivienda		
Vive con su pareja	111	46.0
Vive Solo	9	3.8
Viven Pareja E Hijos	112	46.5
Vive Con Nietos	7	2.9
Vive Con Cuidador	2	0.8
Ingresos económicos		
Pensionado	134	56.1
Jubilación	7	2.9
Programa	33	13.8
Gubernamental		
Familiares	37	15.5
No Familiares	18	7.5
Ninguna	12	4.2
Religión		
Católica	189	78.4
Cristiana	24	10.0
Testigo de Jehová	3	1.2
Judía	7	2.9
Ninguna	18	7.5
Tabaquismo		
No	192	79.7
Si	49	20.3
Variable	Mediana (n=241)	Linf-Lsup
EDAD	69	57-88

Abreviaturas: L inf: Límite inferior; L sup: Límite superior

Relación entre la autopercepción del estado de salud y el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa de medicina familiar del HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos.

Se observó que aquellos que tenían una mala autopercepción de su estado de salud presentaron riesgo de malnutrición (71%), un 19% estado nutricional normal y malnutrición en 10%, en aquellos que tenían una buena autopercepción del estado de salud predominó el estado nutricional normal en un 86.67% y riesgo de malnutrición en un 13.33%, en aquellos que tenían una autopercepción regular predominó el riesgo de malnutrición seguido de un estado nutricional normal con un 53.17% y 46.03% respectivamente. (Ver tabla 2)

Tabla 2: Relación entre la autopercepción del estado de salud y el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa de medicina familiar del HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos.				
Variable	Autopercepción del estado de salud			Valor de p:
	Mala	Regular	Buena	
Malnutrición	10 10%	1 0.79%	0 0%	P < 0.001
Riesgo de malnutrición	71 71%	67 53.17%	2 13.33%	
Estado nutricional normal	19 19%	58 46.03%	13 86.67%	

Test exacto de Fisher. n: 241

Correlación entre la autopercepción del estado de salud y el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa de medicina familiar del HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos.

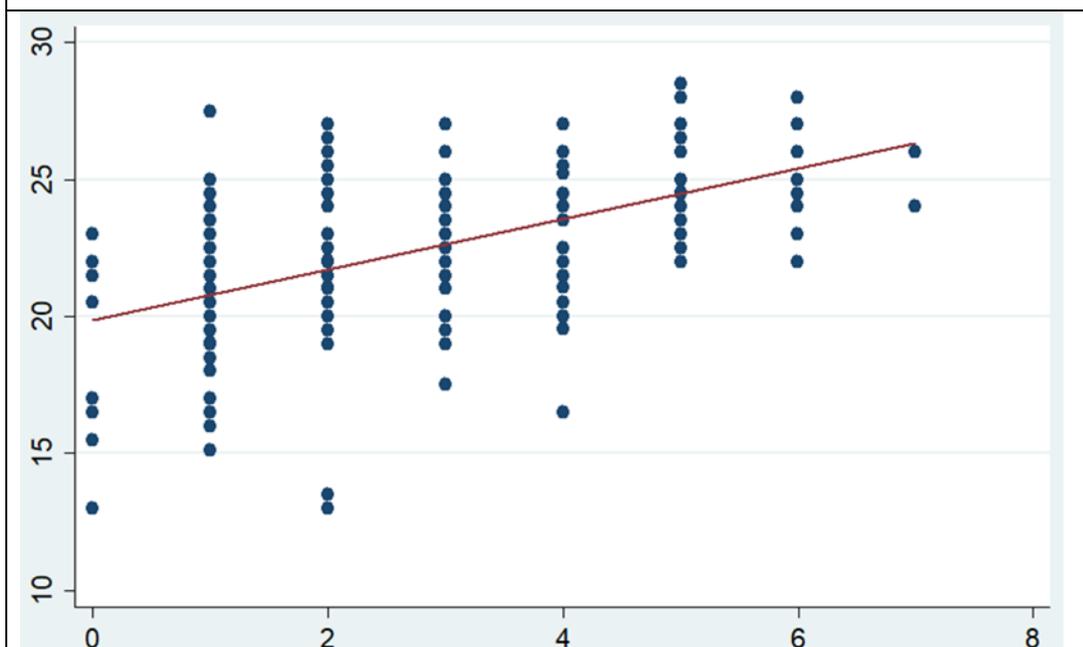
Para calcular la medida de asociación entre nuestras variables, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

Number of obs = 241

Spearman's rho = 0.5113

Teniendo como resultado un nivel de correlación positiva moderada (0.5113).

Diagrama de dispersión 1: Autopercepción del estado de salud y el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa de medicina familiar del HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos, realizado con las variables no categorizadas.



Coeficiente de correlación de Spearman rho = 0.5113, P: 0.5113.

Al analizar el diagrama de dispersión, observamos que se establece que es una correlación positiva, es decir, a mejor autopercepción del estado de salud, los pacientes presentan mejor estado nutricional, por lo tanto, se cumple lo que se planteó al escoger las variables. Al analizar la significación, vemos que es de $>0,001$ nuevamente, por lo que se cumple que sea menor a 0,05, e incluso es menor a 0,01, lo que indica que la correlación que se ha establecido (moderada) es muy probablemente cierta. (Ver diagrama 1).

DISCUSIÓN:

La desnutrición es un problema de salud pública a nivel mundial y nacional, la prevalencia de la desnutrición oscila entre el 5 y el 10% en ancianos no confinados y entre el 30 y el 85% en ancianos confinados en hogares, asilos y hospitalizados (5). El estado de nutrición está relacionado con el envejecimiento y a su vez la nutrición a lo largo de la vida influye en dicho proceso de envejecimiento. Durante esta etapa de la vida se producen cambios físicos en el individuo con un incremento en la masa grasa y pérdida de la masa magra, son frecuentes las alteraciones metabólicas y alimentarias, la presencia de comorbilidades de las enfermedades crónicas y agudas (5).

El presente estudio se llevó a cabo en 241 pacientes con 60 años o más de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No 1, en Cuernavaca, Morelos, México, encontramos que un 41.49% de la población estudiada tenía mala autopercepción, un 52.29% regular autopercepción y un 6.22% tenían una buena autopercepción, el 4.56% tenían malnutrición, el 58.09% tenían riesgo de malnutrición y el 37.34% de la muestra tenían un estado nutricional normal, y más del 70% de la participación fueron mujeres esto pudiera deberse a que es el grupo que mayormente acude con regularidad a su consulta, la escolaridad primaria tuvo la mayor prevalencia, solo el 20% de los participantes fumaba.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el análisis que comparó la relación entre la autopercepción del estado de salud y el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa de medicina familiar del HGR C/MF No.1 del IMSS Cuernavaca, Morelos. Observando que los grupos con una autopercepción mala tuvieron una mayor prevalencia en los grupos de malnutrición o riesgo de malnutrición.

Nuestros hallazgos son congruentes con otros artículos revisados en la literatura en los cuales se observa una asociación entre el estado de salud y la autopercepción del estado nutricional, Acosta, et al. observaron en una población argentina en un estudio transversal con 297 pacientes una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y la autopercepción del estado de salud, encontrando los siguientes resultados el 54.8% de los ancianos consideró su estado de salud como buena, predominando los varones con 62.1%. El 25% de los ancianos presentó estado nutricional normal (ENN), el 42.1% presenta malnutrición por exceso (MNE), con predominio en mujeres (52.5%). El estado nutricional presentó asociación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción y la percepción del estado de salud actual con una $p=0.01$, asociación que no se presentó con la variable relaciones sociales. (8) Peláez et al, evaluó el estado de salud de 442 adultos mayores a través del indicador autopercepción de la salud y analizar los factores que influyen en esta autopercepción, el 60,1 % de los adultos mayores tuvieron una autopercepción de la salud buena. El análisis bivariado demostró que la autopercepción de salud negativa se relacionó con ser mujer, no tener cobertura de salud, no tener ingresos o ingresos inferiores a 250 USD, necesitar ayuda, tener más de una enfermedad crónica,

nivel educativo bajo o medio e insatisfacción con la vida. En el análisis multivariado, se observó que la variable enfermedades crónicas fue la que tuvo mayor efecto en la autopercepción de salud. En nuestro estudio, al ser población con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, no fue sorpresa encontrar que solo el 6.22% tuvieran una autopercepción del estado de salud buena, mientras que el 52.29% refirió tener una autopercepción de salud regular, seguido por muy poco por los que refirieron una autopercepción mala del estado de salud, con un 41.49%. con lo cual se destaca que el indicador autopercepción de salud resulta útil para medir el nivel de salud de una población, ya que se relaciona fuertemente con la presencia de enfermedades crónicas (13), estos hallazgos revisados en la literatura compaginan con nuestros hallazgos observado que la identificación de su estado nutricional puede hablarnos de la percepción de la salud de los pacientes, lo que es de suma importancia en el manejo integral en primer nivel de atención.

Este estudio proporciona un sustento más a que existe una correlación entre el estado nutricional y la autopercepción del estado de salud, en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, hallazgo sumado a la bibliografía disponible en particular en la población mexicana. En el presente estudio identificamos algunas limitaciones: primero, incluimos participantes de una sola área geográfica de México, segundo el diseño del estudio no puede identificar relaciones causales y el tipo de muestreo fue no probabilístico, pudiera ser de vital importancia considerar otras variables que presentan asociación con la autopercepción de salud, como la actividad física y otras variables de contenido psicosocial, las cuales no han sido consideradas en el presente estudio.

CONCLUSIÓN:

El presente estudio demuestra que existe una correlación positiva entre la autopercepción del estado de salud y el estado nutricional de los adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 adscritos al HGR 01 de Cuernavaca, Morelos. Del total de 241 pacientes estudiados, encontramos que solo un pequeño grupo representado por 6.22% tiene una buena autopercepción del estado de salud, que la mayor parte de la muestra tiene una autopercepción regular de su estado de salud con un 52.29% y sorprendentemente el 41.49% tiene una mala autopercepción de su estado de salud, que al compararlo con el estado nutricional obtenido de dichos participantes, nuevamente la mayor parte no se encuentra en un adecuado estado nutricional, sino la mayor prevalencia con un 58.09% se encuentra en riesgo de desnutrición, y solo el 37.4% en un estado nutricional normal. Al aplicar el test exacto de Fisher obtuvimos como resultado una $p < 0.001$, lo que nos indica que existe relación entre las variables estudiadas, y al aplicar la prueba de correlación de Spearman, se demostró que existe una correlación positiva moderada entre el estado nutricional y la autopercepción del estado de salud, lo cual comprueba nuestra hipótesis, de que la autopercepción del estado de salud se asocia al estado nutricional de nuestros pacientes, como podemos observar en el diagrama de dispersión 1, donde se establece que es una correlación positiva, es decir, a mejor autopercepción del estado de salud, los pacientes presentan mejor estado nutricional, por lo tanto, se cumple lo que se planteó al escoger las variables. por lo que es importante seguir realizando estudios enfocados a este grupo de pacientes, además de reforzar esta línea de investigación, que

nos permitan evaluar causalidad entre dichas variables para poder así implementar programas y estrategias para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

TITULO: AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS.

Dra. Mónica Viviana Martínez Martínez *; Dra. María del Carmen Muñoz Robles **, Dr. Fernando Trujillo Olea ***.
 * Médico Familiar adscrito al HGR c/MF No.1 Cuernavaca, Morelos. Médico Residente de Medicina Familiar, adscrito al HGR c/MF No.1 Cuernavaca, Morelos. *** Médico de Urgencias, adscrito al HGR c/MF No.1 Cuernavaca, Morelos.

	ENERO 2020	FEBRERO 2020	MARZO 2020	MAYO 2020- JUNIO 2021	JULIO 2021	AGOSTO- SEPTIEMBRE 2021	OCTUBRE 2021
Revisión bibliográfica	X	X					
Desarrollo del protocolo	X	X					
Envío y aprobación del protocolo		X	X				
Recolección de muestra				X			
Análisis de datos					X		
Escritura de resultados						X	
Presentación de tesis							X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osuna-Padilla IA, Verdugo-Hernandez S, Leal-Escobar G, Osuna-Ramirez I. Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. 2015;19:12-20.
2. Gallegos-Carrillo K, Garcia-Pena C, Duran-Munoz C, Reyes H, Duran-Arenas L. [Self-perceived health status: an approach of the elderly in Mexico]. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):792-801.
3. Halter JB. Diabetes mellitus in an aging population: the challenge ahead. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012;67(12):1297-9.
4. Kawada T, Otsuka T, Endo T, Kon Y. Prevalence of the metabolic syndrome and its relationship with diabetes mellitus by aging. *Aging Male*. 2011;14(3):203-6.
5. General CdS. Guía de Referencia Rápida. Evaluación y Control del Estado Nutricional del Adulto Mayor. 2014. p. 1-15.
6. Guigoz Y, Vellas BJ. [Malnutrition in the elderly: the Mini Nutritional Assessment (MNA)]. *Ther Umsch*. 1997;54(6):345-50.
7. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006;10(6):466-85; discussion 85-7.
8. Acosta RRM. Autopercepción de salud, relaciones sociales y estado nutricional en adultos mayores que concurren a hogares de día provinciales en la Ciudad de Córdoba. [Trabajo de tesis para obtener el grado de maestro en Gerontología]: Universidad Nacional de Cordoba. Argentina; 2014.
9. Blazquez Abellan G, Lopez-Torres Hidalgo JD, Rabanales Sotos J, Lopez-Torres Lopez J, Val Jimenez CL. [Healthy eating and self-perception of health]. *Aten Primaria*. 2016;48(8):535-42.
10. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25:57-62.
11. Rojas de P E, Molina R, Rodríguez C. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. 2012;10(1):7-12.
12. FAO. Glosario de Términos [Available from: <http://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>].
13. Peláez E, Débora Acosta L, Delia Carrizo E. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41:0-.
- 14.- González Bernal, Jerónimo y de la Fuente Anuncibay, Raquel (2014). DESARROLLO HUMANO EN LA VEJEZ: UN ENVEJECIMIENTO OPTIMO DESDE LOS CUATRO COMPONENTES DEL SER HUMANO. *Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación*, 7 (1), 121-129. [Fecha de Consulta 17 de Octubre de 2021]. ISSN: 0214-9877. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851791013>.
- 15.-Butler RN. Psiquiatría y psicología de la madurez en: Kaplan HI, Sadock BJ ,dirs. "Tratado de Psiquiatría de Freedman Kaplan y Sadock"; 2ª ed. tomo II Salvat; Salvat Editores; Barcelona: masson: 1989.
- 16.- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. 2016.

17.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. 2014. [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_ eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).

18.- Carmuega E., Durán P. Fuente. Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. Disponible en <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=12522&pagina=3>.

19.- Evaluación nutricional a lo largo del ciclo vital, serie creación n° 1: compendio de evaluación nutricional a través del ciclo vital, actualización 2020. disponible en:
<http://www.umag.cl/vcm/wpcontent/uploads/2021/07/Compendio-de-Evaluacion-Nutricional-a-lo-Largo-de-Ciclo-Vital-Nutricion-y-Dietetica-UMAG1-1.pdf>.

20.- Meléndez Moral, J. C., La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad, Psicogerontología Volumen 12 (8) – 389 - 1996.

21.- Bustos-Vázquez, Eduardo; Fernández-Niño, Julián Alfredo; et al, Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple Biomédica, vol. 37, núm. 1, 2017, pp. 92-103 Instituto Nacional de Salud Bogotá, Colombia ISSN: 0120-4157 biomedica@ins.gov.co.

ANEXOS:

ANEXO 1.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL C/MF No.1 CUERNAVACA, MORELOS.
ENCUESTA DEL PROYECTO : AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL
ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS.

FOLIO: _____

a) **Nombre del paciente:** _____

b) **NSS:** _____

c) **Edad en años:** _____

d) **Sexo:**

(0) Hombre (1) Mujer

e) **Estado Civil:**

(1) Casado (2) Unión libre (3) Soltero (4) Divorciado (5) Viudo

f) **Escolaridad:**

(0) Analfabeta (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria o equivalencia (4) Licenciatura (5) Posgrado

g) **Vive en casa:**

(1) Propia (2) Rentada (3) Prestada (4) asilo o casa de reposo

h) **Convivencia con:**

(1) Pareja (2) Solo (3) Hijos (4) Nietos (5) Sin parentesco (6) Cuidadores

i) **Ingresos:**

(1) Pensión (2) Jubilado (3) Gubernamental (SEDESOL) (4) Familiares (5) No familiares (6) Ninguna

j) **Religión:**

Católica (0) Cristiano (1) Testigo de Jehová (2) Judía (3) Otras (4) Ninguna (5)

k) **Tabaquismo:**

No (0) Sí (1)

l) **Autopercepción de Salud**

- La Autopercepción del estado de salud actual

Excelente (4 p) Muy buena (3 p) Buena (2 p) Regular (1 p) Malo (0 p)

- La Autopercepción del estado de salud actual con respecto al año anterior.

Mejor (2 p) igual (1 p) peor (0 p)

- La Autopercepción del estado de salud actual con respecto a sus pares

Mejor (2 p) igual (1 p) peor (0 p)

PLAN GERIÁTRICO INSTITUCIONAL

Nombre del Paciente: _____

No. de Afiliación _____

Fecha: _____

VALORACION NUTRICIONAL

Mini Nutritional Assesment

Instrucción: Registre en el cuadro amarillo la calificación correspondiente. Al finalizar hallará la sumatoria para establecer el estado nutricional

a ¿ Ha perdido el apetito

Ha comino mucho menos

Ha comido menos

Ha comido igual

0

1

2

b Perdida reciente de peso menos de 3 meses

Perdida de peso mayor a 3 kgs

No lo sabe

Perdida de peso de 1 a 3 Kgs

No hay perdida de peso

0

1

2

3

c Movilidad

De la cama al sillón

Autonomía en el interior

Sale del domicilio

0

1

2

d Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés ultimos 3 meses

Si

No

0

2

e Problemas neuropsicológicos

Demencia o depresión grave

Demencia moderada

Sin problemas psicológicos

0

1

2

f Índice de masa corporal

Índice de masa corporal < de 19

Índice de masa corporal 19 a 21

Índice de masa corporal de 21 a 23

Índice de masa corporal > a 23

0

1

2

3

Total

Ponderación preliminar

Estado nutricional normal **12 a 14 puntos**

Riesgo de malnutrición **8 a 11 puntos**

Malnutrición **0 a 7 puntos**

g ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

Si

No

1
0

h ¿El paciente toma mas de 3 medicamentos al día?

Si

No

0
1

i ¿El paciente tiene úlceras o lesiones cutáneas?

Si

No

0
1

j ¿Cuántas comidas toma completas al día?

Una comida

Dos comidas

Tres comidas

0
1
2

k ¿Consume el paciente?

Producto lácteos una vez al día

Huevos o legumbres una o dos veces a la semana

Carne pescado o aves diariamente

Si () No () 0 a 1 Si

Si () No () 2 Si

Si () No () 3 Si

0
0.5
1

l ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

Si

No

1
0

m ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?

Agua, zumo, café, leche, té, vino, cerveza

Menos de 3 vasos

De tres a cinco vasos

Más de cinco vasos

0
0.5
1

n Forma de alimentarse

Necesita ayuda

Se alimenta solo con dificultad

Se alimenta solo sin dificultad

0
1
2

o ¿Se considera un paciente bien nutrido?

Malnutrición grave

No lo sabe o malnutrición moderada

Sin problemas de nutrición

0
1
2

p ¿En comparación con otras personas, como percibe el paciente su estado de salud?

Peor

0

No lo sabe

0.5

Igual

1

Mejor

2



q Circunferencia braquial

Menos de 21 cms

0

21 a 22 cms

0.5

Mayor a 22

1



r Circunferencia de pantorrilla

Menos de 31 cms

0

Mayor a 31 cms

1



Total 0.0

Estado nutricional normal

24 a 30 puntos

Riesgo de malnutrición

17 a 23.5 puntos

Malnutrición

Menos de 17 puntos

Nombre del aplicador: _____

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS.

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Cuernavaca, Morelos a 23 de marzo 2020

Número de registro:

Pendiente

Justificación y objetivo del estudio:

El objetivo de este estudio es conocer cuál es la autopercepción de los adultos mayores sobre su estado de salud y revisar si tiene relación con su estado de la nutrición, pues lo anterior se ha observado que una mala autopercepción de salud con un mal estado de la nutrición tiene repercusiones en la mortalidad de los individuos.

Objetivo: Identificar la asociación entre la autopercepción del estado de salud con el estado nutricional del adulto mayor diabético de la consulta externa del HGR C/MF No.1

Procedimientos:

Una vez que acepte participar y después de firmar el consentimiento informado, se le realizarán unas preguntas personales, después se le pesará y medirá con báscula que cuenta con estadímetro (instrumento para medir la estatura)

Posibles riesgos y molestias:

Riesgo mínimo

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Establecer su estado nutricional, participante que presente alguna alteración nutricional será canalizado con su médico familiar para su pronta atención

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

En caso de que usted presente datos relacionados con una mala nutrición o bien su autopercepción de salud sea mala se canalizará con su médico familiar para su pronta atención médica

Participación o retiro:

Usted puede retirarse del proyecto en el momento en que así lo considere, sin haber repercusión alguna de su retiro

Privacidad y confidencialidad:

Toda la información que nos proporcione se manejará de forma privada y confidencial y será utilizada con fines de investigación

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: Dra. Mónica V. Martínez. Médico Familiar, adscrito al HGR c/MF No.1 IMSS Cuernavaca, Morelos. Tel 777 1259125. Correo: monviviana31@gmail.com

Colaboradores:

Dra. María del Carmen Muñoz Robles. Médico Residente de Medicina Familiar. Adscrita al HGR c/MF No.1 IMSS Cuernavaca, Morelos Tel. 735 1479809. Correo: car_lithe_princess@hotmail.com
Dr. Fernando Trujillo Olea. Médico de Urgencias, adscrito al HGR c/MF No.1 IMSS Cuernavaca, Morelos. Tel 777 3155000 Ext 51315. Correo: fertruol@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 17028 en el Hospital General de Zona c/MF No.5 del IMSS: Blvd. Lázaro Cárdenas s/n. Col. Centro, Municipio de Zacatepec de Hidalgo, Morelos. Teléfono (734)3472431, Correo electrónico: comitedeetica17028hqz5@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

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

ANEXO 3. CARTA DE ANUENCIA.

Cuernavaca, Morelos 01 abril 2020.

ASUNTO: Petición.

Dra. Marisol Román Velasquez
Sub Directora de Medicina Familiar del HGR c/MF No. 1
IMSS Cuernavaca, Morelos

La que suscribe Mónica Viviana Martínez Martínez, Médico Familiar adscrita al HGR c/MF 1, solicita su autorización para entrevistar a población de la tercera edad, diabética, derechohabientes de medicina familiar con la finalidad de recabar información necesaria para la realización del protocolo de investigación titulado: "**AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1 DEL IMSS CUERNAVACA, MORELOS.**". A dicho proyecto se le suma la participación de la Dra. María del Carmen Muñoz Robles residente de segundo año de Medicina Familiar del HGR No.1, por lo que ella será la encargada de iniciar la recolección de la información y estará abordando en sala de espera en ambos turnos a los pacientes que tengan los criterios de selección, así mismo solicitarle su autorización para hacer uso de una báscula con estadímetro del servicio.

El proyecto de investigación tiene como objetivo la detección de la situación actual en MF No. 1 del IMSS en Morelos sobre la autopercepción del estado de salud y su relación con el estado nutricional, mismo que aportará información en beneficio de la población derechohabiente y Médicos Familiares que brindan la atención.

Cabe mencionar que el protocolo de investigación está basado en los principios éticos vigentes; será sometido a revisión, para su aprobación y posterior realización, ante el Comité Local de Ética e Investigación en Salud.

El equipo de investigación se compromete respetar la confidencialidad y privacidad de los datos recabados; se tomarán las medidas necesarias para el anonimato de la población participante y los médicos involucrados, mediante la asignación de un número de folio a cada participante. Los investigadores asumieron la obligación de jamás revelar la identidad de las participantes en ninguna publicación que surja del presente protocolo. Sin otro particular por el momento y esperando una respuesta favorable, le envío un cordial saludo.

Atentamente.
Dra. Mónica Viviana Martínez Martínez
Médico Familiar adscrito H.G.R. con Medicina Familiar No1. Cuernavaca, Morelos
Matricula. 10209549

Dr. Marisol Román Velasquez
01/04/2020