

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
EN CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN
ADULTOS MAYORES CON OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
M. C. GIOVANNI GONZAGA GASPAR**

**DIRECTOR DE TESIS:
E. EN S. P. ADRIÁN GERARDO VERGARA CUADROS**

**REVISORES DE TESIS:
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E. EN S. P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO
DRA. IMELDA GARCÍA ARGUETA
DRA. MARGARITA MARINA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ**

**“LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN
ADULTOS MAYORES CON OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

ÍNDICE

CAP.	PÁG.
PRÓLOGO	
RESUMEN	
SUMMARY	
AGRADECIMIENTOS	
I. MARCO TEÓRICO	7
I.1. Adulto mayor	7
I.1.1. Definición	7
I.1.2. Implicaciones para la salud	8
I.1.3. Transición epidemiológica	10
I.2. Resiliencia	13
I.2.1. Definición	13
I.2.2. Construcción	14
I.2.3. Resiliencia en el adulto mayor	17
I.3. Imagen corporal	20
I.3.1. Definición	20
I.3.2. Imagen corporal del adulto mayor	22
I.4. Obesidad	23
I.4.1. Definición	23
I.4.2. Implicaciones para la salud	24
I.5. Diabetes mellitus tipo 2	25
I.5.1. Definición	25
I.5.2. Prevención	26
I.5.3. Tratamiento	26
I.5.4. Complicaciones	31
I.5.5. Epidemiología	33
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
II.1. Argumentación	34
II.2. Pregunta de investigación	35
III. JUSTIFICACIONES	36
III.1. Académica	36
III.2. Científica	36
III.3. Social	36
IV. HIPÓTESIS	37
IV.1. Hipótesis alterna	37
IV.2. Hipótesis nula	37
V. OBJETIVOS	38
V.1. Objetivo general	38
V.2. Objetivos específicos	38
VI. MÉTODO	39
VI.1. Tipo de estudio	39
VI.2. Diseño de estudio	39
VI.3. Operacionalización de variables	39
VI.4. Universo de trabajo	42

VI.4.1.	Criterios de inclusión	43
VI.4.2.	Criterios de exclusión	43
VI.4.3.	Criterios de eliminación	43
VI.5.	Instrumentos de investigación	43
VI.5.1.	Descripción	43
VI.5.2.	Validación	45
VI.5.3.	Aplicación	45
VI.6.	Límite de tiempo y espacio	45
VI.7.	Método	45
VI.8.	Diseño estadístico	46
VII.	ORGANIZACIÓN	47
VIII.	IMPLICACIONES ÉTICAS	48
IX.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
X.	CUADROS Y GRÁFICOS	54
XI.	CONCLUSIONES	92
XII.	RECOMENDACIONES	94
XIII.	BIBLIOGRAFÍA	96
XIV.	ANEXOS	101
XIV.1.	Constancia de estandarización de toma de peso y talla	101
XIV.2.	Oficio de solicitud de aplicación de instrumentos de investigación	103
XIV.3.	Oficio de aceptación de aplicación de instrumentos de investigación	105
XIV.4.	Consentimiento informado	106
XIV.5.	Ficha de identificación	107
XIV.6.	Pictograma de Stunkard	108
XIV.7.	Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)	109
XIV.8.	Constancia de aceptación al Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Puebla 2020	112
XIV.9.	Certificado de participación del Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Puebla 2020	113
XIV.10.	Constancia de aceptación al Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Tabasco 2020	114
XIV.11.	Certificado de participación del Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Tabasco 2020	115

PRÓLOGO

En la actualidad, tanto en el mundo entero como en México, la cantidad de adultos mayores se ha incrementado aceleradamente; esta transición demográfica obedece a avances en la medicina que, a través del tratamiento casi exclusivo de padecimientos físicos, han conducido al alargamiento de la expectativa de vida, pero desafortunadamente estos no han tomado en cuenta el manejo de la carga emocional y afectiva que el envejecimiento trae consigo.

Por consiguiente, el bienestar mental de los adultos mayores debiera ser tratado, por los prestadores de salud, con la misma importancia que el bienestar físico, ya que las enfermedades crónicas que afectan a la gran mayoría de integrantes de este grupo de edad, involucran alteraciones psicológicas, emocionales, sociales y económicas que obligan a encontrar medidas de afrontamiento para lidiar con esta situación.

Es aquí donde adquiere importancia la resiliencia, ya que esta implica invertir en un esfuerzo propio y consciente para resolver problemas personales e interpersonales para tratar de minimizar el estrés, el conflicto y los efectos negativos de las comorbilidades, incluida la mala autopercepción, para finalmente alcanzar el dominio de estos.

Derivado de lo anterior, el objetivo de este estudio fue medir el nivel de resiliencia de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad, así como determinar la satisfacción con su imagen corporal, y analizar la asociación entre estas dos variables. Los resultados encontrados coinciden con estudios previos que evidencian el trabajo que aún queda por hacer en el área de salud mental, por parte de los prestadores de salud, para encontrar formas de coadyuvar con la búsqueda y desarrollo de habilidades que fomenten la capacidad de ser resiliente.

Atentamente

M. C. Giovanni Gonzaga Gaspar

Toluca, México, a 27 de septiembre de 2020

RESUMEN

“LA RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN ADULTOS MAYORES CON OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2”

M. C. Giovanni Gonzaga Gaspar y E. en S. P. Adrián Gerardo Vergara Cuadros

Introducción: Los adultos mayores son un grupo de edad que crece aceleradamente en el país y para el 2050 representarán el 42.8% de la población. En ellos es frecuente la presencia de enfermedades crónicas las cuales involucran alteraciones que condicionan pérdidas mentales, físicas y sociales que pueden disminuir su autoestima y generar insatisfacción con su imagen corporal, lo cual les obliga a encontrar medidas de afrontamiento para lidiar con su situación. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo; se aplicaron los instrumentos *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)*, que mide el nivel de resiliencia, y el *Pictograma de Stunkard*, que determina la satisfacción con la imagen corporal. Se buscó asociación estadística con la prueba Chi-cuadrado (χ^2), así como su magnitud con la prueba V de Cramer (ϕ_c). Se consideró un p -valor de 0.05. **Resultados:** $n=48$ adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad; edad= 69.5 ± 6.2 años; 58.3% fueron hombres y 41.7% fueron mujeres; 70.8% contaron con un nivel medio de resiliencia y 58.3% se encontraron insatisfechos con su imagen corporal. El nivel de resiliencia tuvo asociación estadísticamente significativa, aunque moderada, con la imagen corporal ($\chi^2_{(1)} = 4.160$, $p = 0.043$, $\phi_c = 0.294$). **Conclusiones:** El desarrollo incompleto de la resiliencia puede no eliminar el estrés ni borrar las dificultades, en cambio, ayuda a adquirir la capacidad de entendimiento de que las adversidades son parte de la vida. Este proceso adaptativo se refleja en los resultados de la investigación; los adultos mayores contaron con un nivel medio de resiliencia, lo que implica el uso de esta con el propósito de vivir efectivamente en modo de supervivencia, avanzando, pero sin la capacidad de ver una perspectiva más amplia. La insatisfacción con su imagen corporal ejemplifica esta carencia de visión, en este caso, respecto al desarrollo de sentimientos positivos acerca de su propio cuerpo y la apariencia que proyectan a los demás.

Palabras clave: Resiliencia, imagen corporal, adultos mayores.

SUMMARY

"RESILIENCE AND ITS ASSOCIATION WITH BODY IMAGE IN OLDER ADULTS WITH OBESITY AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS"

M. C. Giovanni Gonzaga Gaspar and E. en S. P. Adrián Gerardo Vergara Cuadros

Introduction: Older adults are an age group that is growing rapidly in the country and by 2050 they will represent 42.8% of the total population. Chronic diseases present in this age group comprise biological, psychological and emotional alterations that create mental, physical and social losses that can lower their self-esteem and generate dissatisfaction with their body image, which in turn compels them to find coping mechanisms to deal with their situation. **Material and methods:** Observational, analytical, cross-sectional and prospective study. The *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)* was used to measure the level of resilience, and the Stunkard Pictogram was used to determine satisfaction with body image. Statistical association was sought with the Chi-square (χ^2) and Cramer's V (φ_c) tests. A p -value of 0.05 was considered. **Results:** $n=48$ older adults with type 2 diabetes mellitus and obesity; age = 69.5 ± 6.2 years; 58.3% were men and 41.7% were women; 70.8% had a medium level of resilience and 58.3% were dissatisfied with their body image. The level of resilience had a statistically significant association, although moderate, with body image ($\chi^2_{(1)} = 4.160$, $p = 0.043$, $\varphi_c = 0.294$). **Conclusion:** The incomplete development of resilience cannot eliminate stress or erase difficulties, instead, it helps to acquire the capacity for understanding that adversity is part of life. This adaptive process is reflected in the results; older adults had a medium level of resilience, which implies the use of it with the purpose of living effectively in survival mode, advancing, but without the ability to see a broader perspective. Dissatisfaction with their body image exemplifies this lack of vision, in this case, regarding the development of positive feelings about their own body and appearance.

Key words: Resilience, body image, older adults.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. Adulto mayor

I.1.1. Definición

La mayoría de los países del mundo desarrollado han aceptado la edad cronológica de 65 años como una definición de 'anciano' o adulto mayor. Si bien esta es un tanto arbitraria, habitualmente se relaciona con la etapa de la vida en la que los beneficios sociales son otorgados como parte de la conversión laboral y la productividad. Por el momento, no existe un criterio numérico estándar, pero el límite acordado por la Organización de las Naciones Unidas es de 60 años o más para referirse a la población de mayor edad (1).

Cuando se habla de este grupo etario y del envejecimiento, se hace referencia a un proceso natural, progresivo, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel físico, mental y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de las personas (2). Por ello, la manera de envejecer de cada individuo es diferente y depende de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las situaciones a las que se haya enfrentado durante su vida, que implican procesos de desarrollo y de detrimento, es decir, de ganancia y de pérdida, y que se da durante todas las etapas de desarrollo (3).

Entre los signos que establecen el envejecimiento se tienen:

- La edad física: cambios biológicos presentes en distintas cadencias, mismas que dependen del sexo, residencia, nivel económico, cultura, alimentación, tipo de actividades y emociones.
- La edad psicológica: cambios emocionales, sentimentales, de pensamiento y el significado que para cada persona tiene el envejecimiento.

Adicionalmente se presentan cambios en otros procesos como la memoria o el aprendizaje.

- La edad social: relacionada con las interpretaciones de la vejez, diferentes para cada grupo humano, de acuerdo a su historia, su cultura y su organización social (2).

I.1.2. Implicaciones para la salud

Los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos. A nivel biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación gradual de una amplia variedad de daño molecular y celular. Con el tiempo, este daño conduce a una disminución gradual de las reservas fisiológicas, un mayor riesgo de diversas enfermedades y una disminución general de la capacidad del individuo, lo que en última instancia, dará lugar a la muerte (4).

Las afecciones comunes en la edad avanzada incluyen pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolor de espalda y cuello y artrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, depresión y demencia; además, a medida que las personas envejecen, es más probable que experimenten varias afecciones al mismo tiempo. La vejez también se caracteriza por el surgimiento de varios estados de salud complejos que tienden a ocurrir solo más tarde en la vida y que no entran en categorías de enfermedades discretas. Estos son comúnmente llamados síndromes geriátricos. A menudo son consecuencia de múltiples factores subyacentes e incluyen fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, delirio y úlceras por presión (5).

Los síndromes geriátricos parecen ser mejores predictores de muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Sin embargo, fuera de los países que han desarrollado la medicina geriátrica como una especialidad, a menudo se los pasa por alto en los servicios de salud tradicionalmente estructurados y en la investigación epidemiológica (5).

Lo anterior ha conducido a la creación de la gerontología, que es definida como el estudio de los procesos físicos, mentales y sociales del envejecimiento, desde una perspectiva interdisciplinaria. La gerontología social estudia las interacciones entre el individuo que envejece y su sociedad; la gerontología médica o geriatría, como rama de la gerontología y la medicina, se encarga de todos los aspectos de la salud y el cuidado de los adultos mayores durante el envejecimiento; y por su parte, la psicología gerontológica o psicogerontología estudia la relación entre envejecimiento, la personalidad y el comportamiento (3).

La creación de estas nuevas disciplinas también ha surgido como respuesta al hecho de que las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo rápidamente, lo cual representa tanto retos como oportunidades. El aumento de la demanda de atención primaria de salud y atención a largo plazo, requerirá una fuerza laboral más numerosa y mejor capacitada, lo que intensificará la necesidad de que los entornos sean más amigables con las personas mayores, tanto en instituciones de salud como dentro de su misma familia, su comunidad local (por ejemplo, como voluntarios o dentro de la fuerza laboral formal o informal) o a la misma sociedad en general (6).

En los países en vías de desarrollo, este aumento se debe en gran medida a grandes reducciones de la mortalidad en edades más tempranas, especialmente durante la infancia y el parto, y por enfermedades infecciosas. En los países desarrollados, los aumentos continuados en la esperanza de vida se deben ahora principalmente a la disminución de la mortalidad entre los mayores (4).

Cada persona, en cada país del mundo, debe tener la oportunidad de vivir una vida larga y saludable. Sin embargo, los entornos en los que vivimos pueden favorecer la salud o perjudicarla. Los entornos son muy influyentes en nuestro comportamiento, nuestra exposición a los riesgos para la salud (por ejemplo, la contaminación del aire, la violencia), nuestro acceso a servicios de salud y sociales de calidad y las oportunidades que brinda el envejecimiento (7).

En el caso de los adultos mayores, el envejecimiento saludable consiste en crear entornos y oportunidades que permitan a las personas ser y hacer lo que valoran a lo largo de sus vidas. Todo el mundo puede experimentar un envejecimiento saludable, aunque estar libre de enfermedades no es un requisito para el desarrollo de este, ya que muchos adultos mayores tienen una o más afecciones de salud que, cuando están bien controladas, tienen mucha influencia sobre su bienestar (7).

La Organización Mundial de la Salud (7) define el envejecimiento saludable "como el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la edad avanzada". Esta consiste en tener las capacidades funcionales que permitan a todas las personas ser y hacer lo que tienen posibilidad para valorar y lograr, tanto en su ambiente como en sus relaciones inter e intrapersonales; lo cual incluye:

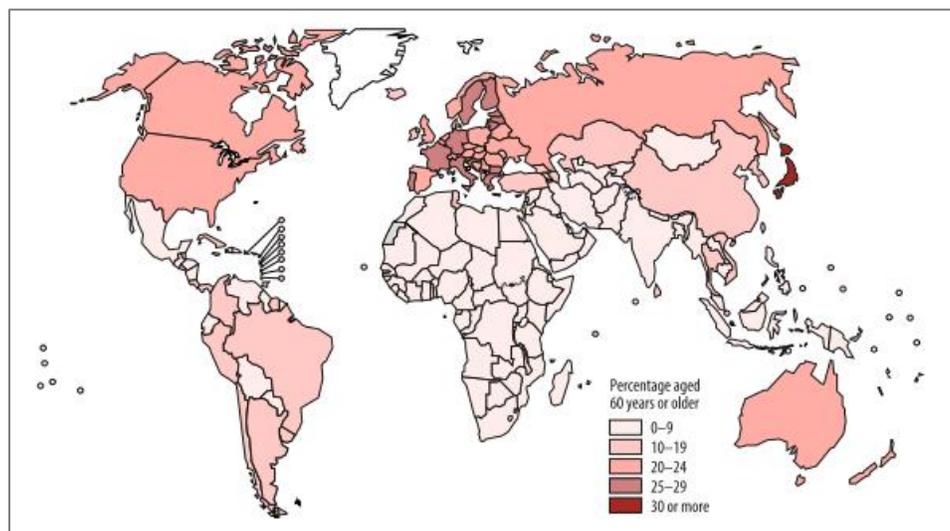
- Satisfacer sus necesidades básicas;
- Aprender, crecer y tomar decisiones;
- Ser activo;
- Construir y mantener relaciones; y
- Contribuir a la sociedad.(7).

I.1.3. Transición epidemiológica

Hoy, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los 60 años o más (4). En México, la esperanza de vida ha incrementado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después, en 1970 este indicador se ubicó en 61 años; en el 2000 fue de 74 y en 2016 de 75.2 años. Las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, su esperanza de vida era de 35 años y para los hombres de 33. Al 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres; y en 2016, se ubicó en casi 78 años para las mujeres y en casi 73 años para los hombres (8).

Lo anterior es una de las razones por las que el envejecimiento se está convirtiendo en un tema clave de política pública, ya que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores en las poblaciones de todo el mundo están aumentando dramáticamente. Actualmente, solo hay un país donde esta proporción supera el 30%: Japón (Figura 1). Sin embargo, para mediados de siglo (Figura 2), muchos países tendrán una proporción similar de personas mayores a la de Japón en 2012. Estos incluyen países de Europa y América del Norte, pero también Chile, China, la República Islámica de Irán, la República de Irán. Corea, la Federación Rusa, Tailandia y Vietnam (4).

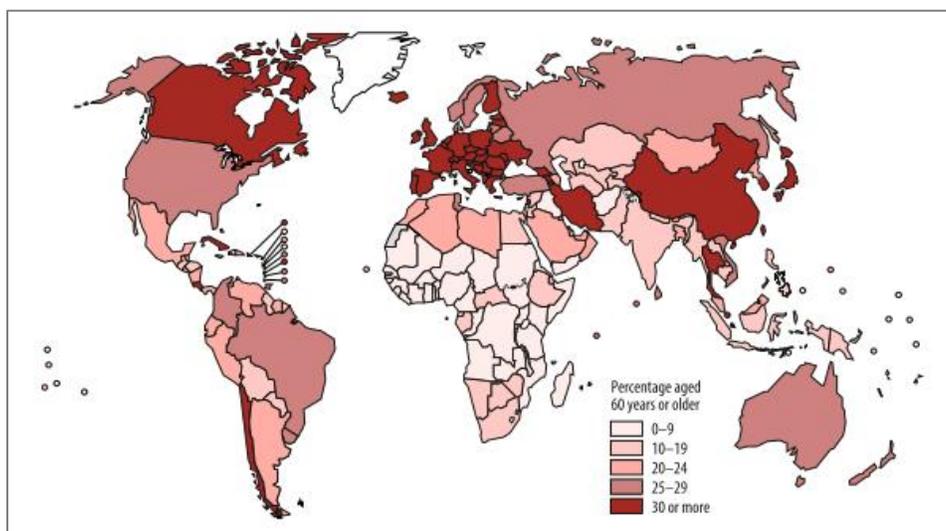
Figura 1. Proporción de la población de 60 años o más, por país, 2012



Fuente: World Report on Ageing and Health, 2015

En México, la primera fase de esta transformación comenzó en la década de 1930 con un descenso de la mortalidad que, junto con elevados niveles de natalidad, provocaron un periodo de dominante crecimiento demográfico. La segunda etapa se dio en los años setenta con un apresurado descenso de la fecundidad, en parte como resultado de las políticas de población de aquella década que tenían como objetivo desacelerar el crecimiento poblacional. En conjunto, la baja en la mortalidad y en la fecundidad dieron origen al predominio de la población adulta de edad avanzadas (2).

Figura 2. Proporción de la población de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050

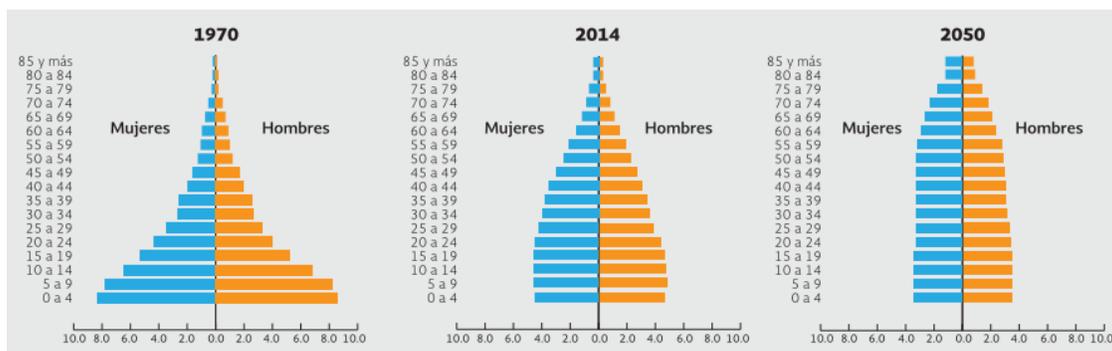


Fuente: World Report on Ageing and Health, 2015

En 1970 la pirámide poblacional mostraba una base muy amplia y una cúspide angosta, señal de una población joven: el 55.8% de las mujeres y 57.5% de los hombres tenía menos de veinte años. Para 2014, el 26.8% de las mujeres y 29.3% de los hombres tenían menos de 15 años de edad; un 63.0% de ellas y 61.4% de ellos tenía entre 15 y 59 años y el porcentaje de adultos mayores representaba 10.2 en el caso femenino y 9.2 en el masculino. Actualmente hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones, respectivamente) y las proyecciones indican que el envejecimiento demográfico es irreversible, debido principalmente a la disminución de la fecundidad y a que la muerte ocurre a edades más avanzadas (2).

La población adulta mayor está creciendo aceleradamente y se prevé que para 2050 las mujeres de 60 años y más representen 23.3% del total de población femenina y mientras que los hombres constituirán 19.5% del total de la masculina (2), como se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Estructura de la población por sexo y edad.



Fuente: Situación de las personas adultas mayores en México.

Instituto Nacional de las Mujeres, 2015.

Por otro lado, un poco más de una cuarta parte (26.2%) de la población adulta mayor vive en localidades rurales, cifra que aumenta con la edad (la proporción de mujeres adultas mayores rurales es menor que la de hombres en todos los grupos de edad; dicha proporción llega a representar el 32.4% entre los hombres del grupo de 80 años y más, frente a 25.8% de las mujeres); en zonas rurales la población está más envejecida y esta representa 10.1% del total de la población (10.0% de las mujeres y 10.2% de los hombres), y 8.6% de la población urbana (9.2% de las mujeres y 8.0% de los hombres), según datos censales de 2010. Esto debe llamar la atención debido a que representa las zonas con más demanda de servicios de salud y otros que deban dirigirse a la población adulta mayor, sobre todo en estas localidades donde en general los servicios son más precarios o escasos (2).

I.2. Resiliencia

I.2.1. Definición

La Asociación Americana de Psicología (APA) define la resiliencia como “el proceso de adaptarse bien ante la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o las fuentes significativas de estrés” o “recuperarse” de las experiencias difíciles (9). La palabra viene del latín "salire", que significa brotar, y la palabra "resilire", que

significa retoñar, por lo tanto, la adversidad es crítica para el desarrollo de la resiliencia (10).

En general, la resiliencia se conceptualiza como un término global que se refiere a un proceso mediante el cual las personas se recuperan de la adversidad, se reintegran y crecen, idealmente, a partir de la experiencia. Esta no es estática, por lo que para su desarrollo se pueden implementar intervenciones para ayudar a fortalecer y generar afrontamiento y, por lo tanto, mejorar los resultados presentados después de eventos desafiantes (10).

En otro orden de ideas, ser resiliente implica que el individuo tiene la capacidad humana de adaptarse ante la tragedia, el trauma, la adversidad, las dificultades y los factores estresantes de la vida; los individuos más tendientes al afrontamiento manifiestan conductas adaptativas, especialmente con respecto al funcionamiento social, la moral y la salud somática y son menos propensos a sucumbir a la enfermedad (10).

Cuando estos se ven desafiados por algún tipo de experiencia o enfermedad, el individuo tiene la opción de utilizar factores internos de protección como la autosuficiencia, la autoeficacia y la autoestima, así como la salud psicológica y física, y la salud externa de factores protectores como las redes sociales para restablecer el equilibrio en su vida y crecer, un concepto referido como reintegración resistente (10).

I.2.2. Construcción

De acuerdo con Lazarus y Folkman, citados por Mayordomo Rodríguez (11), “la resiliencia consiste en todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las situaciones específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Desde esta perspectiva, existen dos

tipos, uno centrado en el problema, que tiene como objeto manejar o alterar el problema que está causando el malestar; y otro centrado en la emoción, que implica métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema”.

En el modelo de Lázaro y Folkman, citados por dos Santos Ribeiro et al. (12), esta se define como las acciones y estrategias cognitivas y conductuales que se utilizan cuando se enfrentan a situaciones estresantes derivadas de demandas internas o externas que se perciben como una sobrecarga de los recursos personales del individuo. Así, esta se subdivide en dos grupos según la función que realiza: centrada en las emociones y centrada en el problema.

Por otro lado, Skinner y Alabara, también citados por dos Santos Ribeiro et al. (12), sugieren que la división entre resiliencia enfocada en la emoción y la enfocada en el problema ya no debe usarse. En cambio, estos autores argumentan a favor de un sistema de formas de actuar como el propuesto por P.J. Mrazek y D. Mrazek, citados por Palomar Lever y Gómez Valdez (13), quienes sugieren que existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente:

1. Respuesta rápida al peligro: la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
2. Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
3. Desvinculación afectiva: separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
4. Búsqueda de información: preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
5. Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
6. Anticipación proyectiva positiva: capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
7. Decisión de tomar riesgos: habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.
8. La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.

9. Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
10. Reconstrucción cognitiva del dolor: habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.
11. Altruismo: el placer de ayudar a otros.
12. Optimismo y esperanza: disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.

Por otra parte, de acuerdo con Vanistendael, también citado por Palomar Lever y Gómez Valdez (13), existen cinco dimensiones de la resiliencia:

1. Existencia de redes sociales informales: la persona tiene amigos y participa con agrado de actividades con ellos.
2. Trascendencia: la persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida.
3. Autoestima positiva: la persona se aprecia a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente digna de atención.
4. Presencia de aptitudes y destrezas: la persona es capaz de desarrollar competencias y confiar en ellas.
5. Sentido del humor: la persona es capaz de jugar, reír, disfrutar las emociones positivas y sus experiencias.

Según Saavedra, también citado por Palomar Lever y Gómez Valdez (13), para que una persona opere protegida en un entorno hostil intervienen factores protectores en diversas áreas:

- Factores personales: nivel intelectual alto en el área verbal, disposición al acercamiento social, sentido del humor positivo y un equilibrio en el estado biológico.

- Factores cognitivos y afectivos: son la empatía, una óptima autoestima, la motivación de logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas.
- Factores psicosociales: un ambiente familiar agradable, madres que apoyan a sus hijos, una comunicación abierta, una estructura familiar estable, buenas relaciones con los pares.

I.2.3. Resiliencia en el adulto mayor

El concepto de resiliencia se usó originalmente con referencia a niños y jóvenes, pero desde entonces se ha ampliado para incorporar a adultos y personas mayores. En los primeros años de investigación sobre resiliencia, las disciplinas centradas en los niños, como la psicología del desarrollo, realizaron muchos estudios y descubrieron que los jóvenes resilientes poseen las habilidades de resolución de problemas, la competencia social y el sentido de propósito que les permiten enfrentar situaciones de estrés (14).

La investigación relacionada específicamente con la psicología del desarrollo ha demostrado que estas capacidades en niños y adolescentes les ayudan a recuperarse de los contratiempos, prosperar frente a las malas circunstancias, evitar comportamientos de riesgo y, en general, continuar llevando vidas productivas (14).

Otra disciplina que jugó un papel importante en los primeros estudios sobre resiliencia fue la traumatología; aquí, la atención se centró principalmente en la edad adulta y la vejez. Los resultados de estos estudios mostraron que la respuesta de los adultos al estrés está muy influenciada por el tipo de interacción que los individuos tienen entre sí y los entornos en los que viven (14).

La respuesta de los adultos también depende de factores asociados con la confiabilidad de los recursos disponibles para ellos, esto se relaciona no solo con los recursos materiales, sino también con el apoyo disponible para ellos en sus

redes sociales como las organizaciones culturales y religiosas, grupos de autoayuda y otros recursos comunitarios (14).

Por lo tanto, la resiliencia, como un componente de la personalidad del individuo, se desarrolla y cambia con el tiempo, a través de experiencias continuas con su entorno físico y social, lo que permitirá afrontar para generar resultados favorables al tomar acciones para enfrentar situaciones estresantes (10).

Respecto a la edad avanzada, esta confiere un mayor riesgo de contraer muchas enfermedades, así como disfunción orgánica que a su vez puede provocar discapacidades funcionales o la muerte. El deterioro físico asociado con la edad, y especialmente la pérdida de independencia, puede ser devastador para los individuos y costoso para la sociedad, y a medida que aumenta la expectativa de vida, los sistemas de salud y las comunidades se enfrentan al desafío de encontrar formas sostenibles y efectivas de promover el envejecimiento exitoso, definido como el mantenimiento del bienestar físico, mental y social en la vejez (15).

Una forma de mantener la salud y la función a lo largo de este periodo, es minimizar los efectos perjudiciales de las lesiones, enfermedades u otros factores de estrés que inevitablemente ocurren en la vida; de ahí que exista un constructo relacionado pero distinto, la resiliencia física, propuesta por Whitson et al. (15), la cual se relaciona con "la capacidad de recuperar u optimizar la función frente a las pérdidas o enfermedades relacionadas con la edad".

A pesar de lo anterior, se ha comprobado que las características clave de la alta resiliencia entre los adultos mayores y destacadas en la literatura incluyen también factores mentales, sociales y físicos. Las investigaciones sugieren que los estilos de afrontamiento adaptativos, el optimismo y la esperanza, las emociones positivas, el apoyo social y la participación de la comunidad, así como las actividades de la vida cotidiana, la independencia y la actividad física pueden tener asociaciones

particularmente fuertes con gran capacidad de recuperación y parecen estar entre las más estudiadas (9).

La investigación en resiliencia sugiere una posible asociación con ciertas características tanto psicológicas como físicas con resultados óptimos, como una mayor calidad de vida, mayor felicidad, mejor salud mental y bienestar, envejecimiento exitoso, depresión más baja, longevidad y menor riesgo de mortalidad. De estos, una mayor calidad de vida, felicidad y menor depresión son los resultados comunes asociados con las intervenciones; las características positivas clave que se han asociado con estos resultados positivos de alta resiliencia incluyen fuertes habilidades de afrontamiento, optimismo, pensamiento positivo y emociones, una fuerte red de apoyo social y participación en la actividad física (9).

El desarrollo de lo anterior durante el envejecimiento permite lidiar con la disminución de los recursos tanto materiales como personales asociados a la edad, que dificultan el ajuste ante situaciones desventajosas como la pérdida de salud, pérdida de seres queridos, el aumento de la dependencia, etc., que interfieren en la vida cotidiana del adulto mayor (11).

Por otro lado, pudiera parecer que en la edad avanzada la vida se vuelve más tranquila debido a la jubilación, pero diferentes estudios han demostrado que los adultos mayores sufren de síntomas de estrés, debido a su participación voluntaria o involuntaria en el cuidado de nietos o familiares. El estrés en la vida diaria puede causar enfermedades cardiovasculares, depresión u otros trastornos y los resultados de estudios sobre los factores desencadenantes de este, los efectos en la salud y la vida social y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores en esta ámbito, hasta ahora son limitados (16).

Derivado de lo anterior, la resiliencia se ha conceptualizado como un rasgo positivo que contribuye al envejecimiento exitoso, y es esta la que permite a las personas mayores conceptualizar los desafíos personales mencionados (que también pueden

ser tanto emocionales como sociales) como oportunidades para crecer a partir de estas experiencias, para así reintegrarse positivamente y crecer a través de una práctica desafiante y seguir siendo los mismos o demostrar algún tipo de reintegración disfuncional (10).

Finalmente, cabe mencionar que, para fines prácticos, una de las medidas más útiles de la resiliencia en este grupo de edad, es definida generalmente por criterios seleccionados para establecer niveles altos o bajos; por lo tanto, es apropiado centrarse en el desarrollo de la alta resiliencia y las características asociadas con las definiciones de altos niveles de esta sobre todo en la edad adulta mayor, ya que, en un estudio de adultos de 50 años o más realizado por Netuveli et al., citado por MacLeod et al. (9), el 14.5% de la muestra, en edades superiores a los 65 años, fue altamente resistente, lo que sugiere que los adultos “más jóvenes” no siempre son tan resistentes como los que son mayores.

I.3. Imagen corporal

I.3.1. Definición

La autopercepción hace referencia al conjunto de discernimientos que el ser humano desarrolla sobre sí mismo, ya sea su capacidad cognitiva o su imagen corporal. Esta se trata de una variable psicológica primordial para entender el bienestar emocional y la integración social del individuo, ya que durante los últimos años, muchos autores han concordado en recalcar la importancia de esta al relacionarla con el bienestar del ser humano. Los sujetos que se ven a sí mismos de manera positiva descifran el mundo de forma diferente a los que se ven de manera más negativa, estableciéndose así una relación entre el autoconcepto y la conducta del individuo (17).

En relación con la autopercepción, la imagen corporal es la representación cognitiva y subjetiva de la apariencia física y las sensaciones experimentadas por el cuerpo.

Este concepto se define como una experiencia psicológica que uno tiene sobre su apariencia y el funcionamiento del cuerpo; por lo tanto, la percepción de la imagen corporal refleja la forma en que se ve y percibe el sujeto, así como el perfil que proyecta a los demás. Como tal, la imagen corporal es un concepto dinámico ya que se altera a lo largo del curso de la vida de acuerdo con influencias externas e internas; según Mosquera, citado por Mariano de Rocha y Terra (18), si no hay adaptaciones a estos cambios, habrá una intensa insatisfacción no solo con la imagen corporal sino también con la vida misma.

De manera más detallada, la imagen corporal está conformada por la percepción que se tiene del cuerpo y de cada una de sus partes y la cual se construye histórica y culturalmente y, en el caso de las sociedades de occidente, actualmente la estética corporal idealizada, sin importar la edad, es la esbeltez para las mujeres y la musculatura para los hombres, que son difundidas por las industrias del cine, la moda y medios de comunicación (17).

Según Thompson, citado por Mariano de Rocha y Terra (18), a pesar de lo anterior, la completa satisfacción con la imagen corporal involucra una serie de componentes, entre los que se encuentran el contentamiento con el peso, la precisión de la percepción del tamaño, la estima corporal y la percepción ideal corporal; las cuales tienen relación con la autoestima y el adecuado ajuste psicosocial.

La experiencia individual de la imagen corporal, ya sea positiva o negativa, tiene algo que ver con su comportamiento. Las personas que tienen una imagen corporal negativa pueden elegir ropa que no sea reveladora o retirarse de los eventos sociales y la intimidad física. Además de su influencia sobre el comportamiento, la imagen corporal también puede afectar la autoestima del individuo (18).

I.3.2. Imagen corporal del adulto mayor

El envejecimiento es un proceso muy conocido; todos los individuos sin excepción pasarán por él. Invariablemente, este viene acompañado de una gran variedad de pérdidas, desde físicas a funcionales y sociales, las cuales pueden promover la insatisfacción con la imagen corporal, así como una disminución de la autoestima general, lo que a veces conduce a morbilidades importantes como la depresión (18).

Con el aumento de la longevidad, los estudios sobre la imagen corporal y la insatisfacción de los adultos mayores respecto a esta, están comenzando a llamar la atención. Los psicólogos buscan comprender cómo envejecer con éxito y mantener una salud mental positiva, sin embargo, en la revisión de la literatura hasta la fecha, las tendencias de imagen corporal e insatisfacción en este grupo de edad siguen sin estar claras (19).

En general, múltiples estudios sugieren que la satisfacción con la imagen corporal no parecen disminuir o aumentar de manera confiable a medida que avanza la edad. Sin embargo, investigadores como Tiggeman en 2004 y Jankowski et al. en 2016, citados por Jenkinson (19), sugieren que esto puede deberse a los tamaños de muestra pequeños y los diferentes métodos de medición dentro de los estudios existentes.

Esta falta de claridad sugiere que si bien debemos acercarnos a las conclusiones sobre la imagen corporal de los adultos mayores con precaución, es probable que para algunos adultos mayores, la apariencia y la imagen corporal se fomenten a través del envejecimiento, la aceptación de su cuerpo y el cambio de enfoque lejos de la imagen superficial de la juventud. Esto puede crear una imagen corporal más positiva en algunos; pero para otros, sin embargo, envejecer puede resultar perjudicial para una imagen corporal positiva (19).

I.4. Obesidad

I.4.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (20) define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede afectar la salud. La causa fundamental de esta, así como del sobrepeso, es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas. Esto se debe a una mayor ingesta de alimentos densos en energía que son altos en grasa, y un aumento en la inactividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, la accesibilidad a medios de transporte eficientes y a la creciente urbanización.

Los cambios en los patrones de la dieta y la actividad física a menudo son el resultado de cambios ambientales y sociales asociados con el desarrollo y la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, la agricultura, el transporte, la planificación urbana, el medio ambiente, el procesamiento de alimentos, la distribución, la comercialización y la educación (20). Todos estos, objeto de estudios de otras investigaciones.

Para su rápida determinación, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del índice de masa corporal (IMC), el cual es una medida simple de peso para la estatura, el cual se usa comúnmente para clasificar el sobrepeso y la obesidad específicamente en adultos; este se calcula con el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de su altura en metros (kg/m^2) (20).

Para los adultos, la Organización Mundial de la Salud define la obesidad por un IMC mayor o igual a 30. El IMC proporciona la medida más útil a nivel de población del sobrepeso y la obesidad, ya que es la misma para ambos sexos y para todas las edades de los adultos. Sin embargo, debe considerarse una guía aproximada porque puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos (20).

Al considerar lo anterior, para diagnosticar un adecuado estado de nutrición se requiere de: a) evaluar consumo energético, distribución energética, cantidad y tipo de nutrientes consumidos (tiempos de alimentación, tipo de alimentos, tamaño de las porciones, uso de suplementos, tipo de dietas empleadas para reducción de peso); y b) evaluar indicadores clínicos, antropométricos y bioquímicos, para establecer el plan de alimentación, seguimiento, asesoría, control y reforzamiento de acciones (21).

La valoración clínica del estado nutricional requiere de una exploración física sistemática por órganos y aparatos, con el objetivo de evaluar el estado general, tipo de distribución de la grasa corporal y obtener medidas antropométricas básicas (peso, talla, perímetro braquial (en el brazo izquierdo o no dominante), pliegues cutáneos (tricipital y subescapular izquierdos o del lado no dominante), así como perímetros cintura-cadera (21).

La medición conjunta de estos pliegues cutáneos (que miden el tejido adiposo a nivel subcutáneo) y los perímetros (antebrazo, cintura, cadera), que requiere de la utilización de un plicómetro, permiten estimar las áreas muscular y grasa. Estos representan una técnica fácil de realizar, aunque con diversos inconvenientes, como la variabilidad de la medida según el profesional que la realice, la dificultad que hay al para manipular grandes pliegue, o el hecho de que únicamente se determina la grasa subcutánea y no la visceral (21).

I.4.2. Implicaciones para la salud

El IMC elevado es un factor de riesgo importante para enfermedades no transmisibles, como:

- Enfermedades cardiovasculares (principalmente enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muerte en 2012;

- Diabetes;
- Trastornos musculoesqueléticos (especialmente osteoartritis);
- Algunos cánceres (incluyendo endometrio, mama, ovario, próstata, hígado, vesícula biliar, riñón y colon);
- Muerte prematura y discapacidad;
- Dificultad respiratoria;
- Mayor riesgo de fracturas;
- Hipertensión;
- Resistencia a la insulina;
- Y efectos psicológicos; como mala autopercepción y baja autoestima, entre otros (20).

I.5. Diabetes mellitus tipo 2

I.5.1. Definición

La diabetes mellitus es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por concentraciones elevadas de glucosa en sangre que se presenta cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede usar la que produce. Su evolución es silenciosa, progresiva e irreversible y requiere de un manejo multidisciplinario, enfocado en el paciente; para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación (22,23).

El diagnóstico se establece cuando aparecen síntomas como polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso, acompañado del resultado de una glucemia en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dL, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida o glucemia plasmática en ayuno mayor o igual a 126 mg/dL (22,24). En los adultos mayores, los síntomas son inespecíficos y de aparición tardía, entre ellos se han documentado fatiga, letargia, somnolencia, pérdida de peso, incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios y alteraciones del estado conciencia (22).

I.5.2. Prevención

La educación es esencial en el manejo del paciente con diabetes ya que mejora los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) y glucosa en ayuno, lo que disminuye el requerimiento de tratamiento farmacológico. Diversos estudios de intervención educativa han reportado una disminución en la HbA1c (0.81%) y la presión arterial de 5 mmHg al fomentar el auto-cuidado. Las intervenciones estructuradas de fomento de la actividad física y alimentación adecuada en las personas con prediabetes (concentración de glucosa en ayuno por arriba del valor normal (≥ 100 mg/dL) pero por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes (<126 mg/dL) disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes en un 58%, con ejercicio moderado (30 minutos al día) y pérdida de peso (5 a 7% del peso corporal); para los adultos mayores, el riesgo se redujo en casi un 71% (22).

La intervención temprana es efectiva para reducir el riesgo de desarrollar diabetes en adultos mayores. La acarbosa y pioglitazona han probado ser eficaces para prevenir la enfermedad en ancianos con alto riesgo; por su parte, la metformina puede no ser efectiva dado que provoca una toxicidad significativa y no hay evidencia suficiente que permita su uso (25).

La actividad física moderada, con una duración mayor a 40 minutos por semana (y al menos 150 minutos), reduce la incidencia de diabetes, al igual que lo hace modificar el estilo de vida a través de apegarse a una dieta hipocalórica, baja en grasas y a un programa de sesiones educativas (22).

I.5.3. Tratamiento

Todo paciente con diabetes debe contar con una educación continua, metódica y sistematizada con objetivos claros; estas deben combinar una consulta médica típica con una sesión grupal que contribuya a mejorar los procesos relacionados con el control y la detección temprana de complicaciones, la disminución del nivel

de hemoglobina glucosilada, el dominio y la comprensión de la enfermedad, cambios en los estilos de vida, mejorar la percepción del estado de salud y la calidad de vida y la incorporación de técnicas de auto-cuidado y auto-monitoreo (22).

Los cambios en la alimentación, las actividades físicas y las terapias conductuales son eficaces en la reducción del peso y de cifras de glucemia, y su combinación amplifica su eficacia. Disminuir entre el 5 y 10% del peso corporal mejora la sensibilidad a la insulina, la presión arterial, la dislipidemia y el riesgo cardiovascular. En la dieta diaria, los lípidos deben componer no más del 30% del consumo energético, y de ellos, los monosaturadas deben constituir del 12 a 15% (22).

Las recomendaciones para la población con el diagnóstico de diabetes son las mismas que para la población general: restringir la ingesta de grasa saturada a menos del 10% de la energía total, ingesta de colesterol menor de 300 mg/día o menos de 200 mg/día si el colesterol de baja densidad (LDL) es superior a 100 mg/dL (22).

El ejercicio aeróbico y anaeróbico contribuyen al mejor control glucémico, al reducir la HbA1c a 6%, mejoran la resistencia a la insulina y los niveles de trigliceridemia. Algunas de las ventajas fisiológicas a largo plazo de la actividad física, es el sostenimiento de la acción de la insulina; el control de la glucemia; oxidación de los lípidos y su acumulación en el músculo; hiperplasia del músculo esquelético; disminución del colesterol LDL, sin cambios en el de alta densidad (HDL) o en los triglicéridos; mejora de la presión sistólica; y disminución del riesgo de mortalidad por eventos cardiovasculares (22).

Se debe comenzar con el tratamiento farmacológico con metformina (dosis máxima efectiva de 2000 mg/día) al momento del diagnóstico, que aunada con los cambios en los estilos de vida, disminuirá 1 a 2% la HbA1c; si en tres meses no se alcanza la meta de HbA1c menos de 7%, además de implementar e incrementar el cambio

de estilo de vida se debe ajustar el tratamiento farmacológico al asociar una sulfonilurea o insulina (22).

Las sulfonilureas disminuyen la HbA1c entre 1 a 2%, pero con un mayor riesgo de presentar hipoglucemia, por lo que también se recomienda el uso de repaglinida o nateglinida en su lugar, lo que reducirá 1.5% los niveles de HbA1c. El riesgo de incremento de peso es similar al de las sulfonilureas, pero la hipoglucemia ocurre con menor frecuencia (22).

Si la combinación de metformina y sulfonilurea no logra las metas propuestas de tratamiento, se debe agregar una dosis de insulina NPH nocturna. El tratamiento intensivo que incluye insulina, reporta una disminución significativa del 12% de complicaciones microvasculares (24 a 33% nefropatía diabética, 17 a 21% retinopatía y 16% cardiovascular). Esta terapia combinada provee un control glucémico comparable a la monoterapia con insulina cada 12 horas, que mejora el control de glucemia y reduce el riesgo de la complicaciones (22).

Los mismos objetivos glucémicos se aplican a los adultos mayores sanos que a las personas más jóvenes con diabetes. En las personas mayores con diabetes de varios años de duración y complicaciones establecidas, el control intensivo reduce el riesgo de eventos microvasculares, pero no reduce los eventos cardiovasculares o la mortalidad general. Por lo tanto, en las personas mayores con diabetes de larga evolución y comorbilidades múltiples, el control glucémico intensivo no es aconsejable (22).

Si bien el informe inicial del estudio ACCORD-MIND, citado por Meneilly et al. (25), sugirió que el control intensivo conservaba el volumen cerebral pero no alteraba los resultados cognitivos, el seguimiento posterior no encontró impacto en ninguno de los parámetros; sin embargo, un mejor control glucémico puede asociarse con menos discapacidad y mejor función. En estudios de cohorte, se ha demostrado que la mejor supervivencia está presente en personas de edad avanzada con una A1C

entre 7.0% a 8.0%, y los valores por encima y por debajo de este rango se asocian con un aumento de la mortalidad.

La educación nutricional puede mejorar el control metabólico; aunque la educación nutricional es importante, la pérdida de peso puede no serlo, ya que la obesidad moderada se asocia con una menor mortalidad en la población de adultos mayores. Es por eso que el mejor tratamiento en esta población es la actividad física, que se asocia con una mayor supervivencia (25).

Los programas de entrenamiento físico pueden implementarse con éxito en personas mayores, aunque las condiciones comórbidas pueden prevenir el entrenamiento físico aeróbico en muchos pacientes y el aumento de los niveles de actividad puede ser difícil de mantener. Antes de instituir un programa de ejercicios, las personas mayores deben ser evaluadas cuidadosamente para detectar patologías cardiovasculares subyacentes o problemas musculoesqueléticos que puedan excluir tales actividades. El ejercicio aeróbico mejora la rigidez arterial y la sensibilidad barorreflexa, ambos marcadores sustitutos de mayor morbilidad y mortalidad (25).

Un desafío en el tratamiento en adultos mayores es que este grupo puede tener una amplia gama de edades y condiciones médicas. Por ejemplo, un paciente geriátrico podría ser un hombre de 65 años a quien se le ha diagnosticado recientemente diabetes tipo 2 y tiene hipertensión e hiperlipidemia leves, pero que por lo demás está sano, mientras que otro paciente podría ser una mujer de 86 años con un historial de diabetes tipo 2 durante varios años, un A1C de 8.6% y afecciones concurrentes, que incluyen hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad coronaria, artritis y problemas de visión y audición. Dado este nivel de heterogeneidad, es importante identificar en todos los pacientes los cambios asociados con el envejecimiento y considerar cómo estas circunstancias afectarán el tratamiento a medida que el envejecimiento continúa (26).

Más específicamente, definir el término "geriátrico" puede ayudar en este proceso. Si bien la edad de 60 o 65 años se usa a menudo como criterio de definición, puede haber diferencias significativas entre un paciente de 65 años y una persona de 90 años. Algunas definiciones dividen la geriatría en rangos de edad más amplios y, aunque esto puede variar, un sistema de clasificación común es el de los más jóvenes (65–74 años), el de mediana edad (75–85 años) y el de mayor edad (> 85 años) (26).

Algunos cambios importantes asociados con el envejecimiento que pueden afectar el uso de medicamentos se clasifican como farmacocinéticos (lo que el cuerpo hace con un medicamento) o farmacodinámico (lo que el medicamento le hace al cuerpo). Sin embargo, como se explica a continuación, hay factores adicionales que también pueden afectar la forma en que actuarán los medicamentos en particular en pacientes ancianos (26).

Quizás el cambio fisiológico relacionado con el envejecimiento más comúnmente considerado con respecto a los medicamentos es la posible disminución de la función renal que puede ocurrir con el avance de la edad y afectar algunos medicamentos. Sin embargo, la tasa de deterioro renal no es predecible de manera uniforme a medida que los pacientes envejecen; por lo tanto, es posible que las dosis de una medicación ajustada renal no deban reducirse en todos los pacientes mayores. Aunque algunos medicamentos para la diabetes se ven afectados por los cambios en la función renal, la variabilidad del deterioro renal relacionado con la edad significa que las decisiones de dosificación no deben basarse solo en la edad de los pacientes (26).

El metabolismo de los fármacos hepáticos también puede verse afectado por el envejecimiento. Sin embargo, este no afecta al mismo grado a todas las vías metabólicas en el hígado, y los cambios en el metabolismo de los fármacos pueden variar sustancialmente de un paciente a otro (26).

Los pacientes mayores pueden ser más sensibles a los efectos de los medicamentos, como la acción hipoglucemiante de los agentes antihiper glucémicos o los efectos ortostáticos de las terapias antihipertensivas. Por otro lado, en algunos casos, los pacientes mayores pueden demostrar una respuesta disminuida a algunos medicamentos; por ejemplo, los pacientes mayores tienden a tener respuestas del sistema nervioso simpático reducidas y, por lo tanto, también pueden tener una respuesta mínima a medicamentos como los β bloqueadores o los β agonistas, que afectan el sistema adrenérgico (26).

I.5.4. Complicaciones

La incidencia de complicaciones en pacientes con diabetes obedece a los niveles elevados de HbA1c; se calcula que por cada 1% de incremento en esta, el riesgo cardiovascular aumenta en un 18%. La dislipidemia es la causa primordial de aterosclerosis y por consiguiente de cardiopatía coronaria, en esta, el colesterol es el principal factor de riesgo (22).

Derivado de lo anterior, es beneficioso utilizar la escala de Framingham para cuantificar el riesgo cardiovascular y establecer estrategias de prevención como el uso de ácido acetilsalicílico, de 75 a 162 mg/día, en pacientes con diabetes, sobre todo en hombres mayores de 50 años de edad y mujeres mayores de 60 con historia familiar de enfermedad cardiovascular, tabaquismo, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia (HDL <40 mg/dL, LDL >100mg/dL, triglicéridos >150 mg/dL) y/o albuminuria ($\geq 30 \mu\text{g/día}$) (22).

Aunado al párrafo anterior, se espera que la prevalencia de la diabetes tipo 2 aumente progresivamente con la prolongación del envejecimiento poblacional y la esperanza de vida, que además trae consigo complicaciones macrovasculares y microvasculares de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus; síndromes geriátricos como deterioro cognitivo, depresión, incontinencia urinaria, caídas, polifarmacia y sarcopenia, que se caracteriza por una disminución progresiva de la

masa muscular esquelética, lo que provoca baja fuerza muscular y el rendimiento físico deficiente. Las variaciones en el recambio de proteínas del músculo esquelético pueden estar implicados en dichas alteraciones en la diabetes tipo 2 y pueden desempeñar un papel esencial en esta patogénesis (27).

Derivado de lo anterior, la diabetes es un marcador de la reducción de la esperanza de vida y deterioro funcional en el adulto mayor, ya que estas personas desarrollan discapacidad a una edad más temprana que las personas sin diabetes y pasan la mayor parte de sus años restantes en un estado discapacitado (25).

Otra complicación frecuente es la "fragilidad", un término ampliamente utilizado asociado con el envejecimiento y la discapacidad que denota un síndrome multidimensional que da lugar a una mayor vulnerabilidad. Se han propuesto muchas definiciones de esta pero la más comúnmente aplicada es el Fenotipo de Fragilidad de Fried, cita da por Meneilly et al. (25), que sugiere que una persona es frágil cuando están presentes 3 o más de los siguientes criterios: pérdida de peso involuntaria (>4.5 kg en el último año), agotamiento autoinformado, debilidad (fuerza de agarre disminuida), velocidad de marcha lenta y actividad física baja.

La fragilidad progresiva se ha asociado con una función reducida y un aumento de la mortalidad y las personas mayores con diabetes tienen más probabilidades de ser desarrollarla. Cuando se produce fragilidad, esta es un mejor predictor de complicaciones y muerte en personas mayores con diabetes que la edad cronológica o la carga de comorbilidad (25).

Respecto a la salud mental, en pacientes con diabetes mellitus, se ha vuelto cada vez más importante evaluar su autoestima y autopercepción, porque estas alteran el nivel y estilo de vida de estas personas. Debido a la enfermedad, sus deseos y valores a menudo no se cumplen y se menosprecian, por lo que los individuos pueden sentirse rechazados por la sociedad.

La importancia del estudio de la autoestima en pacientes con diabetes, así como su bienestar individual, ha comenzado a ser reconocido internacionalmente, sin embargo, ha habido pocos estudios que investiguen esta variable, sobre todo en esta población en particular. Uno de los principales obstáculos es la falta de instrumentos validados, lo que limita su estudio y mejor entendido en el contexto de la investigación científica (28).

I.5.5. Epidemiología

La diabetes tipo 2 es un problema común de atención médica en el mundo moderno y aumenta día a día con la prolongación de la vida útil (27). En 2014, en el mundo entero, el 8.5% de los adultos mayores de 18 años tenían diabetes (23) y se estima que actualmente existen 170 millones de personas afectadas por esta, cifra que se duplicaría para el 2030 (27).

En un estudio realizado en los Estados Unidos, se encontró que la prevalencia de la diabetes tipo 2 aumentó de 16% a 23% entre 1995 y 2004. Según los datos actuales, entre los adultos mayores de 65 años de edad 22% a 33% de ellos son diagnosticados con diabetes. Es previsible que la incidencia de diabetes pueda duplicarse en los próximos 20 años. Según otra proyección; se estima que este aumento será aproximadamente 4.5 veces entre 2005 y 2050 en individuos de 65 años o más (27).

En América Latina, había 13.3 millones de pacientes con diabetes en el año 2000, esta cifra aumentará a 33 millones para el año 2030 lo que representa un incremento de 148%. En el caso de México, se calcula que de 6.8 millones de afectados, aumentará a 11.9 millones, lo que representará un incremento del 175% (22).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

Los adultos mayores son un grupo de edad que crece aceleradamente en el mundo entero; actualmente en el país hay más de ellos que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones, respectivamente) y las proyecciones indican que para el 2050 las mujeres de 60 años y más representarán el 23.3% del total de la población femenina y los hombres constituirán el 19.5% del total de la masculina (2). Esta transición se debe a avances en la medicina que brindan diagnóstico y tratamiento pertinente a ciertas patologías que han conducido al alargamiento de la expectativa de vida pero, desafortunadamente, estos progresos no han tomado en cuenta la carga emocional y afectiva que estos padecimientos traen consigo.

Derivado de lo anterior, el bienestar mental de los adultos mayores debería ser considerado, por los prestadores de salud, con la misma importancia que el bienestar físico, ya que las enfermedades crónicas (que afectan a la gran mayoría de integrantes de este grupo de edad) involucran alteraciones psicológicas, emocionales, familiares, sociales y económicas, que obligan a los ancianos a encontrar medidas de afrontamiento para lidiar con su situación.

El envejecimiento es un proceso muy conocido; todos los individuos sin excepción pasarán por él e, invariablemente, este viene acompañado de una variedad de pérdidas: mentales, físicas, funcionales y sociales. Estos detrimentos pueden promover la disminución de la autoestima general a través de, entre otras cosas, la insatisfacción con la imagen corporal, lo que puede conducir a comorbilidades importantes como la depresión (18).

Es aquí donde toma importancia la resiliencia, ya que esta implica invertir en un esfuerzo propio y consciente para resolver problemas personales e interpersonales para tratar de minimizar el estrés, el conflicto y la mala autopercepción que conduce

a la insatisfacción con la imagen corporal; para finalmente alcanzar el dominio de estos.

Aquello se consigue a través de la participación reactiva o proactiva de la persona, y la efectividad del esfuerzo para alcanzarlo depende también de las circunstancias en las que se desarrolle el adulto mayor, que involucra, entre otras cosas, la manera en que el prestador de salud interactúa con él y le notifica sobre su estado actual.

Aunado a lo anterior, la resiliencia protege de los posibles efectos negativos que, en el caso de los adultos mayores, provoque sus múltiples comorbilidades, ya que ayuda a desarrollar comportamientos y emociones que permitan lidiar con las situaciones de crisis que traiga su padecimiento y de esta manera no habrá consecuencias psicológicas negativas a largo plazo.

Queda expuesto entonces que, el estudio de los beneficios de la resiliencia en los adultos mayores con enfermedades crónicas debiera ser de suma relevancia para el prestador de salud, ya que su entendimiento y los posibles resultados que arroje la investigación sobre el tema, fomentarán la discusión de su importancia en el tratamiento integral del adulto mayor, para así cumplir con el objetivo de brindar al paciente completo bienestar biológico, psicológico, social y espiritual.

II.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de resiliencia predominante y su asociación estadística con la imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en el 2019?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Académica

La presente investigación es parte integral de la formación didáctica del médico como Especialista en Salud Pública, que le ayudará a generar el conocimiento necesario para aportar bienestar de la sociedad.

III.2. Científica

Los adultos mayores son un grupo de edad que crece rápidamente, este hecho aunado a la alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas que afectan a este grupo de edad, hace que sea menester de los salubristas investigar y analizar los diferentes factores que comprenden el completo bienestar de los ancianos, no solo el biológico, que aún prevalece en la práctica médica, sino también el psicológico, social y espiritual.

III.3. Social

Actualmente las parejas, que ya no conciben el constructo social de familia, y sus metas se centran en logros profesionales más que en tener hijos, en el futuro se convertirán en la población más abundante y necesitada de atención, protección y consideración: los adultos mayores. Por lo que es tarea de los prestadores de salud ayudar a sentar las bases para contribuir con los tomadores de decisiones en la construcción de políticas públicas que hagan frente a los requerimientos de este creciente grupo de edad.

IV. HIPÓTESIS

IV.1. Hipótesis alterna

El nivel alto de resiliencia tiene asociación estadísticamente significativa con la satisfacción con la imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en el 2019.

IV.2. Hipótesis nula

El nivel alto de resiliencia no tiene asociación estadísticamente significativa con la satisfacción con la imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en el 2019.

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo general

Analizar el nivel de resiliencia y su asociación estadística con la imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en el 2019.

V.2. Objetivos específicos

- Relacionar el nivel de resiliencia con el grupo de edad de los participantes.
- Relacionar la imagen corporal con el grupo de edad de los participantes.
- Determinar el nivel de resiliencia y el sexo de los participantes.
- Determinar la imagen corporal y el sexo de los participantes.
- Identificar el nivel de resiliencia y la escolaridad de los participantes.
- Identificar la imagen corporal y la escolaridad de los participantes.
- Relacionar el nivel de resiliencia con el estado civil de los participantes.
- Relacionar la imagen corporal con el estado civil de los participantes.
- Establecer relación entre el nivel de resiliencia y la religión de los participantes.
- Establecer relación entre la imagen corporal y la religión de los participantes.
- Asociar el nivel de resiliencia con la ocupación de los participantes.
- Asociar la imagen corporal con la ocupación de los participantes.
- Valorar el nivel de resiliencia y el ingreso mensual de los participantes.
- Valorar la imagen corporal y el ingreso mensual de los participantes.
- Relacionar el nivel de resiliencia con el tipo de residencia de los participantes.
- Relacionar la imagen corporal con el tipo de residencia de los participantes.
- Asociar el nivel de resiliencia con el grado de obesidad de los participantes.
- Asociar la imagen corporal con el grado de obesidad de los participantes.

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Observacional, analítico, transversal y prospectivo.

VI.2. Diseño de estudio

En la presente investigación se buscó determinar el nivel de resiliencia y la satisfacción con la imagen corporal de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, así como la asociación estadística entre estas. Para lograr lo anterior, se solicitó permiso por escrito a la subdirección médica de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMYM) para aplicar los instrumentos Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y el Pictograma de Stunkard, a una muestra de adultos mayores que cumplieron con los criterios mencionados en el subcapítulo VI.4. Posterior a la recolección de datos, se procedió a su correspondiente análisis estadístico e interpretación, y finalmente se presentaron los resultados a las autoridades pertinentes.

VI.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Variable Dependiente				
Nivel de resiliencia	Implicación de la posesión de múltiples habilidades en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar.	Habilidades que ayudan a los adultos mayores obesos con diabetes mellitus tipo 2 a afrontar.	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Bajo: 0-50%• Medio: 51-75%• Alto: >75%

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Variable Independiente				
Imagen corporal	Percepción propia del cuerpo y de cada una de sus partes.	Percepción de los adultos mayores obesos de su cuerpo y de cada una de sus partes.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción: 0 • Satisfacción: > 0; < 0
Variables Sociodemográficas				
Sexo	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.	Características del adulto mayor que lo diferencian en hombre o mujer.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Grupo de edad	Período de tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual.	Años cumplidos al momento del estudio agrupados en categorías.	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 60 a 64 • 65 a 69 • 70 a 74 • 75 a 79 • 80 a 84 • 85 a 89 • 90 o más
Ocupación	Trabajo o empleo que realiza una persona.	Empleo que el adulto mayor desempeñó o desempeña actualmente.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Pensionado • Pensionista • Empleado • Comerciante • Otro
Religión	Medio de socialización durante el cual el creyente se nutre del saber que dirigirá sus conductas en la búsqueda de la experiencia de lo divino.	Creencias que profesan los adultos mayores encuestados.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Religión • Católica • Evangélica • Protestante • Testigo de Jehová • Judía • Otra

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Variables Sociodemográficas				
Salario quincenal	Ingreso económico neto percibido mensualmente por una persona para sufragar gastos.	Ingreso económico neto percibido por los adultos mayores para sufragar sus gastos.	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ \$2,000 • \$2,001 - \$4,000 • \$4,001 - \$8,000 • \$8,001 - \$10,000 • > \$10,000
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Relación que el adulto mayor sostiene con otra persona de acuerdo al registro civil.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Viudo • Divorciado
Índice de masa corporal (IMC)	Peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de su altura en metros.	Peso de los adultos mayores obesos en kilogramos, dividido por el cuadrado de su altura en metros.	Cuantitativa Continua	Resultado de la división del peso por el cuadrado de la altura en metros de los adultos mayores obesos al momento del estudio.
Residencia	Casa, departamento o lugar similar donde se reside.	Lugar donde residen los adultos mayores al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Separada rentada • Separada propia • Pareada rentada • Pareada propia • Unidad habitacional rentada • Unidad habitacional propia • Apartamento rentado • Apartamento propio

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Variables Sociodemográficas				
Grado de obesidad	Clasificación de obesidad basada en el índice de masa corporal.	Clasificación de obesidad de los adultos mayores basada en su índice de masa corporal.	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 1: IMC de 30 a 34.9 kg/m² • Grado 2: IMC de 35 a 39.9 kg/m² • Grado 3: IMC ≥40 kg/m²
Nivel de Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento o docente, al cual al finalizar, se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	Grado máximo de estudios de los adultos mayores al momento del estudio.	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria Trunca • Primaria Terminada • Secundaria Trunca • Secundaria Terminada • Medio Superior/ Técnico Trunco • Medio Superior/ Técnico Terminado • Superior/ Licenciatura Trunca • Superior/ Licenciatura Terminada • Posgrado Trunco • Posgrado Terminado

VI.4. Universo de trabajo

Personas de 60 años o más, con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélaz” del ISSEMYM, ubicada en Toluca, Estado de México, durante el 2019. El método de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

VI.4.1. Criterios de inclusión

Personas de 60 años o más, con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del ISSEMYM, ubicada en Toluca, Estado de México, durante el 2019, que contaron con disponibilidad para participar del estudio y que den su consentimiento informado por escrito.

VI.4.2. Criterios de exclusión

Personas de 60 años o más, con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del ISSEMYM, ubicada en Toluca, Estado de México, durante el 2019, que no desearon ser partícipes del estudio.

VI.4.3. Criterios de eliminación

Personas que no contestaron en su totalidad los cuestionarios o que se retiraron del estudio voluntariamente.

VI.5. Instrumentos de investigación

1. Pictograma de Stunkard.
2. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).

VI.5.1. Descripción

El Pictograma de Stunkard fue diseñado y validado por Stunkard, Sørensen, & Schulsinger en 1983, en el que se muestran nueve figuras de siluetas corporales, tanto de hombres como de mujeres, que van desde muy delgado a muy obeso. Este instrumento permite medir la imagen corporal de manera fiable y sencilla; para ello, los sujetos deben elegir la figura que más se aproxima a su silueta y también la

silueta a la que les gustaría parecerse. Los resultados ofrecen tres medidas: la imagen actual, la imagen deseada y la discrepancia (deseada-actual), la cual es interpretada como una medida de insatisfacción con la imagen corporal. Si la discrepancia es igual a 0, el sujeto está satisfecho con su imagen corporal; si la discrepancia tiene valor positivo, el sujeto tiene un deseo de ser más grande; si la discrepancia tiene un valor negativo, el sujeto tiene un deseo de ser más delgado (17).

Asimismo, el Pictograma de Stunkard ha sido asociado al IMC y han demostrado ser un instrumento válido, fiable y efectivo para clasificar a los sujetos como obesos o como delgados, tanto en el caso de adultos como en el caso de niños y adolescentes (17).

La Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) contiene 43 ítems de tipo Likert distribuidos en cinco factores, en los cuales se agrupan algunas de las características que destacan las respuestas resilientes en diferentes niveles: individual, familiar y social (13).

El primer factor es denominado “Fortaleza y confianza en sí mismo” y es el más importante para medir la resiliencia ya que explica el 24.67% de la variancia del constructo. Los reactivos que componen este factor hacen referencia a la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos. En cuanto al segundo factor, sus ítems hacen referencia a la competencia de los individuos para relacionarse con los demás, la facilidad para hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación (13).

El tercer factor está referido a las relaciones familiares y al apoyo que brinda la familia, también a la lealtad entre los miembros de la familia y a que estos compartan visiones similares de la vida y pasen tiempo juntos. El cuarto factor se refiere al

apoyo social, principalmente de los amigos, al hecho de contar con personas en momentos difíciles, que puedan ayudar, que den aliento y que se preocupen por uno. El quinto y último factor está relacionado con la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles (13).

VI.5.2. Validación

El Pictograma de Stunkard fue validado en México con un área bajo la curva (ABC) = 0.94 (29). La Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M) cuenta con un Alpha de Cronbach (α) = 0.93 (13).

VI.5.3. Aplicación

La aplicación de los instrumentos corrió a cargo del tesista, durante las consultas médicas de control glucémico y peso de los pacientes que acudieron al consultorio del Dr. Juan Carlos Larrieta Carrasco; cada sesión tuvo una duración aproximada de 8 minutos y los instrumentos fueron llenados por los participantes.

VI.6. Límite de tiempo y espacio

La investigación se realizó durante junio de 2019 y mayo de 2020 en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vález” del ISSEMYM, localizada en la Avenida Morelos Poniente No. 1615 en la Colonia San Bernardino, Toluca, Estado de México.

VI.7. Método

Posteriormente a la aprobación del protocolo por las autoridades universitarias, y con la autorización de los directivos pertinentes, se procedió a la aplicación de los instrumentos (detallados en el apartado VI.5) entre los meses de julio y noviembre

del 2019; estos fueron contestados por los adultos de 60 años o más, obesos y con diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a su cita de control mensual en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del ISSEMYM. La duración promedio para responder la cédula de recolección de datos y los dos instrumentos fue de 10 minutos. Posteriormente a la recolección de datos, estos fueron concentrados en el programa Microsoft Excel 2013 y subsecuentemente fueron trasladados al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19 para su análisis.

VI.8. Diseño estadístico

Una vez obtenidos los datos se procedió a la tabulación y análisis de los mismos con el programa SPSS versión 19. Se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central de las variables sociodemográficas. Se analizó la asociación estadística de las variables dependiente e independiente con la aplicación de la prueba no paramétrica Chi-cuadrado (χ^2) y se hizo uso de la prueba V de Cramer (φ_c) para determinar la magnitud de esta. Se consideró un nivel de significancia de 0.05.

VII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M. C. Giovanni Gonzaga Gaspar

Director de Tesis: E. en S. P. Adrián Gerardo Vergara Cuadros

Para efectos de publicación o presentación en eventos académicos, el tesista siempre será el primer autor y el director será co-autor.

VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Durante la ejecución de la investigación se respetó la autonomía y el anonimato de los adultos mayores quienes, bajo previo consentimiento informado por escrito, desearon ser partícipes del estudio, con la plena libertad de retirarse en el momento que consideraran necesario. La información proporcionada por ellos fue manejada con discreción únicamente por el tesista.

Se tomaron en cuenta los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos encontrados en la Norma Oficial Mexicana-012-SSA3-2012, y la Declaración de Helsinki que establece los principios éticos que guían la investigación médica que involucra a éstos.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del total de los 48 participantes del estudio, el 29.2% obtuvieron un puntaje mayor de 75% en la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), lo que corresponde a un nivel de resiliencia alto; el resto, el 70.8%, consiguieron entre 50 y 75% de puntos, lo que representa un nivel medio (Cuadro y Gráfico No. 1). Cabe resaltar que ningún participante obtuvo un puntaje menor del 50%, por lo tanto, ninguno de ellos cuentan con niveles bajos de resiliencia.

Respecto a su imagen corporal, tras aplicar el Pictograma de Stunkard, el 58.3% de los encuestados demostraron encontrarse insatisfechos con esta, a diferencia del 41.7% que cuentan con satisfacción (Cuadro y Gráfico No. 1). De los primeros, solamente un paciente con obesidad grado 1, el único tipo encontrado en los pacientes, obtuvo un valor positivo en el test, lo que es interpretado como un deseo de contar con más peso corporal para proyectar una imagen más robusta.

En relación con el análisis de las variables dependiente e independiente, y debido a que los resultados de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) no se distribuyeron normalmente, se decidió utilizar la prueba no paramétrica Chi-cuadrado (χ^2) para analizar la asociación estadística entre el nivel de resiliencia y la imagen corporal de los adultos mayores, así como del test V de Cramer (φ_c) para determinar la magnitud de esta.

En el Cuadro No. 1, donde se cruzan las variables mencionadas en el párrafo anterior, se observa que en ninguna de las casillas se obtuvo una frecuencia esperada menor de 5 (0%), derivado de esto, para la interpretación de la significancia estadística se hizo uso de la prueba exacta unilateral y se consideró un nivel de significancia de $p = 0.05$.

El valor del estadístico de prueba fue $\chi^2 = 4.160$, con 1 grado de libertad y un p -valor = 0.043. Dicho nivel de significancia permite rechazar la hipótesis nula que

declara que el nivel alto de resiliencia no tiene asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de la imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, en el 2019. Y dado que el resultado de la prueba φ_c fue 0.294 (<0.500), se puede afirmar que la asociación estadística es moderada.

Los resultados anteriores concuerdan con la mayoría de investigaciones, como las realizadas por Wicker et al. (9), Whitson et al. (15), Gonzales Carvalho et al. (30), Edwards et al. (31) y Woo (32), quienes sugieren que al contar con un nivel alto de resiliencia se generan ciertas características psicológicas y físicas con resultados óptimos, como mejor autoestima, mayor felicidad, mejor salud mental, envejecimiento exitoso, menor incidencia de depresión, longevidad y menor riesgo de mortalidad.

Respecto al resto de variables, en los Cuadros No. 2 al 5 (y sus correspondientes gráficos) se muestran los grupos de edad y sexo de los participantes. Del total, 28 fueron hombres (58.3%) y 20 fueron mujeres (41.7%); de ellas, coincidentemente la mitad cuentan tanto con un nivel alto de resiliencia como con satisfacción con su imagen corporal. En contraste, la gran mayoría de los hombres obtuvieron un nivel medio (24 de 28) y se encontraron insatisfechos con su imagen corporal (18 de 28).

Lo anterior coincide con los hallazgos de Pieters (33) respecto al adecuado desarrollo de resiliencia en las mujeres, quienes a pesar de contar con una enfermedad crónico-degenerativa, como el cáncer, hicieron una transición exitosa “de paciente a persona” al recuperar el equilibrio. Lo anterior requirió tenacidad, pragmatismo y dedicación para seguir adelante con sus vidas, a través de un proceso continuo que inició desde el momento del diagnóstico y que funcionó como una experiencia transformadora que les permitió conservar su esencia y autoestima intactas.

La media de edad de los participantes fue de 69.5, con una desviación estándar de 6.2, un rango de 24, una edad mínima de 60 y una máxima de 84 años. El grupo de edad que contó con más participantes fue el de 65 a 69 años (39.5%) y únicamente el 6.3% de los encuestados formaron parte del grupo de 80 a 84; sin embargo, fueron estos últimos los únicos que obtuvieron, todos, un nivel alto de resiliencia.

El hecho de que estos pacientes no sean altamente resilientes coincide con los hallazgos previos que indican que en muchos adultos mayores, el volumen de la amígdala, el lóbulo temporal medial y algunas estructuras corticales pueden disminuir con el tiempo, lo que se asocia con problemas de salud mental y menor resiliencia (34).

Respecto al grado de escolaridad, el que más predominó fue el superior o licenciatura terminados con un 39.6%; es de interés notar que este grupo fue el único donde hubo un número mayor de participantes con un nivel alto de resiliencia (20.8%) y con satisfacción de la imagen corporal (22.9%), en comparación con el nivel medio y la insatisfacción, que preponderaron en el resto de los grados de escolaridad (Cuadros y Gráficos No. 6 y 7).

Como parte del proceso de enseñanza, dentro de las organizaciones de educación superior, a diferencia de los otros niveles, se fomenta el crecimiento intelectual así como la constante evolución personal. Por lo tanto, la educación en este nivel, como lo describe Fisher (35), proporciona una visión crítica cuyo pensamiento subyacente es el desarrollo de la resiliencia, lo que explicaría los resultados descritos en el párrafo anterior.

Con relación al estado civil, el 64.6% de los participantes fueron casados, 25% viudos y 10.4% divorciados. Estos últimos fueron el único grupo en el cual todos los encuestados obtuvieron tanto un nivel alto de resiliencia como satisfacción con su imagen corporal, en contraste con el resto de grupos que, como muestran los Cuadros y Gráficos No. 8 y 9, tuvieron niveles medios e insatisfacción.

El hecho de que ninguno de los adultos mayores cuente con niveles bajos de resiliencia puede ser explicado por el apoyo social, el cual es un recurso fundamental para controlar el estrés a lo largo de la vida, y son las redes sociales y la familia las que facilitan el desarrollo de la resiliencia. Por otro lado, el motivo por el cual los viudos cuenten con niveles medios, y los divorciados con niveles altos, puede ser debido a que utilizan el apoyo instrumental como herramienta de afrontamiento, el cual es descrito por Gaffey et al. (36) como los actos tangibles (por ejemplo, ayuda con las finanzas o el transporte) proporcionados por otros, que pueden ser sus hijos y nietos.

De todas las religiones incluidas en la cédula de recolección de datos, la única seleccionada por los participantes fue la católica, con 44 seguidores (91.7%). Esto refleja la importancia de la observancia religiosa en sus vidas, aunque su práctica no necesariamente mejore su condición, ya que, de todos ellos, la gran mayoría contaron con un nivel medio de resiliencia (64.6%) e insatisfacción con su imagen corporal (54.2%) (Cuadros y Gráficos No. 10 y 11).

Los datos anteriores evidencian la importancia del catolicismo en las vidas de los adultos mayores, sin embargo, la práctica de dicha religión no brinda ningún tipo de bienestar espiritual, por lo cual se pudiera deducir que en esta población predomina una orientación religiosa extrínseca. En esta, las personas “usan” su religión en un sentido estrictamente proficiente, ya sea para ganar seguridad, posición social, u otras metas superficiales que no benefician en ningún aspecto mental, social ni espiritual (37).

Si los adultos mayores practicaran el catolicismo de manera intrínseca, utilizarían su fe para hacer frente a la diabetes como lo evidencia el estudio de Choi y Hastings (38), en el que la mayoría de participantes se involucraron en prácticas religiosas que fomentaban su autocuidado, disminuían su estrés, mejoraban su afrontamiento y elevaban su nivel de resiliencia.

Finalmente, respecto a las variables intervinientes socioeconómicas, la gran mayoría de los adultos mayores participantes del estudio fueron pensionados (79.2%), habitaron en casas separadas propias (66.7%) y contaron con ingresos quincenales mayores de diez mil pesos mexicanos (43.8%). Pero, como se demuestra en los Cuadros y Gráficos No. 12 al 17, un nivel socioeconómico mayor no implica niveles más altos de resiliencia ni satisfacción con la imagen corporal.

Los hallazgos anteriores coinciden con los resultados del estudio de Kok et al. (39) que evidenciaron cómo los rasgos de personalidad de sus participantes, como la competencia, la autoestima y el optimismo, se manifestaron elevados predominantemente en adultos mayores con niveles altos de resiliencia y con un nivel socioeconómico bajo.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No. 1

Nivel de resiliencia y su asociación con la imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

Imagen corporal Nivel de resiliencia	Insatisfacción		Satisfacción		Total	
	F	%	F	%	F	%
Medio	23	47.9	11	22.9	34	70.8
Alto	5	10.4	9	18.8	14	29.2
Total	28	58.3	20	41.7	48	100

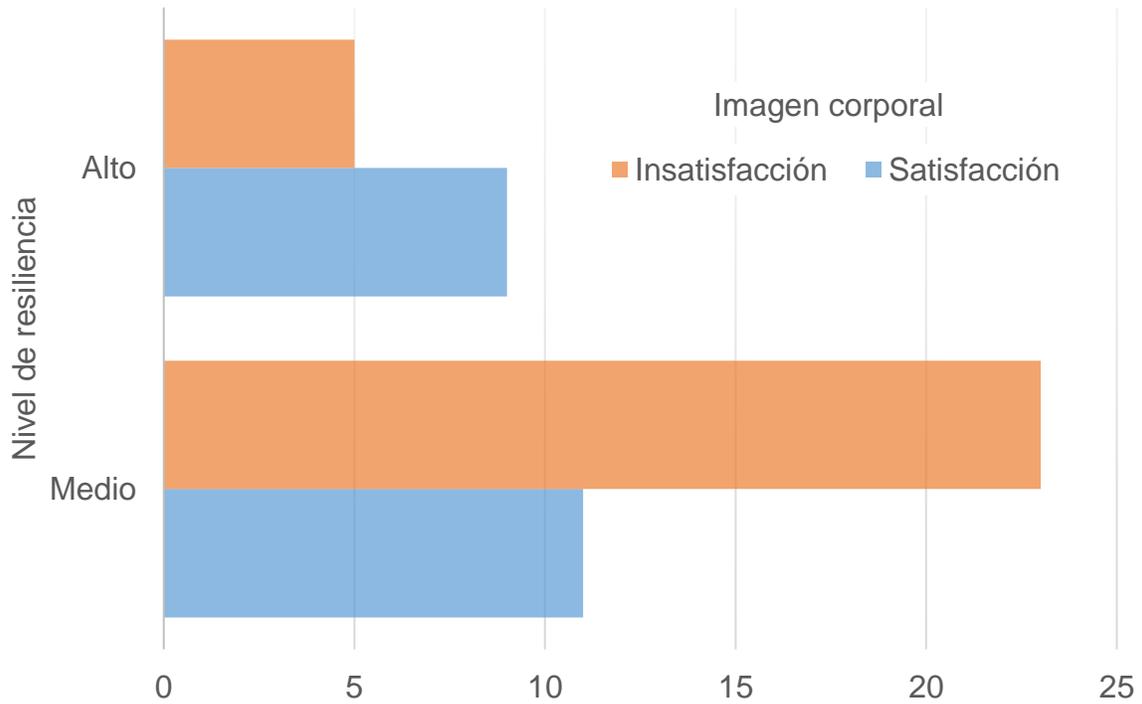
Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, FE = frecuencia esperada, % = porcentaje.

Chi-cuadrado = 4.160, grados de libertad = 1, significancia exacta unilateral = 0.043, V de Cramer = 0.294

Gráfico No. 1

Nivel de resiliencia y su asociación con la imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

Nivel de resiliencia y grupo de edad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

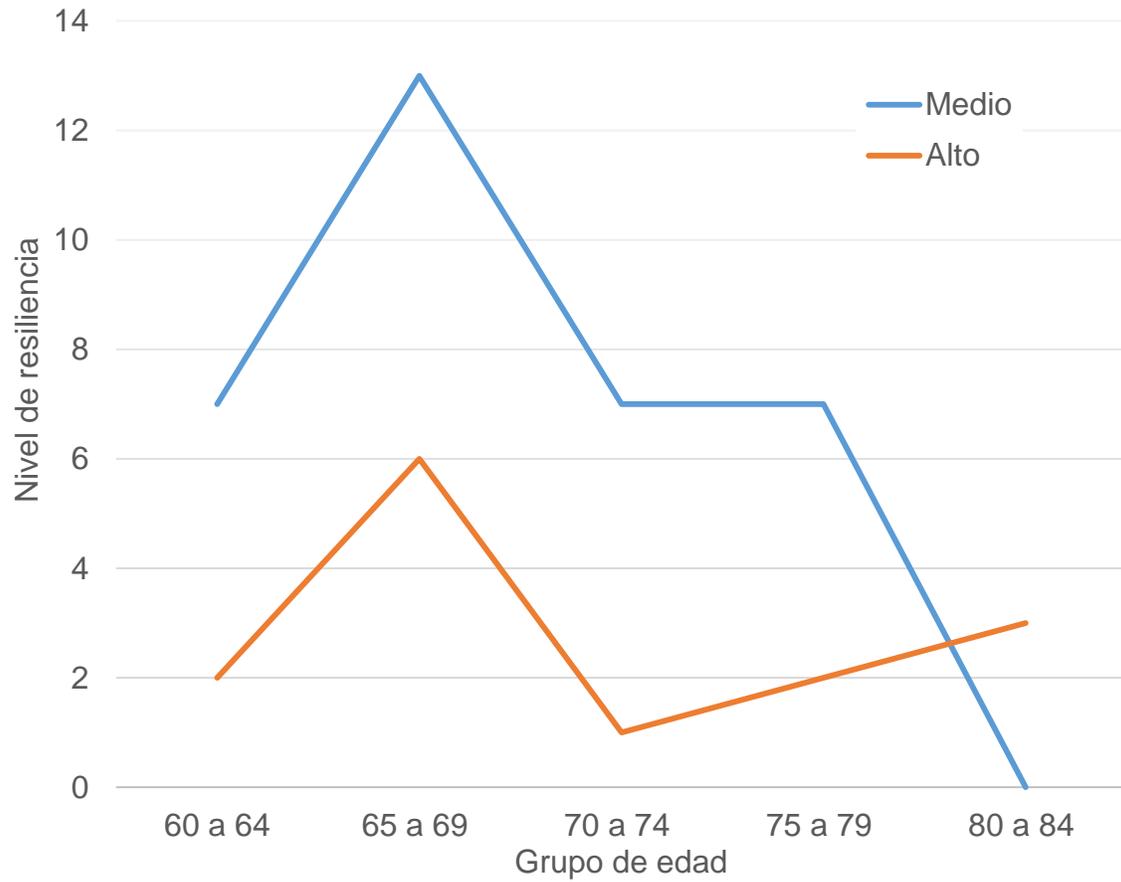
Grupo de edad \ Nivel de Resiliencia	Medio		Alto		Total	
	F	%	F	%	F	%
60 a 64	7	14.6	2	4.2	9	18.8
65 a 69	13	27.0	6	12.5	19	39.5
70 a 74	7	14.6	1	2.0	8	16.6
75 a 79	7	14.6	2	4.2	9	18.8
80 a 84	0	0	3	6.3	3	6.3
Total	34	70.8	14	29.2	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 2

Nivel de resiliencia y grupo de edad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 2

Cuadro No. 3

Imagen corporal y grupo de edad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

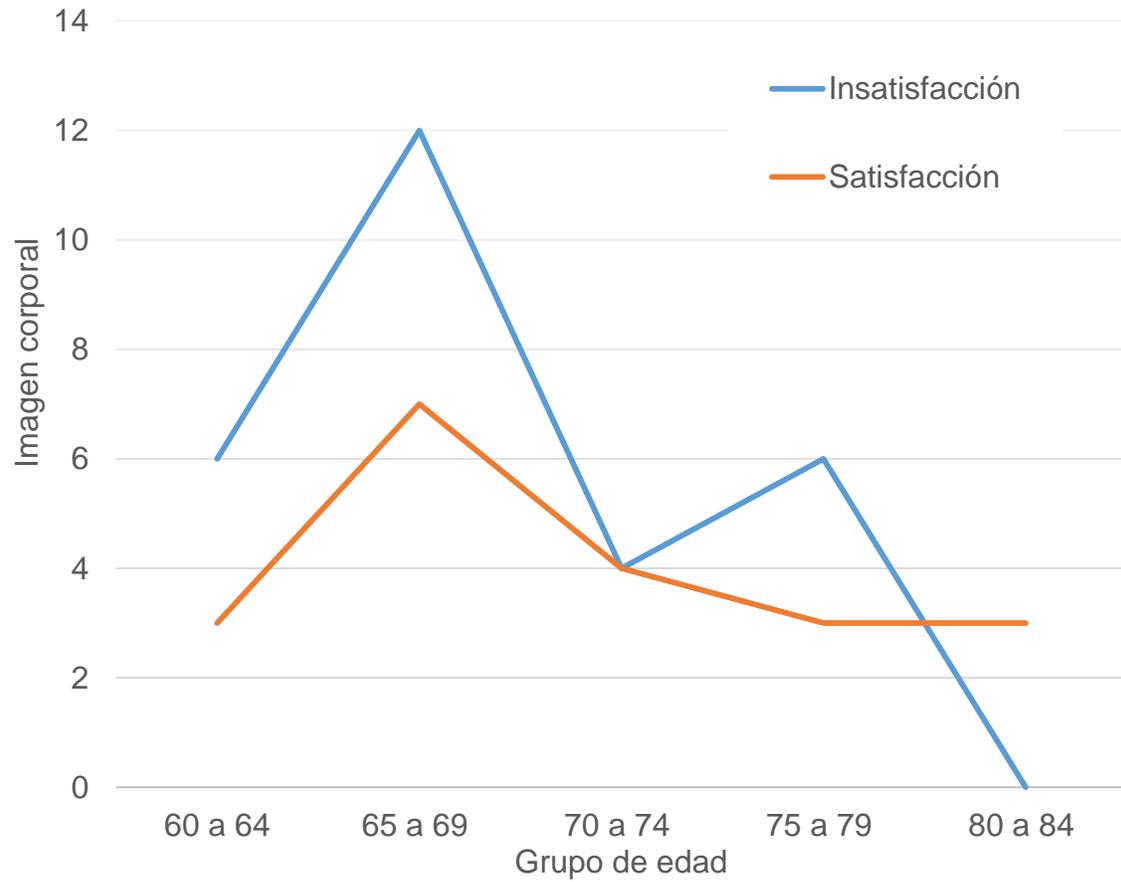
Grupo de edad	Imagen corporal	Insatisfacción		Satisfacción		Total	
		F	%	F	%	F	%
60 a 64		6	12.5	3	6.3	9	18.8
65 a 69		12	25.0	7	14.5	19	39.5
70 a 74		4	8.3	4	8.3	8	16.6
75 a 79		6	12.5	3	6.3	9	18.8
80 a 84		0	0	3	6.3	3	6.3
Total		28	58.3	20	41.7	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 3

Imagen corporal y grupo de edad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 3

Cuadro No. 4

Nivel de resiliencia y sexo de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

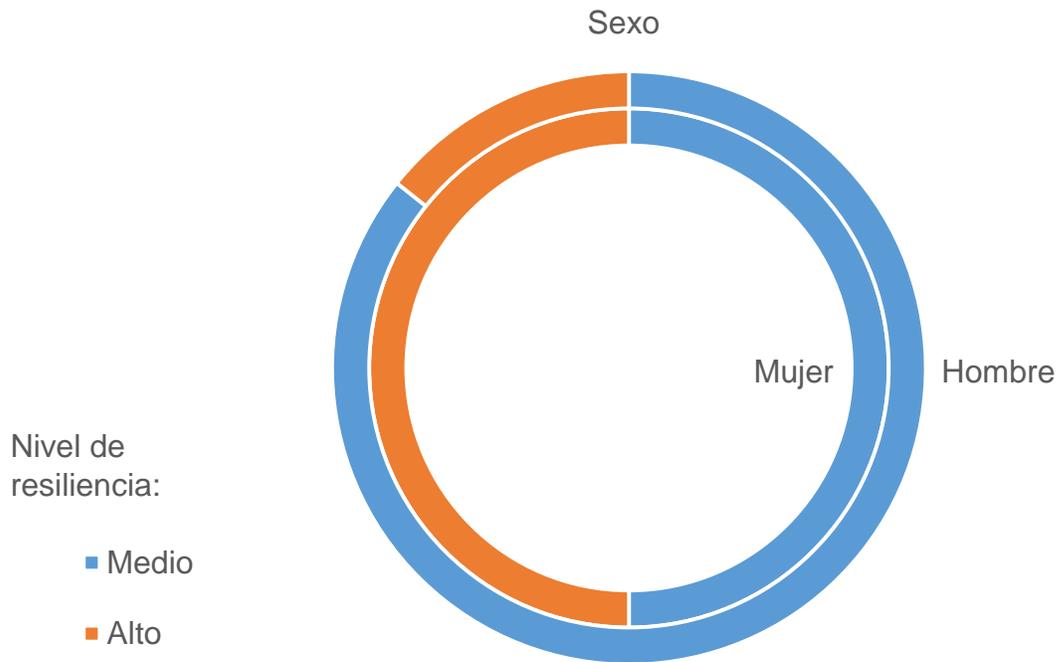
Nivel de resiliencia \ Sexo	Mujer		Hombre		Total	
	F	%	F	%	F	%
Medio	10	20.8	24	50.0	34	70.8
Alto	10	20.8	4	8.4	14	29.2
Total	20	41.6	28	58.4	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 4

Nivel de resiliencia y sexo de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

Imagen corporal y sexo de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vález” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

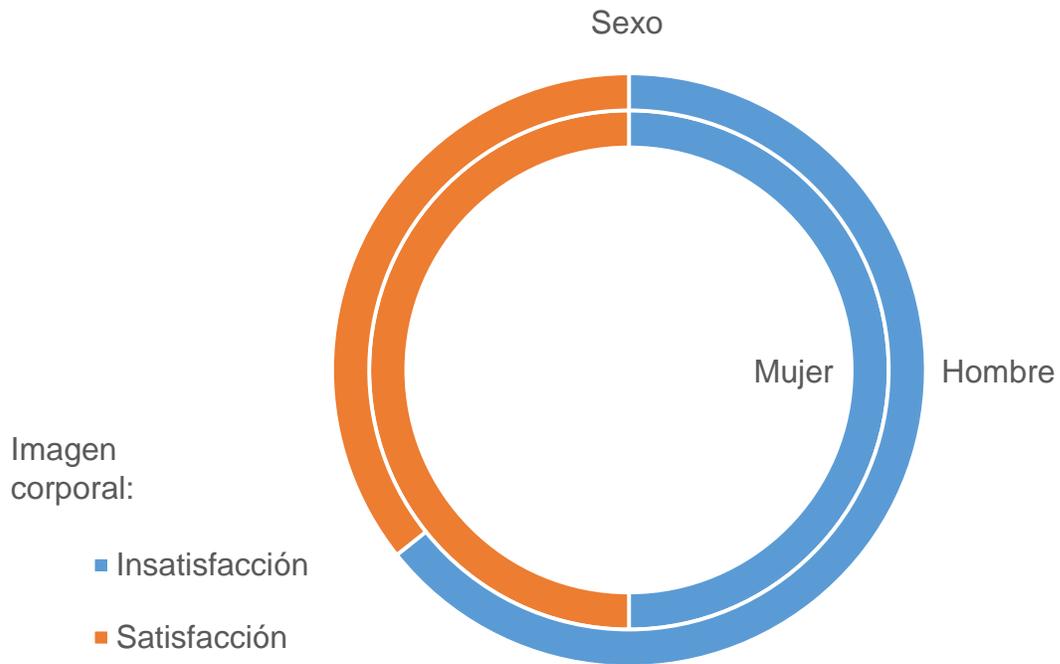
Imagen corporal \ Sexo	Mujer		Hombre		Total	
	F	%	F	%	F	%
Insatisfacción	10	20.8	18	37.6	28	58.4
Satisfacción	10	20.8	10	20.8	20	41.6
Total	20	41.6	28	58.4	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 5

Imagen corporal y sexo de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 5

Cuadro No. 6

Nivel de resiliencia y escolaridad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vález” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

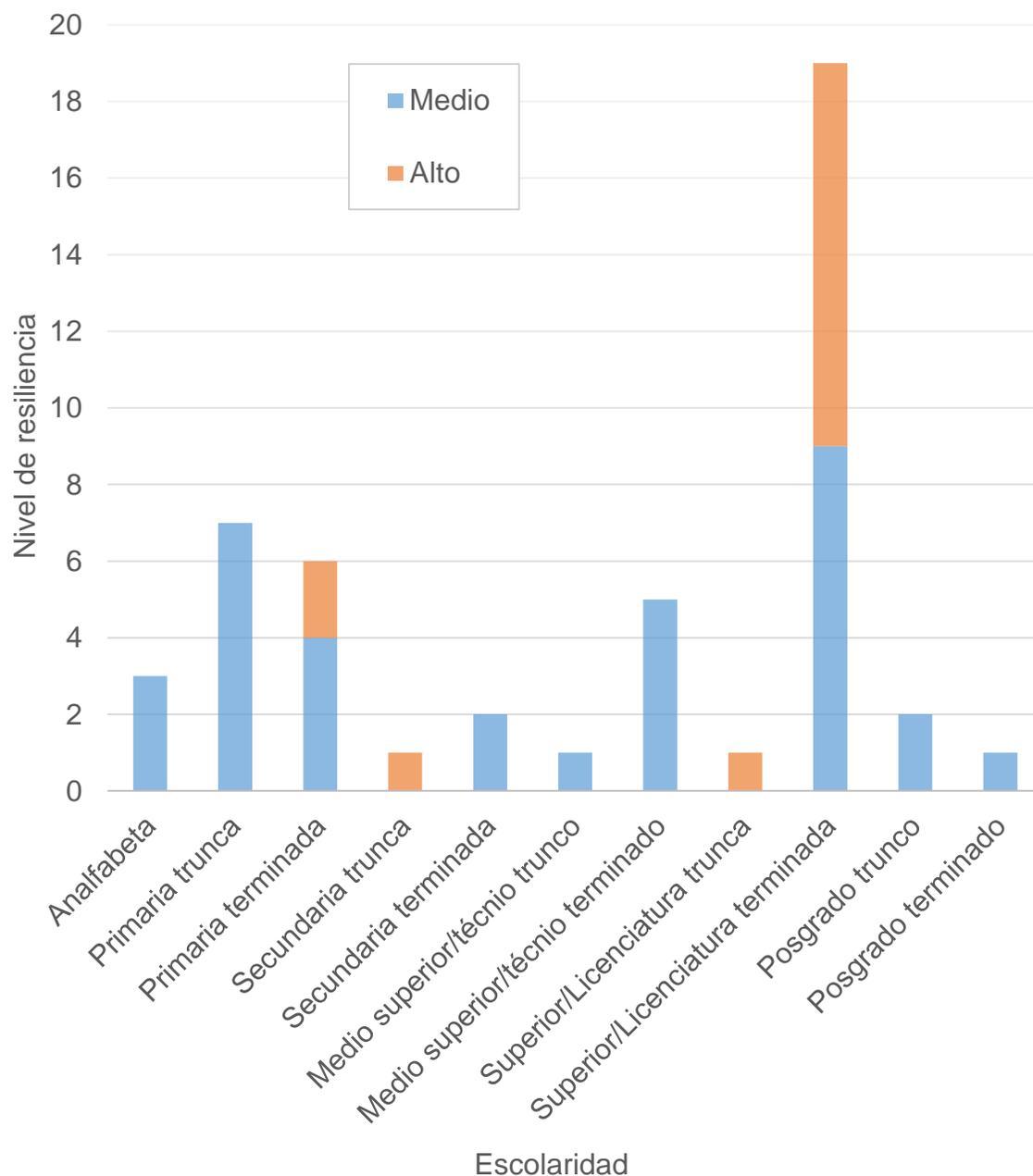
Escolaridad \ Nivel de Resiliencia	Medio		Alto		Total	
	F	%	F	%	F	%
Analfabeta	3	6.2	0	0	3	6.2
Primaria Trunca	7	14.6	0	0	7	14.6
Primaria Terminada	4	8.3	2	4.2	6	12.5
Secundaria Trunca	0	0	1	2.1	1	2.1
Secundaria Terminada	2	4.2	0	0	2	4.2
Medio Superior/ Técnico Trunco	1	2.1	0	0	1	2.1
Medio Superior/ Técnico Terminado	5	10.4	0	0	5	10.4
Superior/ Licenciatura Trunca	0	0	1	2.1	1	2.1
Superior/ Licenciatura Terminada	9	18.7	10	20.8	19	39.5
Posgrado Trunco	2	4.2	0	0	2	4.2
Posgrado Terminado	1	2.1	0	0	1	2.1
Total	34	70.8	14	29.2	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 6

Nivel de resiliencia y escolaridad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 6

Cuadro No. 7

Imagen corporal y escolaridad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vález" del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

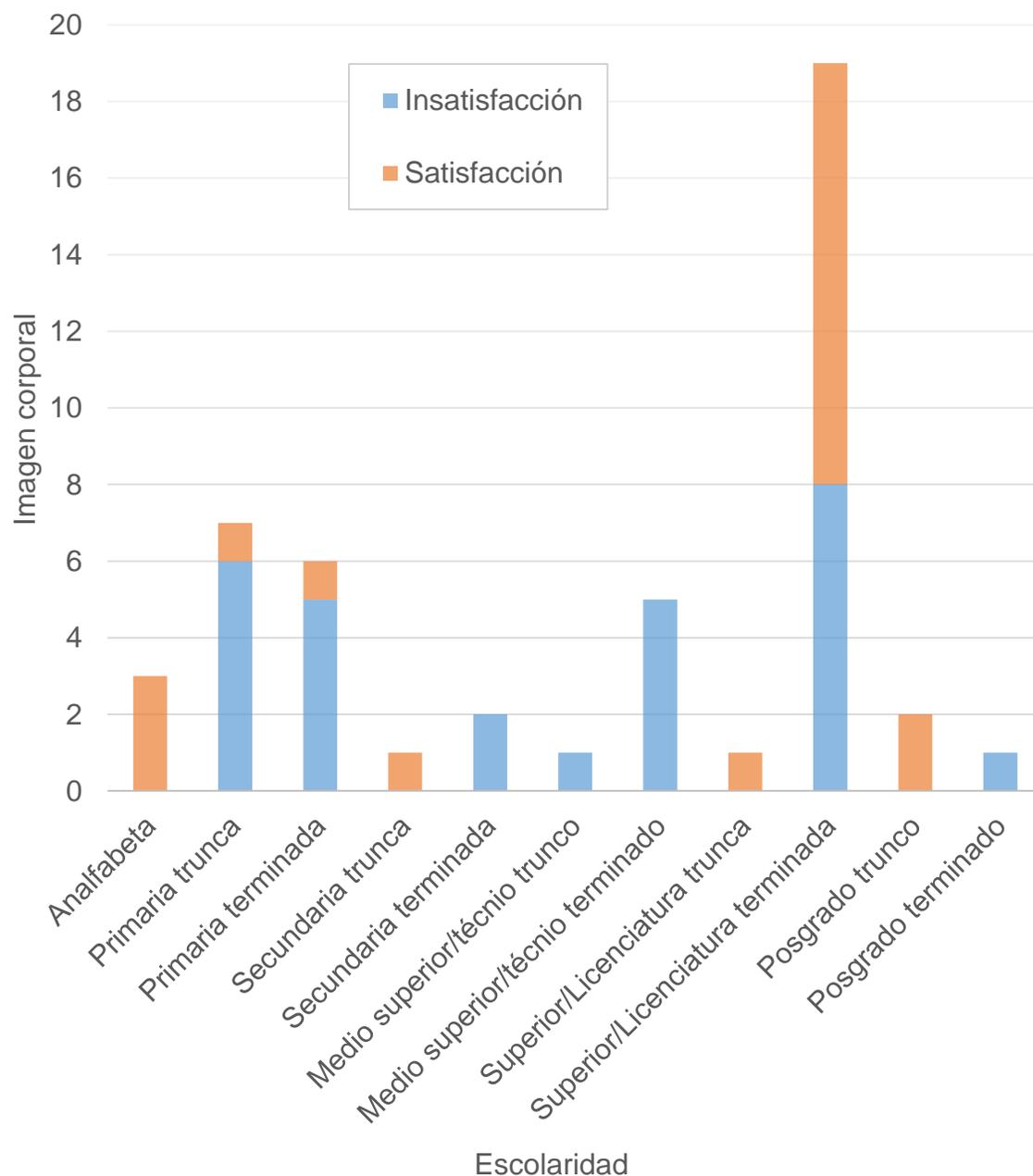
Escolaridad \ Imagen corporal	Insatisfacción		Satisfacción		Total	
	F	%	F	%	F	%
Analfabeta	0	0	3	6.2	3	6.2
Primaria Trunca	6	12.5	1	2.1	7	14.6
Primaria Terminada	5	10.4	1	2.1	6	12.5
Secundaria Trunca	0	0	1	2.1	1	2.1
Secundaria Terminada	2	4.2	0	0	2	4.2
Medio Superior/ Técnico Trunco	1	2.1	0	0	1	2.1
Medio Superior/ Técnico Terminado	5	10.4	0	0	5	10.4
Superior/ Licenciatura Trunca	0	0	1	2.1	1	2.1
Superior/ Licenciatura Terminada	8	16.6	11	22.9	19	39.5
Posgrado Trunco	0	0	2	4.2	2	4.2
Posgrado Terminado	1	2.1	0	0	1	2.1
Total	28	58.3	20	41.7	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 7

Imagen corporal y escolaridad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 7

Cuadro No. 8

Nivel de resiliencia y estado civil de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

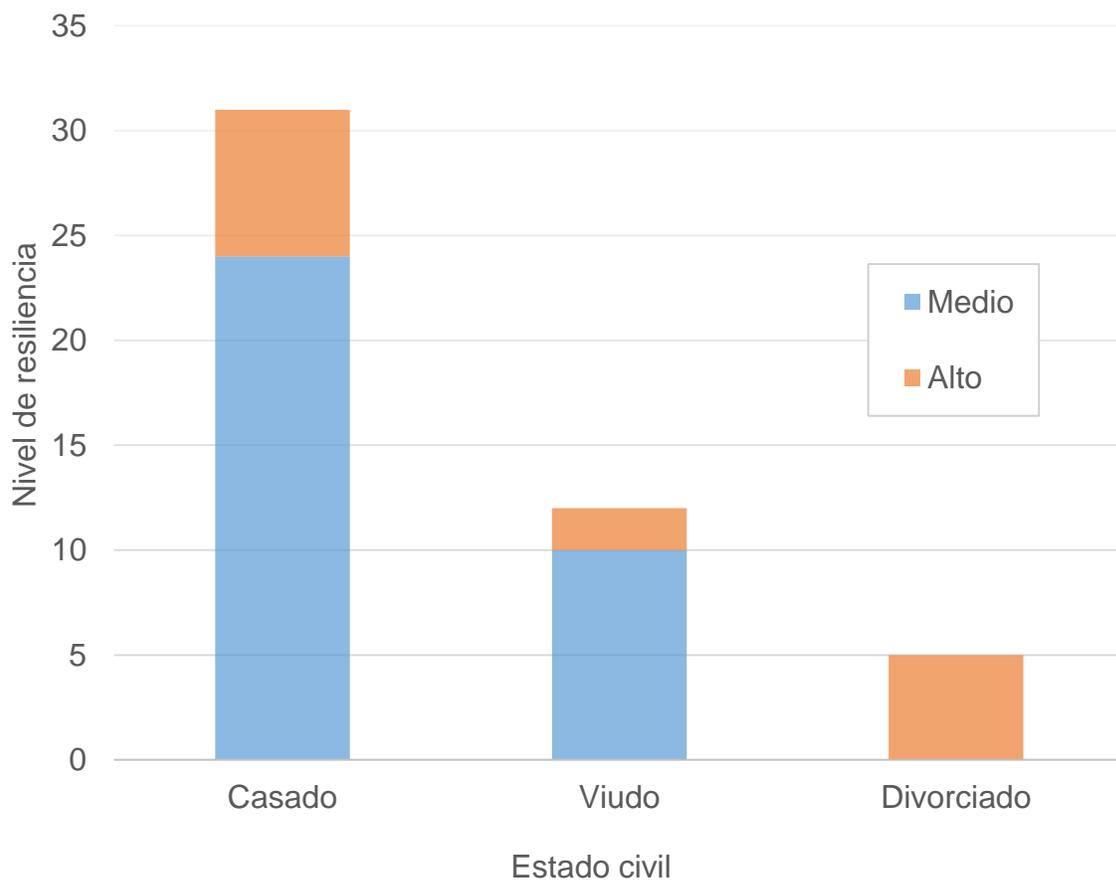
Estado civil Nivel de resiliencia	Casado		Viudo		Divorciado		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Medio	24	50.0	10	20.8	0	0	34	70.8
Alto	7	14.6	2	4.2	5	10.4	14	29.2
Total	31	64.6	12	25.0	5	10.4	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 8

Nivel de resiliencia y estado civil de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

Imagen corporal y estado civil de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélez" del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

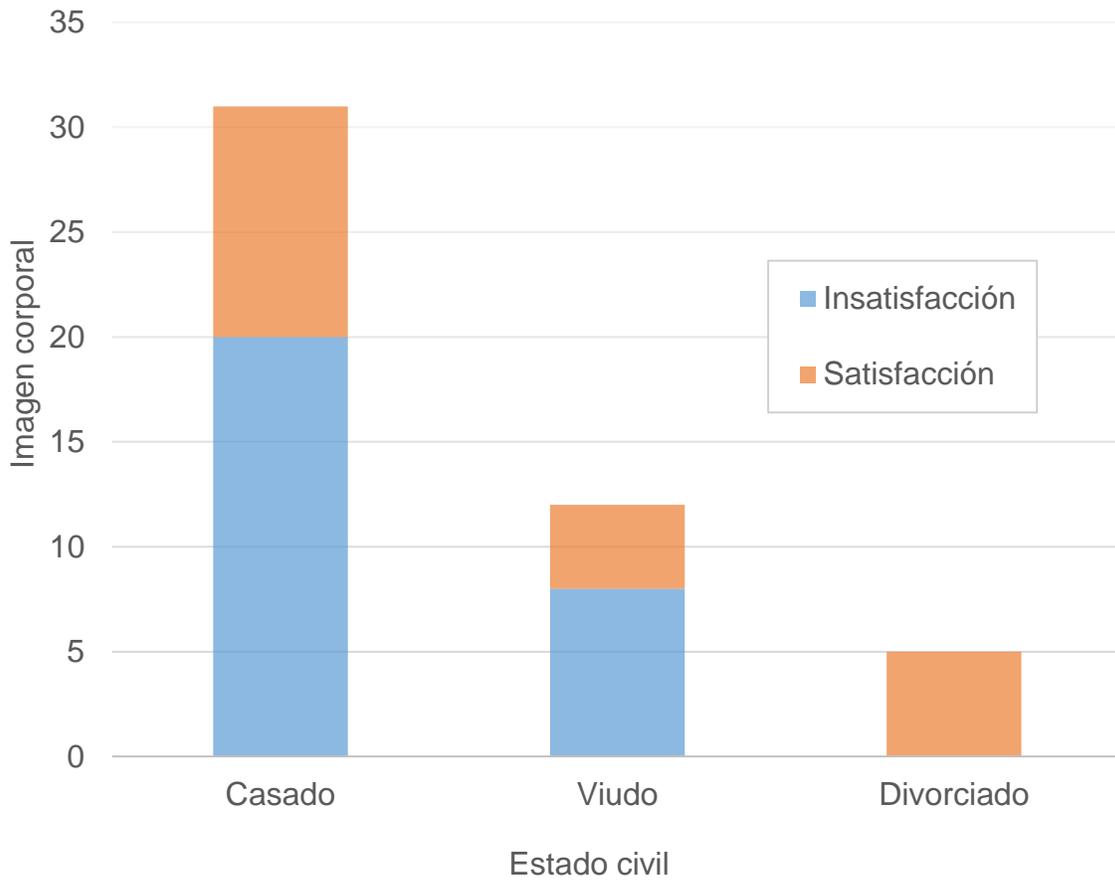
Estado civil Imagen corporal	Casado		Viudo		Divorciado		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Insatisfacción	20	41.7	8	16.7	0	0	28	58.4
Satisfacción	11	22.9	4	8.3	5	10.4	20	41.6
Total	31	64.6	12	25.0	5	10.4	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 9

Imagen corporal y estado civil de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No. 10

Nivel de resiliencia y religión de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

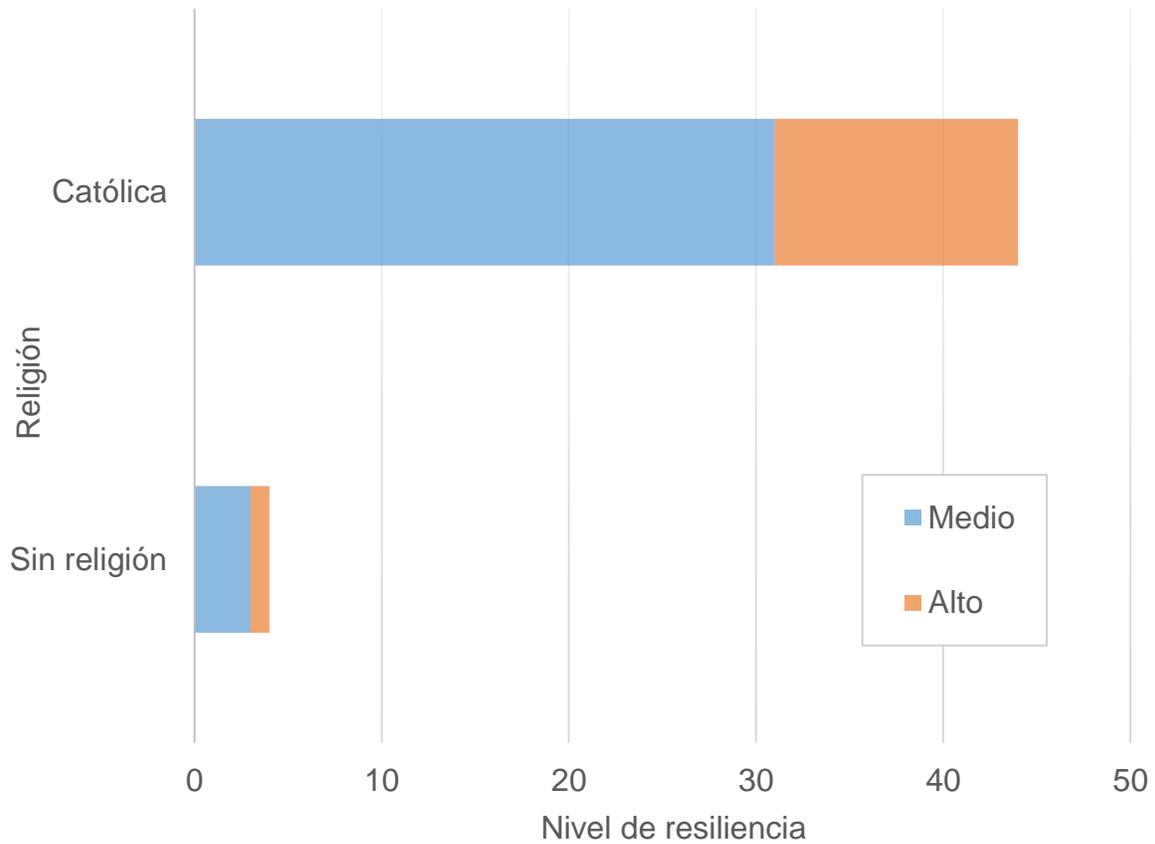
Nivel de resiliencia \ Religión	Sin religión		Católica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Medio	3	6.3	31	64.5	34	70.8
Alto	1	2.1	13	27.1	14	29.2
Total	4	8.4	44	91.6	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 10

Nivel de resiliencia y religión de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 10

Cuadro No. 11

Imagen corporal y religión de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

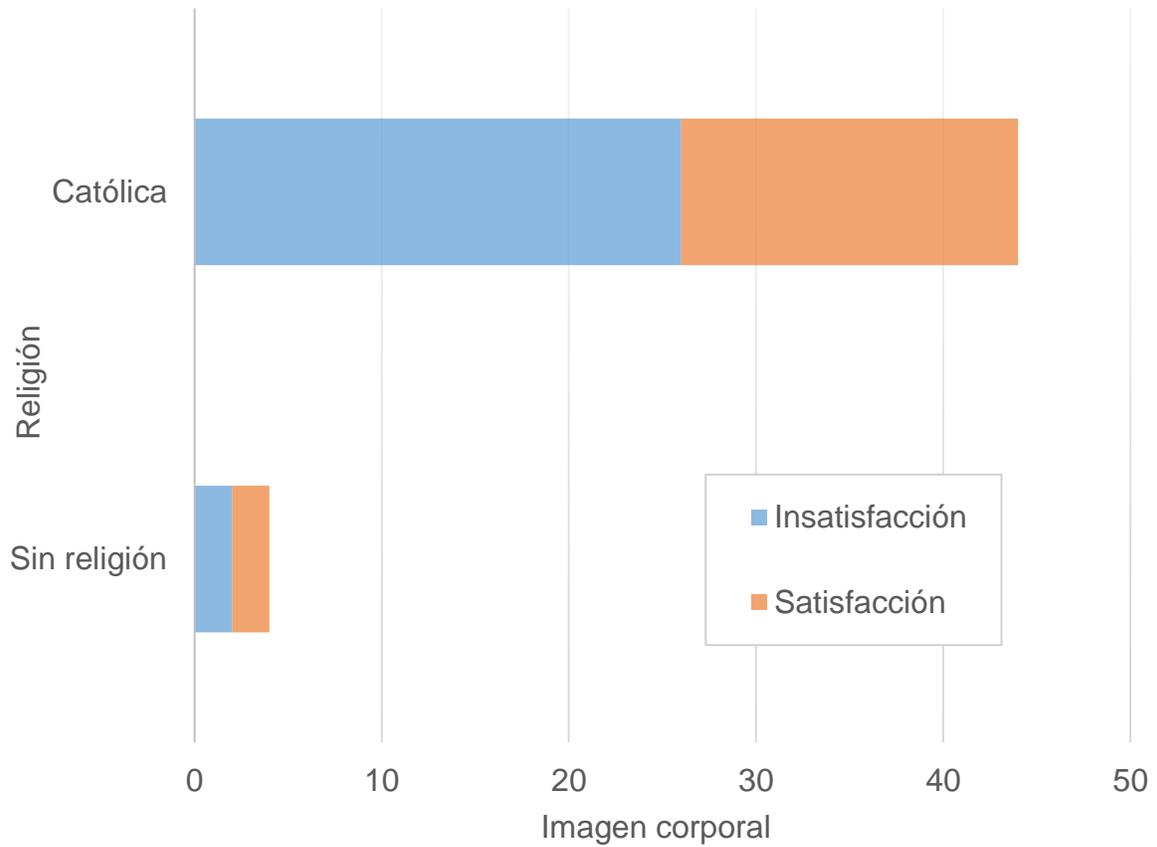
Imagen corporal \ Religión	Sin religión		Católica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Insatisfacción	2	4.2	26	54.1	28	58.3
Satisfacción	2	4.2	18	37.5	20	41.7
Total	4	8.4	44	91.6	48	100.0

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 11

Imagen corporal y religión de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No. 12

Nivel de resiliencia y ocupación de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

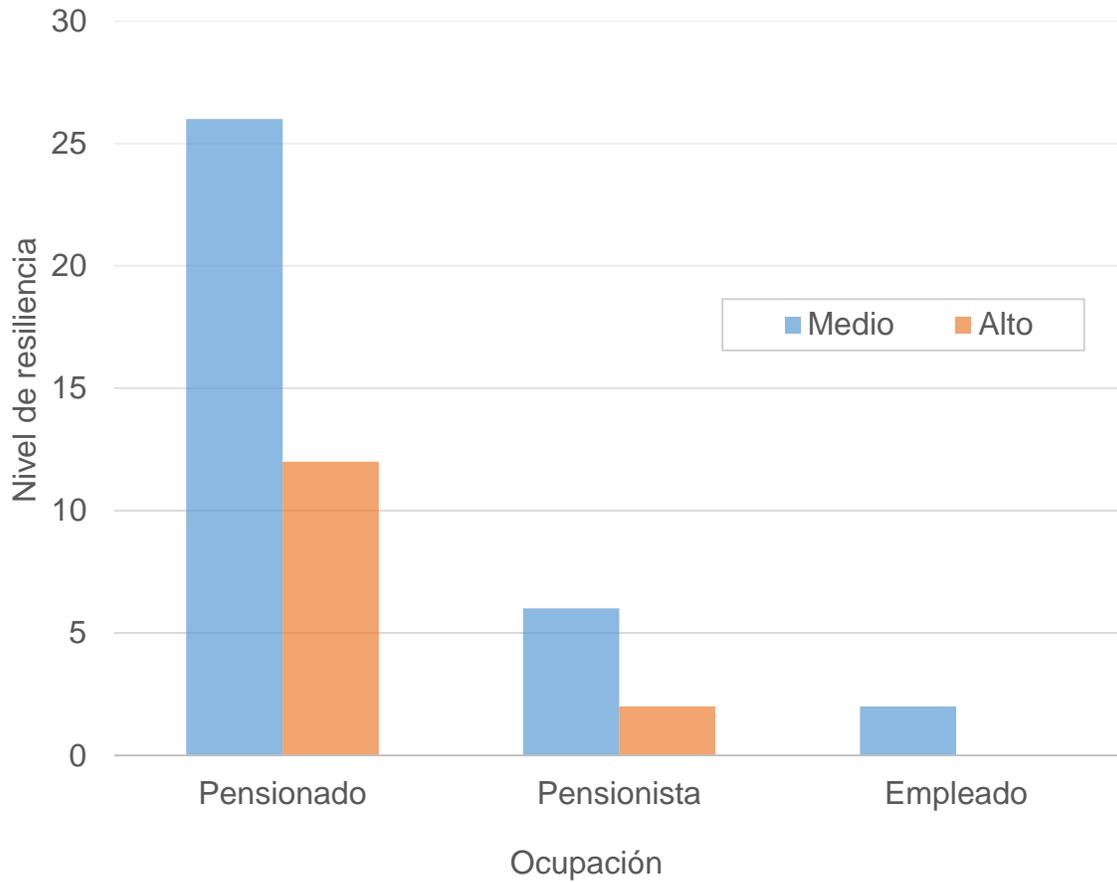
Nivel de resiliencia \ Ocupación	Pensionado		Pensionista		Empleado		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Medio	26	54.1	6	12.5	2	4.2	34	70.8
Alto	12	25.0	2	4.2	0	0	14	29.2
Total	38	79.1	8	16.7	2	4.2	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 12

Nivel de resiliencia y ocupación de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 12

Cuadro No. 13

Imagen corporal y ocupación de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélez" del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

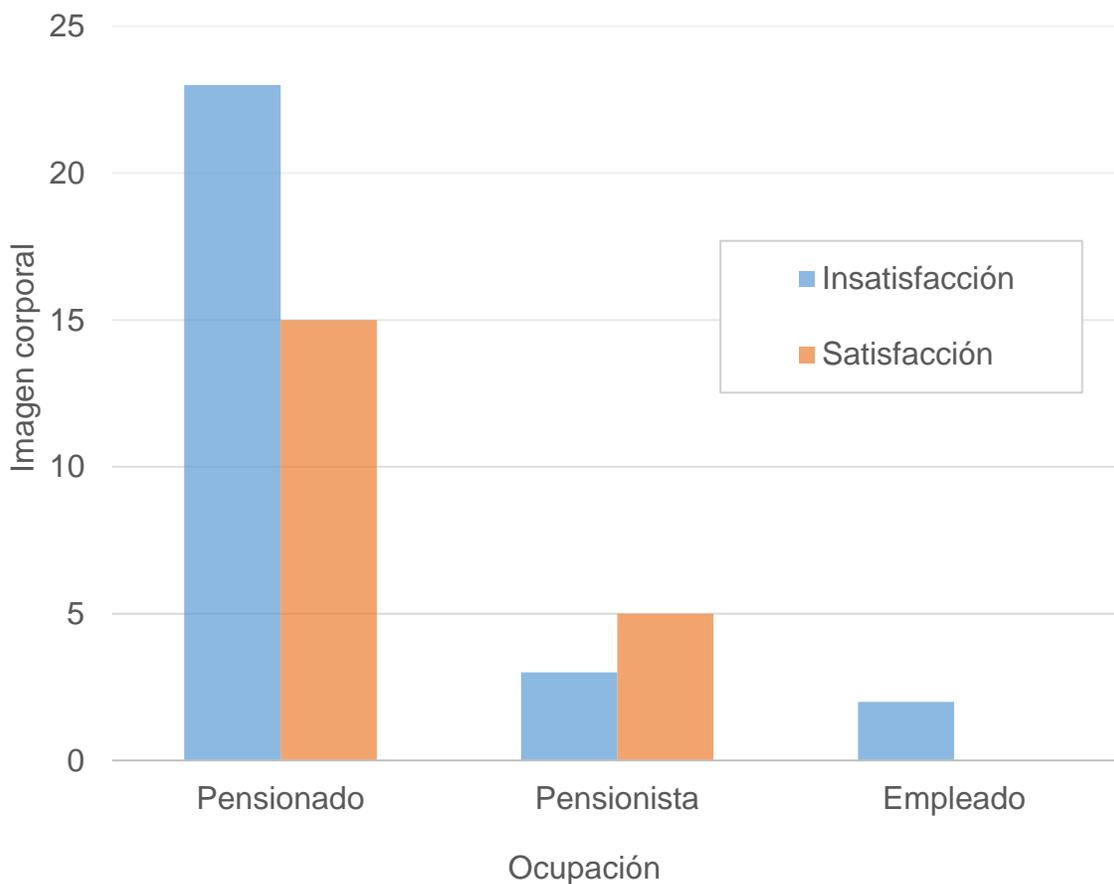
Imagen corporal \ Ocupación	Pensionado		Pensionista		Empleado		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Insatisfacción	23	47.9	3	6.3	2	4.2	28	58.4
Satisfacción	15	31.2	5	10.4	0	0	20	41.6
Total	38	79.1	8	16.7	2	4.2	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 13

Imagen corporal y ocupación de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 13

Cuadro No. 14

Nivel de resiliencia e ingreso mensual de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

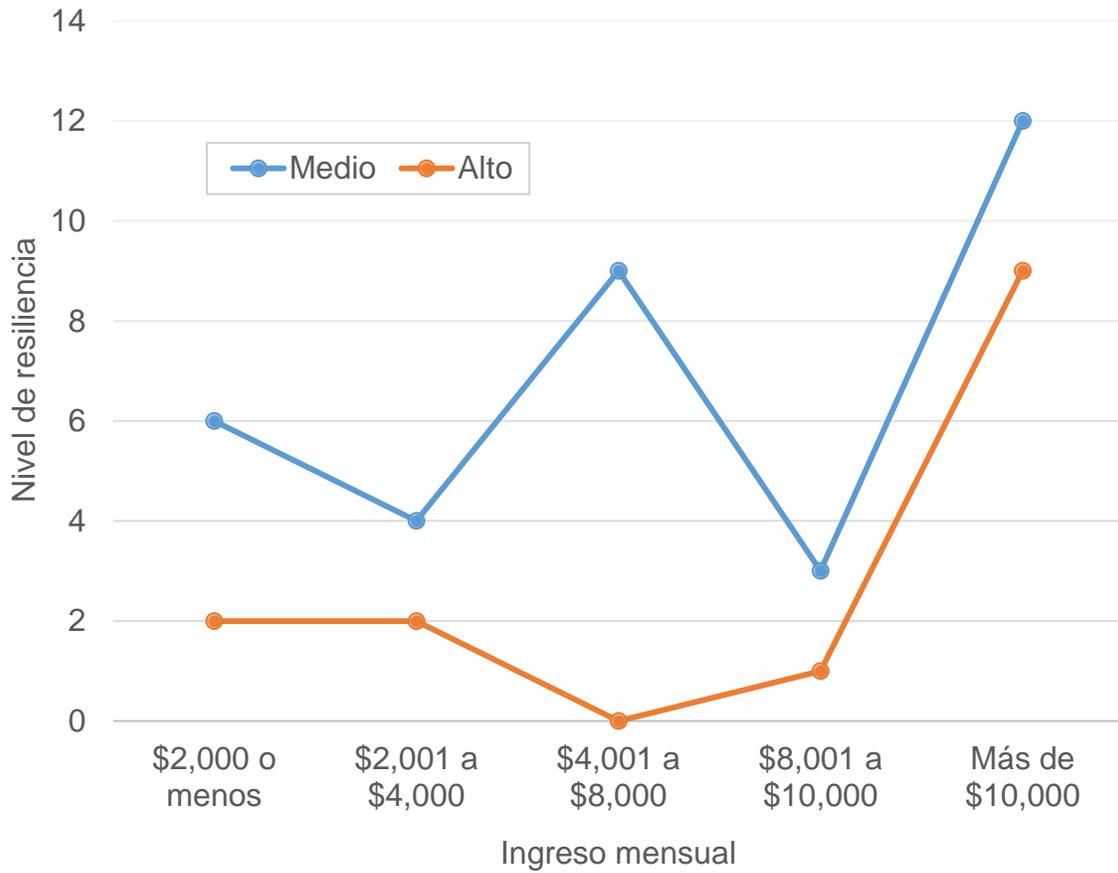
Ingreso mensual \ Nivel de resiliencia	Medio		Alto		Total	
	F	%	F	%	F	%
\$2,000 o menos	6	12.5	2	4.2	8	16.7
\$2,001 a \$4,000	4	8.3	2	4.2	6	12.5
\$4,001 a \$8,000	9	18.7	0	0	9	18.7
\$8,001 a \$10,000	3	6.3	1	2.1	4	8.4
Más de \$10,000	12	25.0	9	18.7	21	43.7
Total	34	70.8	14	29.2	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: \$ = pesos mexicanos, F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 14

Nivel de resiliencia e ingreso mensual de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 14

Cuadro No. 15

Imagen corporal e ingreso mensual de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vález” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

Imagen corporal Ingreso mensual	Insatisfacción		Satisfacción		Total	
	F	%	F	%	F	%
\$2,000 o menos	6	12.5	2	4.2	8	16.7
\$2,001 a \$4,000	4	8.3	2	4.2	6	12.5
\$4,001 a \$8,000	3	6.2	6	12.5	9	18.7
\$8,001 a \$10,000	2	4.2	2	4.2	4	8.4
Más de \$10,000	13	27.1	8	16.6	21	43.7
Total	28	58.3	20	41.7	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: \$ = pesos mexicanos, F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 15

Imagen corporal e ingreso mensual de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 15

Cuadro No. 16

Nivel de resiliencia y tipo de residencia de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

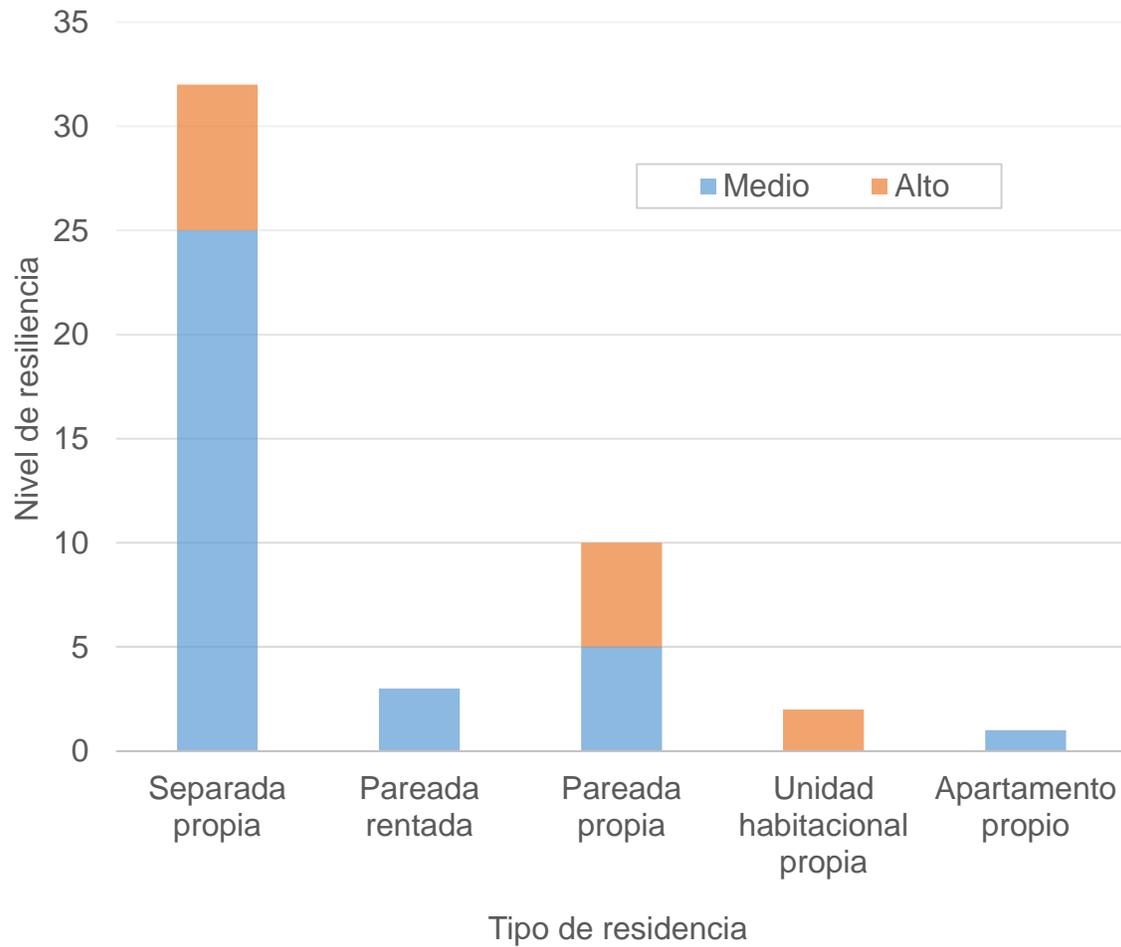
Nivel de resiliencia Tipo de residencia	Medio		Alto		Total	
	F	%	F	%	F	%
Separada propia	25	52	7	14.6	32	66.6
Pareada rentada	3	6.3	0	0	3	6.3
Pareada propia	5	10.4	5	10.4	10	20.8
Unidad habitacional propia	0	0	2	4.2	2	4.2
Apartamento propio	1	2.1	0	0	1	2.1
Total	34	70.8	14	29.2	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 16

Nivel de resiliencia y tipo de residencia de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 16

Cuadro No. 17

Imagen corporal y tipo de residencia de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vález" del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

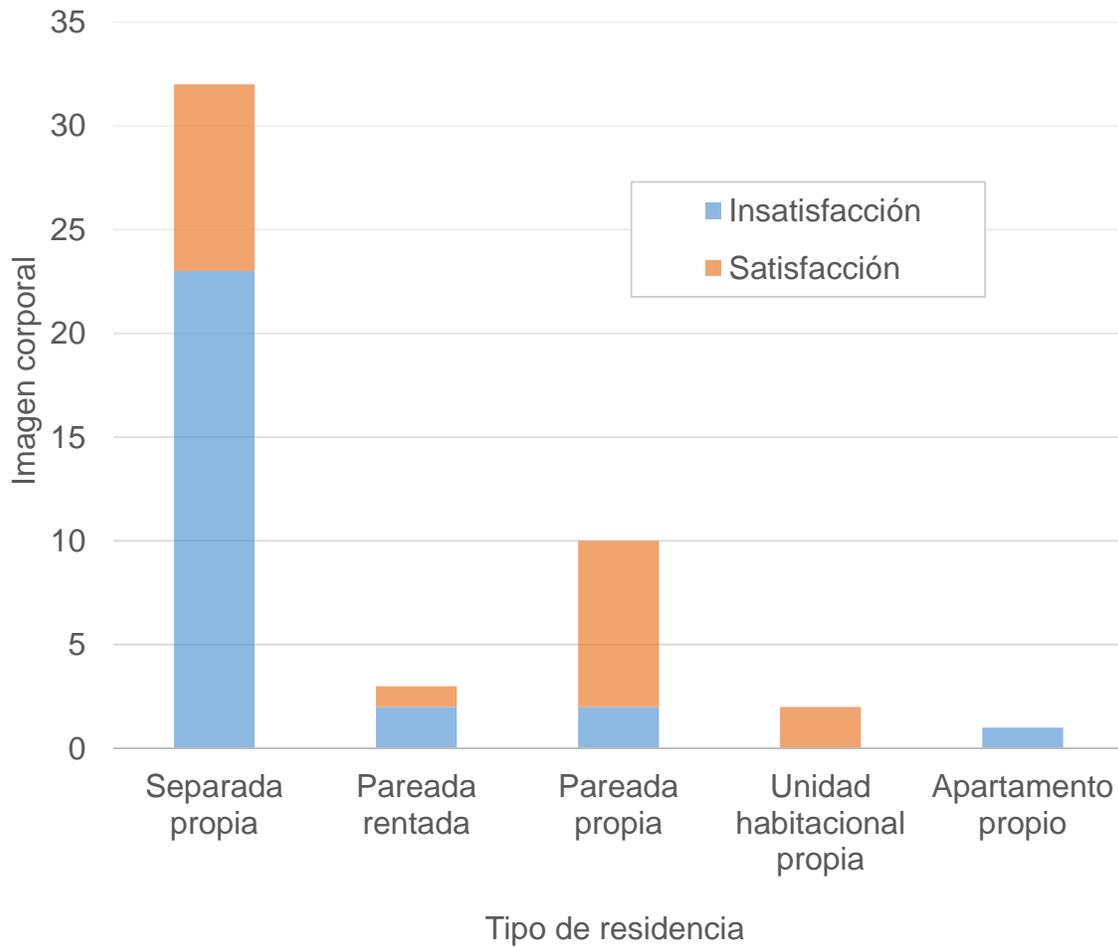
Imagen corporal Tipo de residencia	Insatisfacción		Satisfacción		Total	
	F	%	F	%	F	%
Separada propia	23	47.8	9	18.8	32	66.6
Pareada rentada	2	4.2	1	2.1	3	6.3
Pareada propia	2	4.2	8	16.6	10	20.8
Unidad habitacional propia	0	0	2	4.2	2	4.2
Apartamento propio	1	2.1	0	0	1	2.1
Total	28	58.3	20	41.7	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Notas aclaratorias: F = frecuencia, % = porcentaje.

Gráfico No. 17

Imagen corporal y tipo de residencia de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 17

Cuadro No. 18

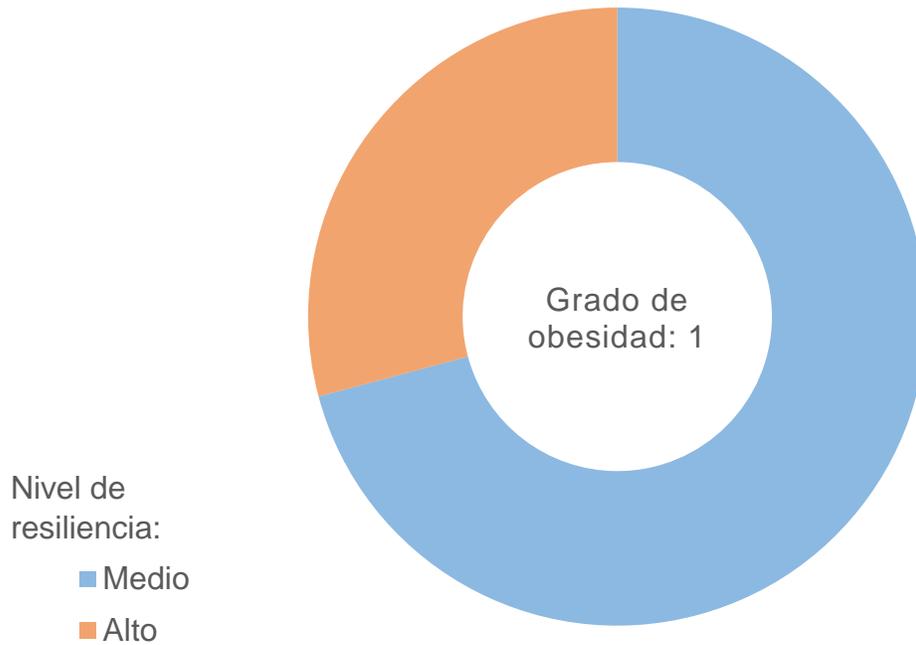
Nivel de resiliencia y grado de obesidad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

Nivel de resiliencia \ Grado de obesidad	1	
	Frecuencia	Porcentaje
Medio	34	70.8
Alto	14	29.2
Total	48	100

Fuente: concentrado de datos.

Gráfico No. 18

Nivel de resiliencia y grado de obesidad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 18

Cuadro No. 19

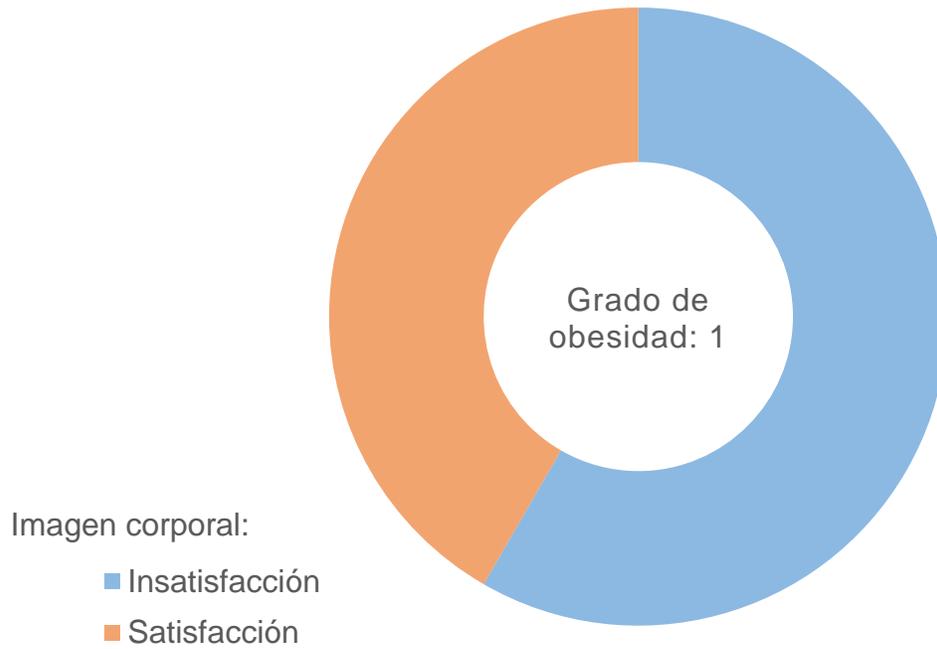
Imagen corporal y grado de obesidad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.

Imagen corporal	Grado de obesidad	1	
		Frecuencia	Porcentaje
Insatisfacción		28	58.3
Satisfacción		20	41.7
Total		48	100

Fuente: concentrado de datos.

Gráfico No. 19

Imagen corporal y grado de obesidad de adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2019.



Fuente: Cuadro No. 19

XI. CONCLUSIONES

Con el paso del tiempo y el aumento de la edad también incrementa la posibilidad de ser diagnosticado con una enfermedad crónica, lo cual perjudica el funcionamiento físico, cognitivo y psicosocial, y genera efectos negativos como la disminución potencial de la expectativa de vida y la pérdida de la confianza en uno mismo, de ahí que los adultos mayores se vean obligados a encontrar medidas de afrontamiento que les ayuden a lidiar con estos cambios y así alcanzar estabilidad tanto mental como física.

En el caso específico de los participantes de este estudio, a pesar de contar con elementos como un grado de escolaridad superior, apoyo familiar y social, la práctica de una religión y un nivel socioeconómico medio, estos no son suficientes para elevar su nivel de resiliencia y así contribuir con la eliminación de los conflictos causados por sus enfermedades; aunque estos sí coadyuvan a adquirir la capacidad de entendimiento de que las adversidades ocurren y son parte de la vida, de ahí que la mayoría cuenten con un nivel medio de resiliencia.

El desarrollo de este último en los participantes permite experimentar la carga emocional y la sensación de pérdida con una actitud mental que ayuda a limitar dichos sentimientos, prevalecer y lidiar con el cambio traído por sus patologías. A pesar de esto, la mayoría de ellos aún cuentan con áreas de oportunidad para desarrollar mecanismos que realmente demeriten los desafíos presentados por sus enfermedades, y así alcanzar un nivel alto de resiliencia que les ayude a manejar sus problemas y provea beneficios mentales a largo plazo.

Los adultos mayores participantes cuentan con todos los elementos necesarios para alcanzar lo anteriormente mencionado, los cuales han adquirido a lo largo de su vida, sin embargo, con el paso del tiempo y las experiencias vividas individualmente, la capacidad para desarrollar y utilizar al máximo la resiliencia no ha sido del todo

aprendida, y esta únicamente funge como un mecanismo de defensa más que una forma de vida.

Este proceso adaptativo se ve reflejado en los resultados arrojados por este estudio, ya que ningún adulto mayor participante contó con un nivel bajo de resiliencia, lo que implica la presencia de esta en sus vidas; pero debido a que la gran mayoría obtuvo un nivel medio, el uso efectivo de esta únicamente tiene el propósito de permitir vivir efectivamente en modo de supervivencia, avanzando, pero sin la capacidad de ver una perspectiva más amplia.

La insatisfacción con la imagen corporal, encontrada en la gran mayoría de los participantes, así como la moderada asociación estadística entre el nivel alto y la satisfacción, ejemplifican esta carencia de perspectiva, en este caso, respecto al desarrollo de sentimientos positivos acerca de su propio cuerpo y la apariencia que proyectan a los demás. Esto refuerza la noción de que este grupo etario no utiliza la resiliencia como un arma valiosa para afrontar, y por lo tanto, no existe desarrollo de satisfacción con su imagen para sentirse seguros y cómodos en su propia piel.

XII. RECOMENDACIONES

La investigación en el área de la salud mental concerniente a la edad adulta mayor en población mexicana ha sido escasa, y más aún en los campos de la resiliencia y la imagen corporal. Es así que, al tomar en cuenta estas variables como parte estructural de la salud, su estudio ulterior, y los posibles resultados que se obtengan, podrán fomentar la discusión de su importancia para el desarrollo integral del adulto mayor.

A través de la publicación y difusión de dichas investigaciones se contribuirá a mantener informados a los prestadores de salud que laboran en nosocomios que atienden a una gran cantidad de adultos mayores, como es el caso de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”, para exhortarlos a crear un entorno apropiado para que el estigma respecto a la importancia de la resiliencia desaparezca eventualmente sea considerada e incluida en el trato diario de los pacientes.

De igual manera, establecer herramientas estándar para medir la satisfacción con la imagen corporal, como es el caso de cuestionarios de detección oportuna de enfermedades crónicas, facilitaría su determinación y la detección de áreas de oportunidad en los pacientes con inseguridades, baja autoestima y actitudes negativas que demeriten su autopercepción.

Estas mediciones y sus resultados permitirán fortalecer las intervenciones ya existentes, implementadas en los grupos de ayuda mutua, para que no sean enfocadas únicamente en mejorar la salud física de los pacientes sino también coadyuven a su desarrollo mental, a través de cambios en el estilo de vida que fomenten la asertividad, meditación, intereses y pasatiempos que ayuden al desarrollo de mecanismos de protección y afrontamiento.

Derivado de lo expuesto anteriormente, se exhorta a continuar la investigación sobre la resiliencia en una muestra poblacional mucho mayor y a través de estudios de diseño longitudinal que permitan deducir causalidad, por medio de la aplicación de instrumentos breves y efectivos con preguntas concisas que proporcionen evidencia de que la resiliencia puede cambiar con el tiempo e influir en diferentes aspectos perceptivos de los pacientes mayores y con enfermedades crónicas.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO | Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. World Health Organization. 2019 [citado el 22 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
2. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México [Internet]. Gobierno de la República. 2015. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
3. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en la Ciudad de México. ¿Quién es el Adulto Mayor? [Internet]. [citado el 1 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>
4. World Health Organization. World Report on Ageing and Health [Internet]. Luxembourg; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=29DF48E49EEB1CA517649927BB1224FE?sequence=1
5. WHO | Ageing and health [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado el 26 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. WHO | Ageing and Life Course [Internet]. World Health Organization. 2019 [citado el 12 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/en/>
7. WHO | What Is Healthy Ageing? [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado el 19 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>
8. INEGI. Esperanza de vida [Internet]. Cuéntame... 2016 [citado el 1 de abril de 2019]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
9. Wicker ER, Hawkins K, Alsgaard K, Musich S, MacLeod S. The impact of resilience among older adults. Geriatr Nurs (Minneap) [Internet]. 2016;37(4):266–72. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>

10. Resnick B. Resilience in older adults. *Top Geriatr Rehabil* [Internet]. 2014;30(3):155–63. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovftp&AN=00013614-201407000-00002>
11. Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Blasco C. Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos Psicol / Psychol Writings*. 2016;8(3):26–32.
12. dos Santos Ribeiro M, da Silva Borges M, Cavalcanti Ferreira de Araújo TC, dos Santos Souza MC. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(6):869–77.
13. Palomar Lever J, Gómez Valdez NE. Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*. 2010;27(1):7–22.
14. World Health Organization - Regional Office for Europe. Building resilience: a key pillar of Health 2020 and the Sustainable Development Goals - Examples from the WHO Small Countries Initiative [Internet]. World Health Organization. Copenhagen Ø, Denmark; 2017. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/building-resilience-a-key-pillar-of-health-2020-and-the-sustainable-development-goals-examples-from-the-who-small-countries-initiative-2017>
15. Whitson HE, Duan-Porter W, Schmader KE, Morey MC, Cohen HJ, Colón-Emeric CS. Physical resilience in older adults: Systematic review and development of an emerging construct. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2016;71(4):489–95.
16. Steinert A, Haesner M, Steinhagen-Thiessen E. Stress in older adults—causes, consequences and coping strategies. *Gerontologist*. 2016;56(3):725.
17. López Sánchez GF, Díaz Suárez A, Smith L. Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *An Psicol*. 2018;34(1):167–72.

18. Mariano da Rocha LMBCR, Terra N. Body image in older adults: a review. *Sci Med (Porto Alegre)*. 2013;23(4):255–61.
19. Jenkinson E. Understanding body image issues for older people. *Nurs Resid Care*. 2017;19(12):669–71.
20. WHO | Obesity and overweight [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado el 26 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
21. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena [Internet]. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, editor. Ciudad de México: CENETEC; 2012. 82 p. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf
22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CENETEC, editor. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2014. 139 p.
23. WHO | Diabetes mellitus [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado el 12 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
24. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. [Internet]. [citado el 1 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
25. Meneilly GS, Knip A, Miller DB, Sherifali D, Tessier D, Zahedi A. Diabetes in Older People. *Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee*. *Can J Diabetes*. 2018;42:S283–95.
26. Gates BJ, Walker KM. Physiological changes in older adults and their effect on diabetes treatment. *Diabetes Spectr*. 2014;27(1):20–9.
27. Yakaryilmaz FD, Öztürk ZA. Treatment of type 2 diabetes mellitus in the elderly. *World J Diabetes*. 2017;8(6):278–85.
28. Salomé GM, Maria De Souza Pellegrino D, Blanes L, Ferreira LM. Self-esteem

- in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *J Tissue Viability*. 2011;20(3):100–6.
29. Oliva-Peña Y, Ordóñez-Luna M, Santana-Carvajal A, Marín-Cárdenas AD, Andueza Pech G, Gómez Castillo IA. Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Rev Biomed*. 2016;27:49–60.
 30. Gonzales Carvalho I, dos Santos Bertolli E, Paiva L, Rossi LA, Spadoti Dantas RA, Alcalá Pompeo D. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(e2836):1–10.
 31. Edwards KA, Alschuler KA, Ehde DM, Battalio SL, Jensen MP. Changes in resilience predict function in adults with physical disabilities: A longitudinal study. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2016;98(2):329–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.09.123>
 32. Woo J. Frailty, successful aging, resilience, and intrinsic capacity: A cross-disciplinary discourse of the aging process. *Curr Geriatr Reports*. 2019;8(2):67–71.
 33. Pieters HC. “I’m Still Here”: Resilience among older survivors of breast cancer. *Cancer Nurs*. 2016;39(1):E20–8.
 34. Leaver AM, Yang H, Siddarth P, Vlasova RM, Krause B, St. Cyr N, et al. Resilience and amygdala function in older healthy and depressed adults. *J Affect Disord* [Internet]. 2018;237:27–34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.109>
 35. Brian Fisher P. Resilience thinking in higher education: Institutional resilience as a sustainability goal. En: *Handbook of Theory and Practice of Sustainable Development in Higher Education* [Internet]. Springer International Publishing; 2017. p. 209–22. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-47895-1_13
 36. Gaffey AE, Bergeman CS, Clark LA, Wirth MM. Aging and the HPA axis: Stress and resilience in older adults. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2016;68:928–45. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.036>

37. Cohen AB, Pierce JD, Chambers J, Meade R, Gorfine BJ, Koenig HG. Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *J Res Pers.* 2005;39(3):307–24.
38. Choi SA, Hastings JF. Religion, spirituality, coping, and resilience among African Americans with diabetes. *J Relig Spiritual Soc Work [Internet].* 2019;38(1):93–114. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15426432.2018.1524735>
39. Kok AAL, van Nes F, Deeg DJH, Widdershoven G, Huisman M. “Tough times have become good times”: Resilience in older adults with a low socioeconomic position. *Gerontologist.* 2018;58(5):843–52.

XIV. ANEXOS

XIV.1. Constancia de estandarización de toma de peso y talla

Toluca, Estado de México a 20 de Junio del 2019

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente hago constar que el **M. en C. S. GONZAGA GASPAR GIOVANNI** realizó dos sesiones de Antropometría durante el mes de Mayo, incluyendo conocimientos teóricos y prácticos que le avalan la estandarización para la toma de peso y talla.

La presente se extiende a petición del interesado a los veinte días de mes de Junio del 2019.



LN. ALINA PAMELA PONCE ARZALUZ

Cédula No.: 8823399

Certificada ISAK NIVEL II

Mtra. en Gestión y Administración Educativa

Certificada en Acupuntura

Adjunto (1)



International Society for the Advancement of Kinanthropometry

This is to certify that

Alina Pamela Ponce Arzaluz

*has attended an ISAK training course at the
Colegio Nacional de Nutriologos clínicos Deportivos
Queretaro, MEXICO*

From 25 to 28 June 2015

and has met all requirements for accreditation as a

LEVEL TWO ANTHROPOMETRIST
(TECHNICIAN - FULL PROFILE)

*Accreditation valid until
28 October 2019*

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M.J. Marfell-Jones'.

Professor M.J. Marfell-Jones

President ISAK

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Francisco Esparza-Ros'.

Professor Francisco Esparza-Ros

Secretary-General ISAK

XIV.2. Oficio de solicitud de aplicación de instrumentos de investigación

Toluca, México a 24 de Mayo de 2019

DR. GUSTAVO OSVALDO MERCADO FLORES
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
"ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ" DEL ISSEMYM
P R E S E N T E

La labor científica de los médicos esta circunscrita a la búsqueda del equilibrio físico, mental, social y espiritual de sus pacientes, así como a mejorar su calidad de vida; este proceso está estrechamente vinculado a la relación médico-paciente, la cual no se limita al diagnóstico y tratamiento de padecimientos biológicos, sino también a la creación de vínculos, en cierta medida filiales, que impliquen conocer al paciente más allá de su enfermedad y tomen en cuenta sus pensamientos, emociones y creencias, mismos que inciden notable e indudablemente en su mejoría o declive.

Aunado a lo anterior, los que suscriben, solicitamos respetuosamente su autorización para aplicar, a los pacientes que acuden a consulta de control mensual a esta unidad médica, los cuestionarios Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M) y el Pictograma de Stunkard, durante el periodo comprendido entre los meses de julio a noviembre del presente año.

Los resultados de la aplicación de estos instrumentos formarán parte de la tesis de la Especialidad en Salud Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México que llevará por nombre "La resiliencia y su asociación con la imagen corporal en adultos mayores obesos con diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa 'Alfredo Del Mazo Vélez', 2019".

Cabe resaltar que el interés por el estudio de este grupo de edad se debe a que las proyecciones del INEGI indican que para el 2050 este sector constituirá el 42.8% de la población total; esto se debe a avances en la medicina que brindan diagnóstico y tratamiento pertinentes a ciertas patologías que han conducido al alargamiento de la expectativa de vida pero, desafortunadamente, estos progresos no han tomado en cuenta la carga emocional y afectiva que estos padecimientos traen consigo.

Asimismo, el bienestar mental de los adultos mayores debiera ser considerado, por los prestadores de salud, con la misma importancia que el bienestar físico, ya que las enfermedades crónicas (que afectan a la gran mayoría de integrantes de este grupo de edad), como la diabetes

24 MAY 2019
Eva 13:31

mellitus tipo 2, involucran detrimentos en sus esferas psicológicas, emocionales, familiares, sociales y económicas, que pueden promover la disminución de la autoestima general a través de, entre otros, la insatisfacción con su imagen corporal, lo que puede conducir a comorbilidades importantes como la depresión.

Luego entonces, es aquí donde toma importancia la resiliencia, ya que esta implica invertir en un esfuerzo propio y consciente para resolver problemas personales e interpersonales para tratar de minimizar el estrés, el conflicto y la mala autopercepción, y finalmente alcanzar el dominio de estos. Aquello se consigue a través de la participación activa, reactiva y proactiva de la persona, y la efectividad del esfuerzo para alcanzarlo depende también de las circunstancias en las que se desarrolle el adulto mayor, que involucra, entre otras cosas, la manera en que el prestador de salud interactúa con él y le notifica sobre su estado actual.

Queda manifiesto entonces que, el estudio de los beneficios de la resiliencia en los adultos mayores con enfermedades crónicas debiera ser de suma relevancia para el prestador de salud, ya que su entendimiento y los posibles resultados que arroje la investigación sobre el tema, fomentarán la discusión de su importancia en el tratamiento integral del adulto mayor, para así cumplir con el objetivo de brindar al paciente el completo bienestar biológico, psicológico, social y espiritual.

Sin otro particular por el momento y esperando contar con su favorable respuesta, agradecemos de antemano la atención otorgada al presente.

ATENTAMENTE



E. en S. P. Adrián Vergara Cuadros
Director de Tesis



M. en C. S. Giovanni Gonzaga Gaspar
Residente de Primer Año de la
Especialidad en Salud Pública y
Médico Suplente del ISSEMYM

XIV.3. Oficio de aceptación de aplicación de instrumentos de investigación



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



"2019. Año del Centésimo Aniversario Luctuoso de Emiliano Zapata Salazar. El Caudillo del Sur"

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO,
JUNIO 24, 2019.

M. en C.S. GIOVANNI GONZAGA GASPAR
RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE LA ESPECIALIDAD
EN SALUD PUBLICA Y MEDICO SUPLENTE ISSEMYM
P R E S E N T E.

AT'N. E. en S.P. ADRIAN VARGAS CUADROS
DIRECTOR DE TESIS

Reciba a través del presente un cordial saludo. En atención a su escrito recibido en esta Dirección, con fecha 24 de Mayo del año en curso, en el cual solicita autorización para la aplicación de cuestionarios *Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M)* y *el Pictograma de Stunkard*, a los pacientes adscritos a esta unidad médica, que acuden a consulta de control mensualmente durante el periodo de Julio a Noviembre del presente año, para el desarrollo de la tesis titulada "La resiliencia y su asociación con la imagen corporal en adultos mayores obesos con diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa "Alfredo del Mazo Vélez, 2019".

Al respecto me permito comentarle que, no existe ningún inconveniente para la aplicación de dicho instrumento y que cuente con las facilidades necesarias para el avance del mismo.

Sin más por el momento, agradezco su atención.

ATENTAMENTE


GUSTAVO OSVALDO MERCADO FLORES
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
"ALFREDO DEL MAZO VELEZ"

c. c. p. Consecutivo.
GOMF/aev*

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

Av. Miguel Hidalgo pte. núm. 600, col. La Merced, C.P. 50080, Toluca, Estado de México.
Tel.: (01 722) 226 19 00.

XIV.4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FOLIO:

FECHA: / /

El que suscribe, alumno de la Especialidad en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, se encuentra realizando un trabajo de tesis titulado “La resiliencia y su asociación con la imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, Clínica de Consulta Externa ‘Alfredo Del Mazo Vélez’, 2019”, cuyo objetivo general es conocer la asociación estadística que existe entre el nivel de resiliencia y la satisfacción de la imagen corporal en adultos mayores. El estudio requiere de la participación de personas de 60 años o más de edad, motivo por el cual se solicita su valiosa colaboración. Si acepta ser partícipe de este estudio, se le aplicarán dos cuestionarios:

1. El Pictograma de Stunkard, y
2. La Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).

Su contribución en esta investigación es completamente voluntaria y a partir de que usted firme quedará incluido en ella, conservando el derecho de retirarse en cualquier momento que considere conveniente. Toda información que usted proporcione será confidencial y sólo será utilizada para fines del estudio. Anticipadamente se agradece su colaboración.

ATENTAMENTE

M. en C. S. Giovanni Gonzaga Gaspar

Por este medio certifico que comprendí el propósito del estudio, acepto voluntariamente ser partícipe de él y estoy dispuesto(a) a responder las preguntas de los cuestionarios, conservando mi derecho de retirarme en cualquier momento que considere conveniente.

Firma

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Firma

Firma

XIV.5. Ficha de identificación

SEXO: M F EDAD: _____ AÑOS INGRESO QUINCENAL: \$ _____

PESO: _____ KG TALLA: _____ M IMC: _____ KG/M² GRADO DE OBESIDAD: _____

OCUPACIÓN:

Pensionado	Pensionista	Empleado	Comerciante
------------	-------------	----------	-------------

Otra: _____

ESTADO CIVIL:

Soltero	Casado	Unión libre	Viudo	Divorciado
---------	--------	-------------	-------	------------

RESIDENCIA:

Separada		Pareada		Unidad Habitacional		Apartamento	
Rentada	Propia	Rentada	Propia	Rentada	Propia	Rentada	Propia

ESCOLARIDAD:

Primaria		Secundaria		Técnica		Preparatoria		Licenciatura	
Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta
Otra: _____								Completa	Incompleta

RELIGIÓN:

Sin Religión	Católica	Evangélica	Protestante	Testigo de Jehová	Judía
--------------	----------	------------	-------------	-------------------	-------

Otra: _____

IMAGEN CORPORAL:

Satisfacción	Insatisfacción
--------------	----------------

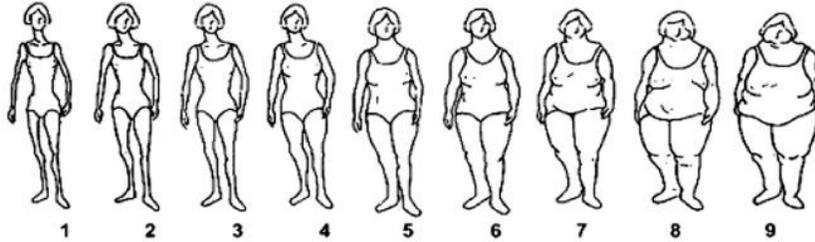
NIVEL DE RESILIENCIA:

Bajo	Medio	Alto
------	-------	------

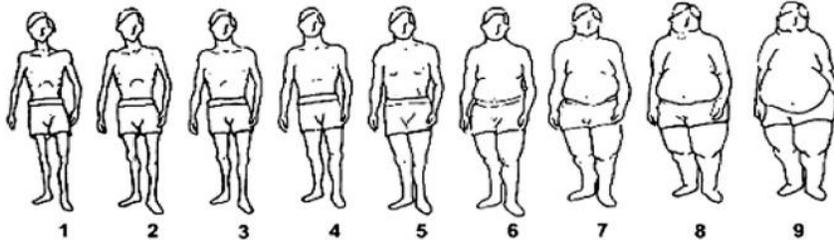
XIV.6. Pictograma de Stunkard

1. A continuación elija, marcando con una X y dependiendo de su sexo, la figura que más se aproxima a su silueta actual:

MUJER:

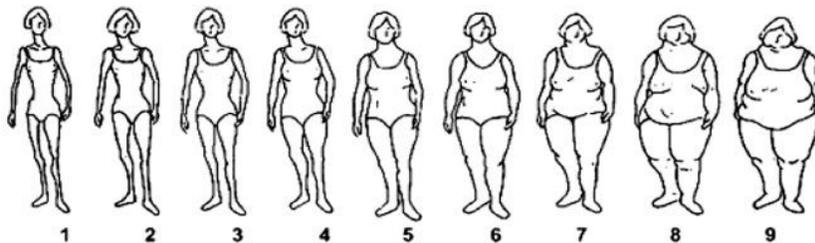


HOMBRE:

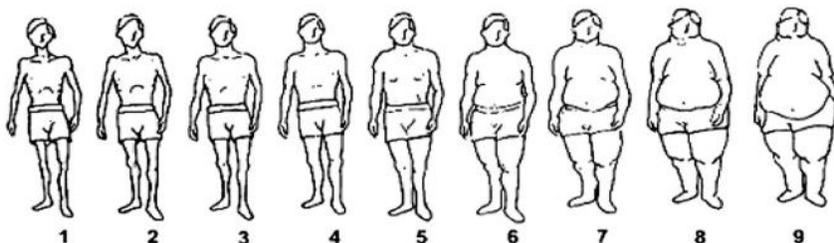


2. Ahora elija, marcando con una X y dependiendo de su sexo, la silueta a la que le gustaría parecerse:

MUJER:



HOMBRE:



XIV.7. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2.- Sé dónde buscar ayuda.				
3.- Soy una persona fuerte.				
4.- Sé muy bien lo que quiero.				
5.- Tengo el control de mi vida.				
6.- Me gustan los retos.				
7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
8.- Estoy orgulloso de mis logros.				
9.- Sé que tengo habilidades.				
10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11.- Creo que voy a tener éxito.				
12.- Sé cómo lograr mis objetivos.				
13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución.				
14.- Mi futuro pinta bien.				
15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16.- Estoy satisfecho conmigo mismo.				

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17.- Tengo planes realistas para el futuro.				
18.- Confío en mis decisiones.				
19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				
20.- Me siento cómodo con otras personas.				
21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				
23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.				
26.- Disfruto de estar con otras personas.				
27.- Sé cómo comenzar una conversación.				
28.- Tengo una buena relación con mi familia.				
29.- Disfruto de estar con mi familia.				
30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.				
31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.				

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.				
34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.				
35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.				
36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.				
37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.				
38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades				
39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				
41.- Prefiero planear mis actividades.				
42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.				
43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.				

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

XIV.8. Constancia de aceptación al Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Puebla 2020



SAN ANTONIO, TX
INFO@ACADEMIAJOURNALS.COM
ACADEMIAJOURNALS.COM

30 julio 2020

AUTORES: M. C. Giovanni Gonzaga Gaspar
E. S. P. Adrián Vergara Cuadros

ARTÍCULO: Resiliencia e imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2

ARTÍCULO Núm: PP189

Estimados autores,

Con agrado les informamos que, con fecha de hoy, el artículo arriba citado ha sido aprobado para su presentación en el Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Puebla 2020. El congreso tendrá lugar los días 13 y 14 de agosto del año 2020, en Puebla, Puebla, México.

El artículo será incluido en las publicaciones del congreso, que incluyen modalidades ISBN, ISSN, e indización en *Fuente Académica Plus* de EBSCOHost.

Le rogamos que utilice su número de artículo en toda correspondencia con Academia Journals.

Saludos cordiales.



Dr. Rafael Moras, P.E.
Editor
Academia Journals
Info@academiajournals.com

XIV.9. Certificado de participación del Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Puebla 2020



Congreso Internacional de Investigación de
Academia Journals Puebla 2020

Certificado

Otorgado a

M. C. Giovanni Gonzaga Gaspar

E. S. P. Adrián Vergara Cuadros

por su artículo titulado

Resiliencia e imagen corporal en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2

(Artículo PP189)

El artículo fue presentado en el Congreso Internacional de Academia Journals Puebla 2020 que tuvo lugar los días 13 y 14 de agosto de 2020 y que fue organizado en colaboración con la Universidad IEU en Puebla, Pue., México.

El artículo fue publicado en el portal de Internet AcademiaJournals.com en las siguientes modalidades: (1) volúmenes con **ISSN 1946-5351** Vol. 12, No. 5, 2020 online e indexación en la base de datos *Fuente Académica Plus* de EBSCOhost y (2) libro online *ebook* con ISBN 978-1-939982-55-1, mismo que lleva por título *Investigación en la Educación Superior - Puebla 2020*.

Dr. Rafael Moras
Jefe Comité de Programa del Congreso
Editor, Academia Journals

XIV.10. Constancia de aceptación al Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Tabasco 2020



SAN ANTONIO, TX
INFO@ACADEMIAJOURNALS.COM
ACADEMIAJOURNALS.COM

19 agosto 2020

AUTORES: M. C. Giovanni Gonzaga Gaspar
E. S. P. Adrián Vergara Cuadros

ARTÍCULO: Imagen corporal y factores de resiliencia en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2

ARTÍCULO Núm: T061

Estimados autores,

Con agrado les informamos que, con fecha de hoy, el artículo arriba citado ha sido aprobado para su presentación en el Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Tabasco 2020. El congreso tendrá lugar los días 23 al 25 de septiembre del año 2020, en Villahermosa, Tabasco, México.

El artículo será incluido en las publicaciones del congreso, que incluyen modalidades ISBN, ISSN, e indización en *Fuente Académica Plus* de EBSCOHost.

Le rogamos que utilice su número de artículo en toda correspondencia con Academia Journals.

Saludos cordiales.



Dr. Rafael Moras, P.E.
Editor
Academia Journals
Info@academiajournals.com

XIV.11. Certificado de participación del Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Tabasco 2020



CERTIFICADO

otorgado a

M. C. Giovanni Gonzaga Gaspar
E. S. P. Adrián Vergara Cuadros

por su artículo intitulado

Imagen corporal y factores de resiliencia en adultos mayores con obesidad y diabetes mellitus tipo 2

(Artículo No. T061)

El congreso fue organizado en colaboración con la División Académica de Ciencias Biológicas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. La ponencia de este artículo fue presentada en el congreso desarrollado los días 23 al 25 de septiembre de 2020. El artículo fue publicado en las siguientes modalidades: (1) en el portal de Internet *AcademiaJournals.com*, con [ISSN 1946-5351 online](#), Vol. 12, No. 6, 2020 e indexación en la base de datos [Fuente Académica Plus de EBSCOHOST](#), Massachusetts, Estados Unidos y (2) en el libro electrónico intitulado *Diseminación de Resultados de Investigación Universitaria - Tabasco 2020*, mismo que cuenta con [ISBN 978-1-939982-61-2 online](#).



Dr. Rafael Moras, P.E.
Director, Academia Journals

T061