

**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**



**“ESTADO DE NUTRICIÓN Y RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA EMPATÍA
MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.”**

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

**PRESENTA
M.C. RODRIGO GONZÁLEZ MEZA**

**DIRECTOR DE TESIS
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

**CODIRECTORA DE TESIS
DRA. EN. HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ**

**REVISORES DE TESIS
E. EN S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO
E. EN S.P. ADRIÁN GERARDO VERGARA CUADROS
M. EN C.E.F. JAVIER CONTRERAS DUARTE
M. EN C. GUILLERMO GARCÍA LAMBERT**

“ESTADO DE NUTRICIÓN Y RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA EMPATÍA MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS”.

ÍNDICE

CAP.	PÁG.
PRÓLOGO	
RESUMEN	
SUMMARY	
AGRADECIMIENTOS	
I. MARCO TEÓRICO	1
I.1. Antecedentes	1
I.2. Estado nutricional	1
I.2.1. Antropometría	3
I.2.2. Bioquímicos	6
I.2.3. Evaluación de las condiciones clínicas relacionadas con el estado de nutrición	8
I.2.4. Alimentación: estrategias de evaluación	15
I.3. Resiliencia	15
I.4. Empatía	19
I.4.1. Relación médico paciente	21
I.5. Enfermedades crónico degenerativas	22
I.5.1. Obesidad	27
I.5.2. Dislipidemias	28
I.5.3. Hipertensión Arterial	29
I.5.4. Diabetes Mellitus	31
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	40
VI.4. Universo de trabajo	46
VI.4.1. Criterios de inclusión	46
VI.4.2. Criterios de exclusión	47
VI.4.3. Criterios de eliminación	47
VI.5. Instrumentos de investigación	48
VI.5.1. Descripción	48
VI.5.2. Validación	49
VI.5.3. Aplicación	50

VI.6. Límite de tiempo y espacio	50
VI.7. Método	50
VI.8. Diseño estadístico	51
VII. ORGANIZACIÓN	52
VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS	53
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
X. CUADROS Y GRÁFICOS	59
XI. CONCLUSIONES	79
XII. RECOMENDACIONES	80
XIII. BIBLIOGRAFÍA	81
XIV. ANEXOS	86
XIV.1. Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos	86
XIV.2. Escala de resiliencia González Arratia	88
XIV.3. Escala Médica de Empatía de Jefferson	91
XIV.4. Carta de consentimiento informado	92

PRÓLOGO

El presente trabajo de investigación aborda aspectos relevantes acerca del estado nutricional y resiliencia de los pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas, dentro de la investigación se buscó la asociación de las variables antes mencionadas con la empatía médica.

Dentro del estado nutricional se evaluaron diferentes factores:

El primero fue el antropométrico que consistió en la medición de cuatro pliegues cutáneos los cuales fueron el pliegue bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco, el segundo factor evaluado fue el bioquímico, el cuál consistió en la toma de muestra sanguínea para la medición de la proteína albumina, el tercer factor fue el clínico, este se determinó con la evaluación global subjetiva que tiene como fin la valoración clínica para determinar si hay riesgo de presentar o no desnutrición, por último tenemos al cuarto factor este fue el dietético, el cual consistió en la aplicación del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.

Podemos definir a la resiliencia como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y de traumas graves.

Respecto al concepto de empatía médica, ésta se define como el atributo que implica la comprensión de las experiencias, preocupaciones, perspectivas del paciente combinado con la capacidad de comunicar esta comprensión y la intención de ayudar.

El enfoque de este trabajo de investigación fue estudiar 3 fenómenos importantes el estado nutricional, la resiliencia, y la forma en que se ven afectados de acuerdo con la atención de un médico empático o un médico no empático.

RESUMEN

ESTADO DE NUTRICIÓN Y RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA EMPATÍA MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.

AUTOR

Rodrigo González Meza^a Mario Enrique Arceo Guzmán^b María Luisa Pimentel Ramírez^c
^{a,b,c} Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México

OBJETIVO

Analizar el estado nutricional, el nivel de resiliencia y la asociación del estado nutricional y la resiliencia con la empatía médica en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas del centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón.

MATERIALES Y METODO

El universo de trabajo comprendió dos unidades de observación, la primera fue de 34 pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, la segunda estuvo compuesta por 10 médicos que laboran en el Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón Bicentenario, los datos se obtuvieron mediante los siguientes instrumentos, para la primer unidad de observación se utilizaron cuestionario de Frecuencia de Alimentos, cuestionario González Arratia para las segunda unidad de observación escala de empatía medica de Jefferson.

RESULTADOS

Para la primera unidad de observación el 100% de los evaluados obtuvo un resultado de densidad corporal no saludable alto, por otra parte, se obtuvieron peso y talla para obtener el índice de masa corporal, de los valores obtenidos únicamente el 14.7% tuvo un índice de masa corporal normal, el 44.1% obtuvo un resultado de sobrepeso y el 41.2% presentó obesidad.

Respecto a la segunda unidad de observación los resultados obtenidos fueron contundentes, el 100% de los de los participantes obtuvieron el resultado de médico empático.

CONCLUSIÓN

El estado de nutrición y la resiliencia no se asocia con la empatía medica en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas del Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón Bicentenario.

Se encontró que el índice de masa corporal no es una herramienta útil para identificar el porcentaje de grasa corporal.

Palabras clave: Estado nutricional, resiliencia, empatía médica, enfermedades crónicas degenerativas

SUMMARY

NUTRITION AND RESILIENCE STATUS AND ITS ASSOCIATION WITH MEDICAL EMPATHY IN PATIENTS WITH CHRONIC DEGENERATIVE DISEASES.

AUTHOR

Rodrigo González Meza^a Mario Enrique Arceo Guzmán^b María Luisa Pimentel Ramírez^c
a, b, c Faculty of Medicine, Autonomous University of the State of Mexico

OBJECTIVE

Analyze the nutritional status, the level of resilience and the association of nutritional status and resilience with medical empathy in patients with chronic degenerative diseases of the Santa María Rayón specialized center for primary health care.

MATERIALS AND METHOD

The universe of work comprised two observation units, the first was 34 patients with chronic degenerative diseases, the second was composed of 10 doctors who work at the Santa María Rayón Bicentenario Specialized Center for Primary Health Care, the data were obtained by the following instruments, for the first observation unit, were used the Food Frequency questionnaire and the González Arratia questionnaire, for the second observation unit, the Jefferson Medical Empathy Scale.

RESULTS

For the first observation unit, 100% of those evaluated obtained a high unhealthy body density result, on the other hand, weight and height were obtained to obtain the body mass index, of the values obtained only 14.7% had an index of normal body mass, 44.1% obtained an overweight result and 41.2% presented obesity.

Regarding the second observation unit, the results obtained were conclusive, 100% of the participants obtained the result of empathic doctor.

CONCLUSION

Nutrition status and resilience are not associated with medical empathy in patients with chronic degenerative diseases of the Santa Maria Rayon Bicentenario Specialized Center for Primary Health Care.

It was found that the body mass index is not a useful tool to identify the percentage of body fat.

Keywords: Nutritional status, resilience, medical empathy, chronic degenerative diseases

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Antecedentes

Para conocer el estado nutricional de una población, podemos emplear los indicadores directos e indirectos; los indicadores directos evalúan a los sujetos y los indirectos permiten suponer la prevalencia de problemas nutricionales. Los indicadores directos más cotidianos son los antropométricos, pruebas bioquímicas, datos clínicos. Los indirectos son el ingreso per cápita, consumo de alimentos, tasas de mortalidad infantil, entre otros. Las cualidades que los indicadores para la evaluación del estado nutricional deben cumplir es que sean: a) modificables a la intervención nutricional, b) confiables, c) reproducibles y d) susceptibles de validación. Los objetivos de la evaluación del estado de nutrición son:

- a) medir o estimar el estado de nutrición de un sujeto o población en un momento en particular.
- b) cuantificar el impacto de la nutrición sobre la salud, la productividad o la supervivencia.
- c) detectar individuos en riesgo, prevenir la mala nutrición implementando acciones profilácticas, planeación y aplicación del manejo nutricional.
- d) monitoreo, supervisión y confirmar la utilidad y validez clínica de los indicadores.

Conceptualmente, la evaluación nutricional para un individuo es igual que para un grupo, aunque no siempre se puede utilizar la misma metodología en ambos casos; generalmente, la evaluación del estado de nutrición de una persona o de una población debe hacerse desde una amplia perspectiva que abarque los siguientes cuatro aspectos: dietética, antropométrica, bioquímica y clínica (1).

I.2 Estado nutricional

El estado de nutrición es comprendido como la condición resultante de la ingestión de alimentos y el empleo biológico de los mismos por el organismo.

La evaluación del estado de nutrición cambiará tan sólo en los datos que se deben obtener dependiendo del lugar donde se realice, si se aplicará a una población, grupos o sujetos o si representa una primera evaluación, una subsecuente o un monitoreo, considerando que en general resultarán de su aplicación los datos que a continuación se describen.

Antropometría. Representa la cuantificación tanto de la composición corporal como de las dimensiones físicas de la persona, permitiendo por ello establecer la presencia de desequilibrios crónicos en proteína y energía; por este motivo otorga datos confiables sobre el historial nutricional pasado del individuo.

Métodos bioquímicos. La existencia de mala nutrición en sus distintas etapas puede ser encontrada a partir de la evaluación bioquímica o de laboratorio, empleando para ello diferentes pruebas o mediciones del nutriente en cuestión, ya sea a partir de su medición directa o a partir de la determinación de la funcionalidad orgánica relacionada con el nutriente involucrado, debido a que en la mala nutrición, ya sea primaria o secundaria, el déficit de un nutriente resultará en la baja concentración o en la disminución de sus productos metabólicos, o en la actividad de algunas funciones o síntesis enzimáticas que son efecto de algún nutriente específico. Estas condiciones podrán por ello ser analizadas a partir de la utilización de este tipo de indicadores.

PAP. La valoración clínica no sólo se enfoca en los antecedentes de salud y enfermedad del sujeto evaluado, sino que engloba la determinación de aquellos comportamientos o hábitos relacionados con su estado de salud y nutrición, dentro los cuales se encuentran el estado funcional, la actividad física y el ejercicio ya que representan elementos que mayor relevancia han tomado en los últimos tiempos, debido a la estrecha relación existente entre la actividad física y la condición cardiorrespiratoria de la persona, la cual se correlaciona de manera directa con la presencia de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas.

Métodos dietéticos. Comprende la valoración del consumo de alimentos, así como la composición y adecuación de la ingestión de alimentos y nutrientes, patrones o pautas

de consumo de alimentos, tolerancia e intolerancia a diferentes alimentos y nutrimentos, modificaciones alimentarias o nutricias. Además, deberá establecerse la habilidad del individuo para lograr de manera correcta, tanto desde un punto de vista funcional como económico, la selección, compra y preparación de los alimentos que consume (2).

I.2 .1 Antropometría

La antropometría tiene como objetivo medir la cantidad y distribución de los componentes nutrimentales que constituyen el peso corporal del sujeto por lo que representa la técnica que permite no sólo definir dimensiones físicas de la persona, sino también conocer su composición corporal, cualidad básica que se relaciona con la utilización de los nutrimentos en el organismo. A través de ella se establece la medición del tamaño corporal, el peso y las proporciones, que son indicadores sensibles de la salud, desarrollo y crecimiento en el caso de los niños y jóvenes. De igual manera, representa un indicador de gran magnitud para dar seguimiento a los efectos de una intervención nutricional y se reconoce como el método de elección para evaluar y conocer la composición corporal en la práctica clínica debido a su bajo costo económico y fácil utilización. Las mediciones de la composición corporal del sujeto permiten definir juicios clínicos para establecer tratamientos nutricionales, prevenir patologías y elaborar diagnósticos, de tal forma que son parte fundamental de la evaluación del estado de nutrición, pues permiten conocer en qué medida se están cubriendo los requerimientos nutrimentales, ya que la composición corporal de un sujeto proyecta el balance energético y nutrimental a lo largo de su vida, sumado a que la conservación favorable de su estado de salud requiere el mantenimiento de niveles idóneos de nutrimentos y de fuentes energéticas apropiadas. Cuando esta composición corporal pierde su equilibrio se pueden desarrollar más de 40 síndromes resultantes de la disminución o elevación en la concentración de nutrimentos en el organismo (3).

La antropometría constituye un indicador objetivo para determinar las dimensiones físicas y la composición corporal y para el caso de los niños, permite medir el crecimiento lineal. Es considerado el principal método para realizar la evaluación de la composición corporal de las personas, ya que es sencillo de aplicar, económico, y se permite utilizarlo en todos

los grupos de edad, en sujetos sanos o enfermos y en cualquier ambiente, por lo que representa una herramienta imprescindible para el nutriólogo clínico. No obstante, es de suma importancia considerar que tanto la utilización, como la aplicación de la antropometría deberá realizarse con cuidado debido a la autenticidad que puedan tener tanto las mediciones como la evaluación e interpretación de estas; asimismo deben tomarse en cuenta los cambios en las mediciones de acuerdo con el grupo de edad en el cual se esté trabajando, ya que ambos aspectos determinan la existencia de sesgos que invalidan esta evaluación.

Evaluación de la sumatoria de múltiples pliegues

La evaluación de la grasa corporal total del sujeto por medio de varios pliegues tiene como principio la diferenciación de las mediciones de pliegues cutáneos realizados en distintas partes del cuerpo y su comparación con la determinación de la densidad corporal a través del método de hidrodensitometría o peso bajo el agua. Con esta base, aquellas mediciones que presentaron alta correlación son analizadas estadísticamente mediante regresión múltiple para posteriormente elaborar ecuaciones de regresión que permitan conjeturar la densidad corporal del paciente, y subsecuentemente calcular el porcentaje de grasa corporal total que tiene en relación con su peso corporal total (2). Se ha evidenciado una numerosa cantidad de ecuaciones de regresión empleando diferentes pliegues cutáneos; no obstante, las más utilizadas por la mayoría de los investigadores son las formuladas por Durnin y Womersley, las cuales tienen como base el logaritmo de la sumatoria de cuatro pliegues PCT, PCSe, pliegue cutáneo bicipital y pliegue cutáneo supra ilíaco; empero, sólo fue desarrollada para adultos (2,3).

De esta forma, para obtener el porcentaje de grasa, se realiza la sumatoria de las mediciones de cuatro pliegues cutáneos (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco) y se calcula la densidad corporal por medio de las ecuaciones de regresión de Durnin y Womersley; y para la obtención del porcentaje total de grasa del individuo se aplican las ecuaciones de Siri o Brozek (2) (cuadro 1). Este porcentaje se traduce de acuerdo con los intervalos normales por grupo de edad y permite establecer normalidad, exceso o deficiencia de grasa corporal total.

Cuadro 1. Ecuaciones para determinar la densidad corporal

Rango de edad (años)	Ecuación
Varones:	
17-19	Densidad corporal = $1.1620 - [0.0630 \times (\text{Log } \Sigma)^*]$
20-29	Densidad corporal = $1.1631 - [0.0632 \times (\text{Log } \Sigma)]$
30-39	Densidad corporal = $1.1422 - [0.0544 \times (\text{Log } \Sigma)]$
40-49	Densidad corporal = $1.1620 - [0.0700 \times (\text{Log } \Sigma)]$
50+	Densidad corporal = $1.1715 - [0.0779 \times (\text{Log } \Sigma)]$
Mujeres:	
17-19	Densidad corporal = $1.1549 - [0.0678 \times (\text{Log } \Sigma)]$
20-29	Densidad corporal = $1.1599 - [0.0717 \times (\text{Log } \Sigma)]$
30-39	Densidad corporal = $1.1423 - [0.0632 \times (\text{Log } \Sigma)]$
40-49	Densidad corporal = $1.1333 - [0.0612 \times (\text{Log } \Sigma)]$
50+	Densidad corporal = $1.1339 - [0.0645 \times (\text{Log } \Sigma)]$

* Σ = Suma de los pliegues tricipital, subescapular, suprailíaco y bicipital.

Fuente: Suverza AF, Hava KN, El ABCD de la Evaluación del Estado de Nutrición, México 1ra edición, McGrawHill:2010.

El porcentaje de grasa alcanzado deberá analizarse ya sea de acuerdo con los puntos de corte propuestos o determinando con base en la tabla de la población de referencia.

Cuadro 2. Interpretación del porcentaje de grasa corporal total:

% grasa varones	% grasa mujeres	Interpretación
≤5	≤8	No saludable (muy bajo)
6-15	9-23	Aceptable (bajo)
16-24	24-31	Aceptable alto
≥ 25	≥ 32	No saludable –obesidad (muy alto)

Fuente: Suverza AF, Hava KN, El ABCD de la Evaluación del Estado de Nutrición, México 1ra edición, McGrawHill:2010.

I.2 .2 Bioquímicos

La evaluación de los indicadores bioquímicos, los cuales engloban exámenes físicos, bioquímicos, moleculares, microscópicos y de laboratorio que complementan la información resultante con los demás indicadores (antropométricos, clínicos y dietéticos) y aportan información objetiva y cuantitativa del estado de nutrición. Las muestras para realizar las pruebas pueden conseguirse a través de tejidos, células, fluidos y desechos corporales (2).

Los indicadores bioquímicos proporcionan información para detectar carencias nutricionales subclínicas y clínicas. Por otra parte, estos indicadores pueden aplicarse para corroborar el diagnóstico nutricional; certificar indicadores dietéticos o establecer si el paciente informa de un consumo mayor o menor al verdadero; calcular la disponibilidad de algún nutriente y si es susceptible de alcanzar las necesidades fisiológicas, así como vigilar la terapia nutricional. Existe también la probabilidad de determinar cambios en la reserva de nutrientes y la velocidad y dirección del cambio cuando se practican una serie de mediciones a largo plazo (3).

Hay factores externos e internos que pueden afectar la exactitud o validez, así como la sensibilidad de los resultados alcanzados de los indicadores bioquímicos. Para evitar los componentes limitantes externos, es indispensable eludir errores sistemáticos y utilizar métodos estandarizados y condiciones adecuadas para la realización y correcta medición de cada prueba. El manejo incorrecto de las muestras y las dificultades técnicas para obtenerlas suelen afectar los resultados. Por esta razón, deben tomarse en cuenta elementos no nutricionales que pueden incidir sobre los resultados de las pruebas, tales como, edad, género del paciente, grupo étnico, historial genético, además de su estado fisiológico y hormonal, hábitos como el consumo de cigarro y alcohol, ingestión de medicamentos y de suplementos o complementos nutrimentales (2).

Por otro lado, el individuo tiene factores internos que deben considerarse, como las manifestaciones metabólicas al estrés y la existencia de algún proceso inflamatorio, patológico o infeccioso; pérdida de peso y si existió alguna preparación específica del

paciente antes de la evaluación.

Además de los elementos antes mencionados, no se debe dejar atrás que la precisión de las pruebas bioquímicas puede variar por diversos factores; por ejemplo, la excreción urinaria de nutrientes sería menos precisa que la concentración de estos en plasma, debido a su variabilidad; también intervendría la hora en que se toma la muestra y la oscilación diurna de los nutrientes en plasma. Debido a lo anterior, es indispensable elegir un laboratorio confiable para erradicar en la medida de lo posible los errores sistemáticos.

La interpretación de los resultados y los puntos de corte de las pruebas bioquímicas es distinta entre laboratorios debido a la aplicación de diferentes pruebas, protocolos y tecnología para analizar el nutriente en cuestión. En consecuencia, se aconseja tomar como base los puntos de corte del laboratorio en el que se llevó a cabo la prueba como punto de partida para la interpretación y análisis de los resultados.

En la evaluación del estado de nutrición, se aconseja complementar y hacer uso de manera conjunta de la información resultante de los cuatro indicadores. Los indicadores bioquímicos utilizados de forma independiente no proporcionan al nutriólogo o al médico toda la información general y completa que se requiere para elaborar un diagnóstico nutricional. Por otro lado, es elemental considerar a cada individuo de manera autónoma, es decir, que no existe un cúmulo de pruebas aplicables a todos los pacientes ni en todas las circunstancias, sino que, cada uno deberá examinarse por separado y las pruebas se indicarán sólo cuando sea necesario. Antes de solicitar las pruebas de laboratorio, también se requiere tomar en cuenta su disponibilidad y costo.

Los indicadores bioquímicos suelen clasificarse en dos: 1) pruebas estáticas, y 2) pruebas funcionales.

1.- A través de las pruebas estáticas se mide la concentración o la tasa de excreción de algún nutriente o metabolito de la muestra o biopsia (2). El resultado obtenido representa el grado o nivel del nutriente analizado en ese momento y se ve influido por

la ingestión reciente, de ahí que sea imprescindible la adecuada preparación del sujeto antes de la prueba. Este tipo de examen manifiesta la concentración del nutrimento en el lugar en que fue cuantificado y no el estado general del nutrimento en el organismo.

2.- En el caso de las pruebas funcionales se evalúa el correcto desarrollo de un proceso fisiológico en particular dependiente del nutrimento estudiado, en consecuencia, la alteración o falta de la función examinada sería manifestación de un estado de nutrición inapropiado. Es factible estudiar los cambios de la actividad enzimática dependiente del nutrimento o de la concentración de elementos sanguíneos a medida que se implemente la suplementación del nutrimento in vitro o in vivo, así como la producción alterada de metabolitos, el cambio en la tasa de crecimiento o la respuesta espontánea in vivo al estímulo en funciones fisiológicas, de la conducta o cognitivas (2).

Con las pruebas estáticas se pueden encontrar complicaciones del estado de nutrición; además de detectores, las funcionales pueden valer como indicadores de la magnitud de los problemas. La trascendencia biológica de estas últimas en la evaluación de la función fisiológica es superior que para las primeras.

I.2.3 Evaluación de las condiciones clínicas relacionadas con el estado de nutrición

El alcance de valorar las condiciones clínicas en la evaluación del estado de nutrición reside en la detección puntual y oportuna de deficiencias o alteraciones del estado de nutrición, lo cual, a la vez, otorga la oportunidad de hacer diagnósticos oportunos e intervenir, tratar correctamente y subsanar los problemas nutricios, a manera de prevenir y evitar problemas futuros.

La evaluación clínica supone conocer en detalle la historia médica del sujeto, elaborar un meticuloso examen físico e interpretar los signos y síntomas que se encuentren asociados con el estado de nutrición.

La historia médica involucra tener conocimiento de los antecedentes personales tanto patológicos como de salud con el objetivo de reconocer los elementos que pueden incidir

en el estado de nutrición. Esta información se adquiere examinando profundamente el expediente médico o a través de una entrevista con el paciente o, de ser necesario, con sus familiares. Son once los factores o elementos que deben obtenerse de la historia médica o de salud y enfermedad del paciente, pues señalan los riesgos nutricios (2), dichos aspectos se analizarán los siguientes subcapítulos.

I.2.3.1 Datos del paciente y motivo de la consulta

La información del paciente comprende datos como la edad, trabajo u ocupación, rol en la familia, estado civil, escolaridad, consumo de tabaco, drogas y alcohol; actividad rutinaria y ejercicio físico; teléfono, dirección y correo electrónico. Si bien esta información no se encuentra asociada de forma directa con su estado de salud, es de suma importancia tener una perspectiva general de los hábitos y actividades del individuo para determinar de forma indirecta su estado funcional.

Averiguar la causa por la cual el sujeto asiste a una consulta nutricional permitirá establecer en primera instancia si tiene alguna patología en particular, previamente diagnosticada médicamente, cuyo inicio, duración y tratamiento se debe investigar, o si el paciente tiene interés por cambiar algún tipo de conducta alimentaria que considera incorrecta.

I.2.3.2 Estado de salud actual

Se debe conocer si el sujeto está afectado por alguna patología o lesión actual; infecciones, fístulas, estado de hidratación, fiebre, heridas abiertas, es decir, cualquier elemento o complicación que afecte su estado de salud.

Por otra parte, es básico saber si ha presentado cambios recientes de peso corporal, en cuyo caso, si estos cambios se presentaron en los últimos seis meses, siempre enfocándose en saber si esos cambios de peso fueron intencionales y si el peso ya se ha estabilizado. Para ello, es importante preguntar si el paciente conoce su peso habitual.

Por otro lado, se debe escudriñar si manifiesta síntomas que incidan directamente en la ingestión de alimentos, como dolor abdominal, esteatorrea, náusea, anorexia, diarrea, vómito, estreñimiento, pirosis, reflujo gastroesofágico, o disfagia, por mencionar algunos (2).

I.2.3.3 Enfermedades crónicas

Resulta innegable que, a corto o largo plazo, una patología crónica producirá trastornos en el estado de nutrición, y entre estas enfermedades, las de mayor relevancia en el estado de nutrición son aquellas relacionadas con dislipidemias, retraso del desarrollo, enfermedad renal, cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad del aparato digestivo, diabetes, enfermedad hepática, entre otras. Por ende, resulta imprescindible conocer si el individuo padece alguna de ellas, ya que, por presencia de alguno de los factores anteriores, el individuo ya se considera en riesgo nutricional (2).

I.2.3.4 Historia psiquiátrica

La depresión y los trastornos de la conducta definen también un riesgo nutricional para el paciente.

I.2.3.5 Cirugías

Es necesario mantenerse al tanto de las intervenciones quirúrgicas a las que ha sido sometido el paciente, así como tener en cuenta si presentó complicaciones; sobre todo las que se reconozcan como congruentes desde la perspectiva nutricional, por ejemplo, las reconstrucciones o resecciones del tracto digestivo, las amputaciones y los trasplantes de órganos. Por otro lado, la cicatrización demorada de las heridas, infecciones posoperatorias, y la manifestación de fístulas enterocutáneas y estomas se han asociado con desnutrición.

I.2.3.6 Terapias médicas

De entre los tratamientos médicos actuales o previos, se reconocen como pertinentes en cuanto a la perspectiva nutricional la diálisis, hemodiálisis, tratamiento oncológico (quimioterapia y/o radiaciones), la ventilación mecánica asistida y los constantes procedimientos quirúrgicos o diagnósticos que involucren estados de ayuno prolongado.

I.2.3.7 Historia familiar

Se deben averiguar los antecedentes heredofamiliares del individuo que tengan relación con cáncer, alergias, enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, metabólicas, intolerancia a algunos alimentos, patologías genéticas que alteren el estado nutricional, obesidad, osteoporosis y todos los que pueden suponer un factor de riesgo para el sujeto.

I.2.3.8 Historia de salud dental

Dentro del estado general del paciente es necesario conocer si faltan piezas dentales, si posee dentadura postiza y si ésta le resulta incomoda o si tiene dolor en la boca o problemas para masticar.

I.2.3.9 Historia del uso de medicamentos

Es relevante indagar en detalle los medicamentos que el sujeto consume, sobretodo los alternativos y los complementos y suplementos que el paciente acostumbra, además de cualquier tipo de vitaminas o minerales que incluya dentro de su ingestión habitual.

Sobre este hecho en particular es indispensable conocer las interacciones existentes entre medicamento-alimento y medicamento-nutrimiento, debido a que los efectos secundarios de algunos fármacos suelen tener repercusión en el consumo, la absorción, la excreción o la adecuada utilización de los nutrimentos.

I.2.3.10 Historia social

Los elementos que forman parte de la historia social del sujeto son factores de su entorno que pueden estar relacionados con su estado de nutrición, es el caso del nivel socioeconómico, el que cuente con apoyo social y médico (derechohabiciencia), sus creencias religiosas, culturales y la situación en general de su vivienda y si vive con alguien o si se encuentra abandonado.

I.2.3.11 Historia alimentaria y nutricia

Dentro de este elemento en particular se pretende crear una perspectiva general de sus hábitos alimentarios, lo cual incluya horario de comidas, alimentos que prefiere, alimentos que no le agraden o aquellos que le causen alguna intolerancia o alergias, así como el presupuesto destinado a la compra de alimentos y de esta manera construir con la información recopilada un panorama de los hábitos generales de consumo del paciente (2).

1.2.3.12 Examen físico

A través del examen físico es como se identifican signos asociados con los trastornos nutricios, que no pueden ser detectados con ningún otro indicador de la evaluación del estado de nutrición, debido a que manifiestan los cambios relacionados con una nutrición inadecuada o deficiente y que pueden ser observados o sentirse mediante la piel, mucosas, ojos, cabello, o bien en los órganos más próximos a la superficie del cuerpo.

La examinación física no sólo nos sirve para encontrar las características físicas que tienen relación con trastornos nutricionales; también proporcionan información sobre algunos comportamientos que inciden directamente en el estado de nutrición, entre ellos la capacidad del sujeto para valerse por sí mismo, o para adquirir, preparar e ingerir los alimentos. Este examen se lleva a cabo de manera sistemática, comenzando de cabeza a pies, mediante cuatro técnicas:

Inspección: observación crítica para examinar el color, forma, textura y tamaño. Es la técnica más empleada, se hace uso del sentido del olfato, la vista y el oído.

Palpación: a través del tacto se evalúan tamaño, textura, temperatura, y movilidad de alguna parte del cuerpo, hay dos clases de palpación:

- **Superficial:** mediante el uso de la yema de los dedos se tiene la máxima sensibilidad, tal como ocurre al sentir el pulso de una persona.
- **Profunda:** se emplea la mano para aplicar mayor presión y examinar estructuras corporales.

Percusión: son golpes veloces con los dedos y las manos en la superficie corporal para que, mediante el sonido producido, se identifique la estructura, los límites y la posición de los órganos. Permite establecer si un órgano es sólido o si se encuentra lleno de líquido o gas. Para escuchar adecuadamente se necesita poseer de práctica y habilidades.

Auscultación: involucra escuchar los sonidos del organismo, como los producidos por el corazón, los pulmones, el hígado y el intestino; se lleva a cabo con la utilización del estetoscopio (2).

I.2.4 Alimentación: estrategias de evaluación

Al aludir a la evaluación de la dieta individual, posiblemente lo que llega primero a la mente es acerca de la cuantificación de kilocalorías y gramos de nutrimentos; no obstante, no sólo los aspectos cuantitativos son congruentes al estudiar la alimentación de un sujeto, de la misma forma encontramos características cualitativas que pueden representar riesgos para la salud, por lo que no se debe omitir ninguna información durante el interrogatorio (2).

1.2.4.1 Clasificación de los métodos de evaluación dietética

Se pueden clasificar los métodos de evaluación dietética de acuerdo con la clase de información que aportan o en función del tiempo (dieta actual o dieta habitual, información cualitativa o cuantitativa).

En primera instancia los métodos se dividen en retrospectivos o prospectivos. Los primeros nos aportan información de lo consumido en el pasado, como la dieta de un día anterior (recordatorios de 24 hrs) o inclusive del último año (cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos), mientras que los prospectivos se relacionan con la alimentación a futuro, es decir, si hoy se le realiza la historia clínica a una persona, se le pide que registre todos los alimentos y bebidas que consumirá durante tres días de la siguiente semana.

En el caso particular de los métodos retrospectivos, el informe suele verse directamente afectado por la memoria del paciente, mientras que, en los prospectivos, la dificultad mas frecuente es que se cambie la información. Cuando se pide a un individuo que registre los alimentos que consume, existe el problema de que consuma menos o más de lo habitual por que sabe que esta siendo observado, o bien, puede ser que no cambie su consumo pero que registre de más o menos por la misma circunstancia. Para disminuir este riesgo, es se suma importancia sensibilizar a la persona sobre el gran valor de la evaluación dietética.

Cuadro 3. Métodos de evaluación dietética

Método	Descripción general
Perfil de dieta habitual (DH)	Descripción de alimentos y bebidas que suele consumir un sujeto. Incluye las opciones más comunes para cada tiempo de comida.
Recordatorios de 24 horas (R24h)	Recopilación de datos sobre el consumo de alimentos y bebidas del día anterior.
Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA)	Listado de alimentos y opciones de respuesta respecto de la frecuencia con que se consume el alimento.
Diario o registro de alimentos y bebidas (DA)	Registro de lo consumido por el sujeto en un periodo determinado.
Diario o registro de pesos y medidas (PyM)	Registro del peso y las cantidades de alimentos y bebidas que consumió el sujeto en un periodo determinado.

Fuente: Suverza AF, Haua KN, El ABCD de la Evaluación del Estado de Nutrición, México 1ra edición, McGrawHill:2010.

I.3 Resiliencia

El concepto de resiliencia ha comenzado a manejarse desde hace algunos años como aquella cualidad de los individuos para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida. La resiliencia ha sido definida como la habilidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y de traumas graves. No obstante, que durante mucho tiempo las respuestas resilientes han sido calificadas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual confirma de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su manifestación no indica patología o algún trastorno, sino una adaptación saludable a la adversidad (4).

Dentro de las diferentes definiciones de resiliencia, la que mejor ha sido representada ha sido la propuesta por investigadores como Luthar (2005) (4), quienes explicaron la resiliencia como “el proceso dinámico que da como resultado la adaptación positiva en

contextos de adversidad”. Esta definición distingue tres aspectos esenciales que deben contemplarse dentro del concepto de resiliencia:

- La noción de adversidad, trauma, riesgo, o amenaza al desarrollo humano.
- La adaptación positiva o superación de la adversidad.
- El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

Con relación a lo antes mencionado, es relevante comprender la resiliencia como un proceso de evolución ante la adversidad y de responsabilidad social y política, ya que ésta puede ser impulsada con la participación de todos los actores de la sociedad. De esta manera, la resiliencia habilita una nueva epistemología del desarrollo humano, en tanto destaca el potencial humano, es particular de cada cultura e invoca a la responsabilidad colectiva. Un enfoque en resiliencia permite que la promoción de la calidad de vida sea una labor colectiva y multidisciplinaria (5).

Comúnmente se describen diez dimensiones para describir la resiliencia, los cuales se definen a continuación:

Afrontamiento: Engloba la tendencia a enfrentar los conflictos y la búsqueda de los soportes necesarios en caso de requerirse. Lazarus y Folkman (2005) definieron el afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos continuos para manipular las demandas externas o internas que, según se entiende, rebasan los recursos individuales. Se ha identificado la capacidad de afrontamiento a los estresores como una de las predisposiciones claves de la resiliencia debido a que favorece la protección contra sus consecuencias adversas (4).

Actitud positiva: Esta capacidad engloba el enfoque positivo de la vida, la búsqueda de personas positivas, la pericia para el aprendizaje ante los conflictos y el intentar ser feliz, no obstante las contrariedades que se presentan cotidianamente. La actitud positiva ha sido considerada en modelos de bienestar psicológico y se ha relacionado de la misma forma con la resiliencia. En una investigación acerca de la resiliencia desarrollada en

adolescentes que estuvieron en el huracán Katrina, se obtuvieron resultados que demostraron que el perfil desarrollado de resiliencia tenía que ver con las habilidades para mantener actitudes positivas, ser capaz de recibir ayuda y solucionar problemas.

Sentido del humor. Es la capacidad de sonreír incluso ante los conflictos o situaciones adversas. En una investigación cuyo objetivo era conocer el proceso para desarrollar la resiliencia en residentes de Montevideo, se identificó que el humor y la facultad de reírse les permitía encontrar alivio, incluso en situaciones muy difíciles.

Empatía. Definida como el comprender y compartir los estados emocionales o los contextos de las demás personas. En el contexto de la resiliencia, la empatía involucra la disposición del individuo para colocarse en el lugar de los otros, entender sus posturas y re conceptualizar el daño que le han hecho en la vida. Se percibe que la empatía posee un rol importante en la formación del comportamiento prosocial y la competencia social, y se ha propuesto también como una de las características individuales de la resiliencia.

Flexibilidad. Engloba la aprobación de los problemas como parte regular de la vida y la posibilidad de adaptarse a las carencias a través del enfoque positivo, hacia las cosas que persisten después de las pérdidas. La flexibilidad otorga la capacidad de sobrellevar de una forma positiva los conflictos propios de la vida. La flexibilidad ante las pérdidas conlleva aceptación, la cual se encuentra relacionada a la medición de la resiliencia (5).

Perseverancia. Es la persistencia del esfuerzo para alcanzar metas, no obstante los obstáculos y la capacidad para reajustarlas, aprender de las inconvenientes y reconocer el valor de la adversidad. Radica en la tendencia a mejorar continuamente las condiciones de vida y mantener la constancia para obtener lo que se quiere a pesar de las dificultades, Greff y Ritman reportan que la perseverancia es una de las características individuales más importantes para enfrentar la pérdida durante los momentos importantes de la vida.

Religiosidad. Es la capacidad de atribuir los problemas que se presentan de acuerdo con las creencias religiosas que cada persona posee. Las dificultades, por más difíciles que sean, pueden ser considerados como momentáneos cuando se tienen creencias

acerca de la trascendencia de la vida. En una investigación de los efectos protectores de la religiosidad en niños que sufrían de maltrato, se identificó que el grado de religiosidad influía significativamente en el proceso de afrontamiento del estrés (6).

Autoeficacia. Bandura conceptualizó la autoeficacia como las “creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados”. Niveles elevados de autoeficacia demuestran que las personas poseen la confianza suficiente en sí mismos para contestar a los estímulos de su entorno; de manera que, las situaciones estresantes no serán significativas para los individuos si éstos se perciben con la capacidad para enfrentarlas. Como consecuencia de la revisión de diversos estudios, Benight y Bandura reportaron que la autoeficacia puede actuar de manera positiva en la recuperación de las situaciones que traen consigo algunas experiencias traumáticas, como catástrofes tecnológicas, desastres naturales, ataques terroristas, guerras y asaltos, ataques sexuales y criminales.

Optimismo. Es la predisposición de los individuos ante la expectativa de resultados positivos y favorables en sus vidas, así como la espera generalizada de resultados positivos. El optimismo se ha asociado a la resiliencia debido a que constituye un mecanismo que amortigua los efectos de las situaciones adversas que ocurren rutinariamente en la vida.

Orientación a la meta. Se basa en la fundamentación de poseer metas y aspiraciones en la vida y llevar a cabo lo necesario para lograrlas. De acuerdo con el reporte de Ungar realizado con 1,500 jóvenes de catorce comunidades de cada uno de los continentes, tener metas y aspiraciones en la vida implica una de las dimensiones individuales asociadas a la resiliencia, aunque sus niveles varían a través de las culturas estudiadas (7,8,9).

I.4 Empatía

Empatía proviene del término griego empátheia, que significa emocionado, y se refiere a la facultad cognitiva de percibir, en un contexto habitual, lo que otro sujeto puede sentir. También se describe como un sentimiento de participación afectiva de un individuo en la realidad que afecta a otro (10,11).

Empatía significa saber apreciar los sentimientos del otro. En 1909 el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener introdujo el término empathy, traducción de la palabra alemana einföhlung. En 1918 se incorporó la empatía dentro del concepto de relación médico paciente como un recurso para facilitar el diagnóstico y la terapéutica (12).

Respecto al concepto de empatía, ésta se define como los actos a través los cuales se aprehende la experiencia ajena; como expresa Stein “es la vivencia de la conciencia ajena en general. Es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en la que aprehende la vida anímica de su próximo”.

El paciente acude con el médico, no por simpatía, sino porque necesita ayuda, no representa relevancia si el médico es apuesto y posee buen sentido del humor, lo que demanda y necesita es que se le devuelva la salud. Es necesario saber que el médico de cabecera es un ancla, un puente entre paciente, enfermedad y su familia. En muchas de las ocasiones, el enfermo se encuentra en una situación con mínimo contacto con su familia debido a la burocracia que predomina en algunos sistemas de salud. Y es que el paciente al ser admitido en un hospital es sometido a aparatos y procedimientos sin darle ninguna explicación, entre análisis, laboratorios, radiografías y exploraciones que no sabe para qué son y lo que buscan, que lo aturden y en medio de los cuales escucha poco aliento (13).

La enfermedad representa un giro biológico-existencial para el sujeto; tiene sentido entonces, que la atención que se brinda se vuelque en estos dos ámbitos para lograr un conocimiento integral de la acción de enfermarse para así conceder un auténtico cuidado. A pesar de ello, la influencia de la técnica sobre la vida desdibujó esta realidad y

estableció una falacia que ha subsistido durante largo tiempo arraigada en la conciencia sanitaria de que la salud y la enfermedad son hechos biológicos sin impacto emocional. Como era de esperarse, esta visión fracasó irreparablemente y se plasmó de manera pragmática en la crisis de confianza que padece la profesión actualmente (14).

Predomina la conceptualización del paciente como un objeto, mediante la cual éste se convierte en un número, una estadística y deja de ser una persona para volverse tan sólo una cosa. Ya no se le llama por su nombre, es ahora sólo un número de cama. ¿Se debe esto a la deshumanización?, ¿a la falta de respeto hacia el ser humano?, ¿a la carencia de valores?, ¿nos hemos olvidado de la ética?, ¿nos hemos vuelto insensibles hacia las personas? Las respuestas serán múltiples, lo que es una verdad es que, en la práctica médica, principalmente en los hospitales, existe una deshumanización hacia el paciente, hacia nuestros semejantes, como consecuencia surge una propuesta de Claudia Donoso, la cual coloca a la empatía como estrategia para la humanización del acto médico en la que se establece que el otro generalizado constituye también el otro concreto. Un ser especial y único, narrador y protagonista de su existencia que busca en la relación clínica al otro para que lo reconozca y lo entienda más allá de lo visiblemente evidente.

En otras palabras, que el médico se coloque en los zapatos del paciente, que se implique con él no sólo en el cuidado del cuerpo humano, sino también que tome en cuenta sus sentimientos, su alma, su espíritu, en lo que conforma al ser humano en sí como un todo.

En el grado en que el médico comprenda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que brinde; de esta forma la empatía se transforma en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente. Es factible que con el paso del tiempo, el grado de empatía cambie y se dañe. Contribuir en este proceso consistiría, más que en enseñar cosas nuevas, en «enseñar a ser empático», en evitar la pérdida de esta capacidad. Las estrategias educativas estarían encaminadas a prevenir la degradación de la empatía más que a incrementarla.

I.4.1 Relación médico paciente

La relación entre médico y paciente es el contrato, usualmente no escrito, determinado por personas autónomas libres de iniciar, continuar o terminar esta relación. En la interacción del enfermo con el médico y el personal de salud, basada en la comunicación y la disposición para lograr objetivos comunes, como son la prevención de enfermedades, mantenimiento y recuperación de la salud, con rehabilitación y reintegración al núcleo familiar, social y en ocasiones laboral (11).

La adecuada relación médico-paciente y específicamente la empatía gozan de un prestigio y una primacía moral trascendental entre el personal médico, paramédico y sobre todo entre los pacientes. Se reconoce como una cualidad deseable en todo médico, se comprende que es un área de la práctica clínica que se desarrolla con el tiempo y actualmente se cuestiona si es viable enseñarla con las estrategias actuales de la docencia en medicina, ya que también hay quien dice que, dicha facultad se posee o no se posee, aludiendo a una característica un tanto innata. La mayoría de las quejas contra médicos e instituciones de salud son consecuencia de errores y fallas de comunicación o bien de una relación médico-paciente deteriorada, tal como lo ha venido apuntando de manera constante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), quien evidencia que solamente en 2016 se presentaron 2,044 quejas atribuidas directamente a conflictos en la relación médico-paciente (13,14).

Dentro de los modelos de relación médico-paciente más relevante y aceptados se encuentran cuatro, y se describen a continuación:

Modelo paternalista. Aquel en el que predomina la actitud autoritaria del médico que dirige las acciones, indica y/o realiza los procedimientos diagnósticos terapéuticos, mientras que el paciente sólo sigue las instrucciones, sin que se tomen en cuenta su opinión, dudas o miedos. Es una relación de tipo sujeto-objeto en la que, aunque se trata de ayudar al enfermo, no se respetan, ni se toma en cuenta su autonomía, su libertad, su capacidad y derecho a decidir. Este un modelo muy frecuente en México y en los países latinoamericanos, sobre todo en el medio rural.

Modelo dominante. A diferencia del anterior, es el paciente quien, de acuerdo con sus conocimientos o bien por la información que posee, exige o demanda que, de acuerdo con el diagnóstico establecido, se lleven a cabo determinados procedimientos diagnóstico-terapéuticos. Es una relación tipo sujeto-objeto que comúnmente ocurre cuando el médico tratante tiene poca experiencia. En estos casos el abuso de autonomía del enfermo puede ser perjudicial para el desarrollo del tratamiento.

Modelo de responsabilidad compartida. Este modelo se caracteriza por poseer buena comunicación, se informa al paciente y la familia, lo concerniente a su enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, así como la probabilidad de complicaciones. Se esclarecen sus dudas y se trata de borrar sus temores; se deliberan las alternativas y en forma conjunta se toma la mejor decisión. En este modelo forma parte la autonomía, la libertad y el juicio del enfermo, con relación a lo que quiere o lo que desea, todo ello bajo la orientación del médico tratante. Es una relación tipo sujeto-sujeto, por lo que debe ser implementada.

Modelo mecanicista. Mediante este modelo la atención se realiza de acuerdo con disposiciones administrativas rigurosas; se siguen protocolos de manejo estrictos, el paciente no elige al médico tratante y no siempre es atendido por el mismo médico lo cual entorpece la relación médico-paciente. El predominio de la burocracia y trámites administrativos posterga el tratamiento y daña la relación, que es de tipo sujeto-objeto. Este modelo es frecuente en la medicina institucional, pero actualmente se presta este tipo de atención en empresas prestadoras de servicios y por compañías de seguros (11,12).

1.5 Enfermedades crónico degenerativas

Las enfermedades crónicas son enfermedades de extensa evolución y duración, por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardiovasculares, como infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son ejemplos de ellas y son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo culpables del 63% de las muertes.

En el año 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (15).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores desafíos que enfrenta el sistema de salud. Debido a una gran cantidad de factores, entre los cuales se encuentran el gran número de casos afectados, su creciente aportación a la mortalidad general, es la causa más frecuente de incapacidad prematura en la población económica activa y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Su contingencia como problema de salud pública fue resultado de alteraciones sociales y económicas que alteraron el estilo de vida de un elevado porcentaje de la población. Los determinantes de la epidemia de ECNT tuvieron su cimiento en el ascenso y la escalada del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional. Las ECNT son una prioridad para el gobierno federal (16).

Las ECNT son un grupo heterogéneo de padecimientos que aportan a la mortalidad a través un minúsculo número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral). Las muertes son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes (16,17). La evolución natural de las enfermedades crónicas como diabetes y enfermedades cardiovasculares puede alterarse con acciones que modifiquen el curso clínico de las condiciones que ocasionan su incidencia. Entre ellas se identifican el sobrepeso y la obesidad, las dislipidemias, hipertrigliceridemias, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico. Estas características presentan oportunidades para la prevención, la creación de modelos fármaco-económicos y el desarrollo de herramientas pronósticas. Esto se puede notar, al observar las modificaciones de la prevalencia nacional de estas anomalías, siendo posible prever el daño de las ECNT y cuantificar el efecto de las acciones preventivas. Como consecuencia, la evolución natural de las ECNT permite la implementación de programas preventivos dirigidos a diferentes estratos de la población, con resultados cuantificables a mediano y largo plazo (17).

El porcentaje de la población con un peso mayor al saludable (índice de masa corporal [IMC] >25 kg/m²) creció 13% en el periodo de 1994 a 2000 y el cambio fue mayor (33.5%)

entre los años 2000 y 2006. La misma tendencia creciente se encontró en la prevalencia del “síndrome metabólico”, concepto que reconoce los casos con mayor riesgo de desarrollar diabetes o enfermedad cardiovascular a mediano plazo. El porcentaje de los adultos con síndrome metabólico aumentó un 27.8% entre 1994 y 2000 y 39.7% de los casos pertenece a menores de 40 años. La información indica que la contribución a la mortalidad de las ECNT crecerá a mediano plazo. Una derivación intermedia en la evolución natural de las ECNT es la diabetes tipo 2, cuyo tratamiento es uno de los mayores retos del sistema de salud. El porcentaje de adultos con diabetes creció 25% entre cada encuesta nacional. Se ha proyectado que existirán 11.7 millones de mexicanos con diabetes en 2025. La diabetes de tipo 2 es una de las principales causas de incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas. Es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos (15).

El porcentaje de la mortalidad explicado por los desenlaces asociados con las ECNT ha mostrado un crecimiento constante. En sólo cuatro años, la proporción de la mortalidad general explicada por enfermedades como diabetes y las cardiovasculares se elevó de 24.9 a 28.7% en el género masculino y de 33.7 a 37.8% en el femenino. Como resultado, desde el año 2000 la cardiopatía isquémica y la diabetes son las dos causas de muerte más frecuentes en México (14).

El control de las enfermedades crónicas y degenerativas y sobretodo la prevención deben ser una prioridad para el sector salud. Tanto el crecimiento como la letalidad lo justifican. El efecto social y económico de estas patologías será ascendente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud. Como consecuencia, contribuyen al aumento de la pobreza. Por lo antes mencionado, el gobierno federal debe implementar un conjunto de acciones para combatir las ECNT. Los objetivos de tales medidas son la prevención de nuevos casos y la disminución de la aparición de las complicaciones en los casos existentes. La suma de ambas medidas permitirá obtener beneficios a corto, mediano y largo plazo.

El tratamiento eficaz de los pacientes con patologías crónicas es la propuesta que ofrece la mayor factibilidad para disminuir a corto plazo las consecuencias de las ECNT. No

obstante, la atención de las ECNT es costosa, lenta y poco satisfactoria en la mayoría de los casos. El control de la diabetes es un ejemplo de lo anterior. La falta de efectividad del tratamiento se demostró por factores atribuibles al sistema de salud, al médico y al paciente. Existen distintas guías terapéuticas, si bien los médicos las conocen, pocas las aplican. La complejidad de la enfermedad contribuye a la escasez de eficacia terapéutica. El control de los niveles de colesterol, triglicéridos, colesterol-HDL y presión arterial y el uso frecuente de dosis bajas de ácido acetilsalicílico son parte indispensable del tratamiento. Aunado a ello hay que sumar la suspensión del hábito tabáquico y la disminución del sobrepeso. Un gran porcentaje de los casos requiere múltiples fármacos, como resultado, los montos acumulados del costo del tratamiento son altos y su eficacia para prevenir las complicaciones crónicas no es suficiente. el mayor porcentaje del presupuesto es destinado al pago de las complicaciones crónicas o los costos indirectos debidos a la incapacidad prematura. Estos datos evidencian que la inversión destinada al tratamiento no ha sido eficaz. Es incuestionable que se requiere una conducta distinta a la actual para combatir el reto que representa las enfermedades crónicas. (14,18).

El control de las ECNT se fundamenta en principios diferentes con relación a los padecimientos transmisibles. Involucra un proceso educativo para comprender la patología, modificaciones significativas y encaminado en las conductas, utilización a largo plazo de múltiples fármacos y evaluaciones constantes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad. Su aplicación es compleja, tanto para el médico como para el paciente. Se requieren tiempos mayores de consulta y la participación multidisciplinaria de médicos, educadores físicos, nutriólogos, psicólogos, entre otros. Aunado a esto, la preparación de los profesionales de la salud no corresponde a la realidad del país. Los programas educativos otorgan una prioridad intermedia a las enfermedades crónicas y degenerativas; la mayoría de egresados tienen los conocimientos, pero carecen de las habilidades para obtener un tratamiento eficaz.

Dentro del tratamiento médico no se ha considerado la incorporación de la familia pese a que es clave para modificar el estilo de vida. El paciente no entiende los objetivos del tratamiento y los cambios necesarios no se incorporan a su estilo de vida. Las dosis de los medicamentos no se ajustan para alcanzar los objetivos terapéuticos intermedios. De

la misma forma, la participación de los especialistas esta limitada en muchos casos, al tratamiento de las complicaciones. Asimismo, influyen factores culturales que condicionan la adherencia terapéutica. Todo ello hace que los retos para alcanzar un tratamiento efectivo sean múltiples, aunque las limitantes son identificables y existen soluciones para ellas. Es indispensable desarrollar mejores comportamientos de control; de lo contrario, la mayor parte del presupuesto se designará al pago de las complicaciones e incapacidades prematuras.

La alimentación a lo largo de la evolución humana ha manifestado una transición a través de la historia que va desde la obtención de fuentes de energía y proteínas de frutas, verduras, nueces y raíces en los primeros hombres hasta llegar a la época actual, donde las principales modificaciones en la dieta son una mayor ingestión de energía a partir de grasas saturadas, ácidos grasos y ácidos grasos omega-6, lo que ha resultado, sin lugar a dudas, a la modificación de la dieta, sin que ocurran cambios paralelos de la estructura genética.

Por otro lado, está el envejecimiento de la población, el cual se estima que es de 2% de los adultos mayores de 60 años cada año a nivel mundial. En México, la distribución de edad de la población por edad en 1970 era en forma de una pirámide; esto es, presentaba una base amplia porque 50% de la población era menor de 15 años y tenía una cúspide angosta. Para el año 2000, la forma piramidal se abultó en el centro debido al aumento del grupo de personas en edades medias y la disminución de los menores de cinco años. Para el año 2050 se prevé una mayor proporción de población de la tercera edad. Este comportamiento demográfico de México, junto con el aumento de sobrepeso y obesidad, agregará mayores factores de riesgo para la población adulta. Para comprender el contexto, México es uno de los países con mayor prevalencia de síndrome metabólico (con 36.8%), sobrepeso y obesidad (71.3%) e hipertensión arterial (31.5%). Estas tendencias incrementarán la demanda de servicios de atención en el corto, mediano y largo plazo, así como de costos para su atención, principalmente generados por sus complicaciones (14,18).

1.5.1 Obesidad

Se define como una patología multifactorial y complicada en la que participan problemas genéticos, conductuales y ambientales; se describe como el resultado del desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético y representa en sí misma un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades articulares y cardiovasculares. De manera histórica, la obesidad es tan antigua como la humanidad, se tiene conocimiento de ella desde 40,000 años a. de C., siendo la evidencia diversas figurillas de la Edad de Piedra encontradas en Europa; la más famosa de estas es la Venus de Willendorf, la cual simboliza la fertilidad. En el año 600 a. de C., Sushruta identificó a la obesidad como un problema y consideró que se debía a la vida sedentaria. En el siglo V a. de C., Hipócrates (460-370 a. de C.) reconoció a la obesidad como un problema de salud y afirmó que la muerte súbita es más común en los que son obesos, además de que la asoció con Infertilidad y fatigabilidad.

En los siglos II y III d. de C. Galeno sentó el tratamiento inicial para el paciente con obesidad, dando relevancia a la actividad física, masajes y ungüentos diaforéticos. Por otro lado, los aztecas pensaban que la obesidad era algo anormal. Durante los siglos XV y XVI nació la era científica de la medicina; en 1765, Joanns Baptista Morgagni reconoció la relación entre obesidad y enfermedad. El término obesidad surgió en el siglo XVII, mientras que en el siglo XIX y principios del XX, la opinión médica era que tener de 20 a 50 libras de exceso de peso era saludable, pues proveía una reserva de «vitalidad» para soportar una enfermedad, mientras que ser delgado no era saludable. Las primeras alarmas del sobrepeso se adjudican a las compañías de seguros, ya que las investigaciones actuariales relacionaban al sobrepeso con aumento en la mortalidad, por lo que fue aceptado por la comunidad médica en el año de 1930. Para 1948, Framingham comenzó los estudios de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Para la década de 1960, inició la investigación de la obesidad y la grasa corporal, que se describió como un órgano con sus propias hormonas, receptores, genética y biología celular (17).

La obesidad comenzó a tomar relevancia en el mundo como un problema sanitario de gran magnitud, tanto que la Asamblea Mundial de la Salud del año 1998 la declaró una pandemia. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la obesidad como «una enfermedad mortal, que acorta la vida y produce diversas enfermedades», agregando que es una pandemia ya que se calcula que en el mundo existen 350 millones de obesos y un poco más de dos billones de gente con sobrepeso. De acuerdo con la OMS, cada año 2.8 millones de personas mueren por sobrepeso u obesidad, y en nuestro país se les atribuyen más de 50 mil muertes por año. En los últimos 30 años, la prevalencia de obesidad en México ha aumentado, y este incremento ha sido de los más acelerados a nivel mundial, lo que ha ocasionado que nuestro país ocupe el segundo lugar en obesidad en adultos y el primero en población infantil.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia en conjunto de sobrepeso y obesidad en el adulto aumentó 15.2% en los últimos 12 años. Esta prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 71.2% (48.6 millones de personas) y fue mayor en mujeres (73%) que en hombres (69.4%); la prevalencia de obesidad también fue más elevada para el sexo femenino (37.5%) que para el masculino (26.8%), mientras que, en escolares, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 32 y 36.9%, respectivamente (alrededor de 5,664,870 niños mexicanos). En adolescentes sucede algo parecido, ya que 35% presentó sobrepeso u obesidad, situación que es preocupante debido a que el niño obeso tiene un mayor riesgo de permanecer obeso en la adultez, ya que está bien establecido que la aterosclerosis se desarrolla desde la infancia, lo que puede traducirse en un incremento de las enfermedades cardiovasculares y muerte prematura en la edad adulta en los años venideros. El riesgo cardiovascular asociado con obesidad depende del sitio corporal donde se deposite el exceso de grasa (19).

1.5.2 Dislipidemias

Se trata de un conjunto de trastornos que se distinguen por la producción excesiva o aclaramiento disminuido de lipoproteínas séricas. Se define como el colesterol total mayor a 200 mg/dL, colesterol unido a lipoproteína de baja densidad (C-LDL) mayor a

130 mg/dL o triglicéridos con ayuno previo de 12 a 16 horas mayor a 150 mg/dL. en 1967, las clasificó fenotípicamente en cinco tipos: tipo I o quilomicronemia familiar, tipo IIa o hipercolesterolemia familiar (es la más frecuente), tipo IIb o hipercolesterolemia familiar combinada, tipo III o disbetalipoproteinemia, tipo IV o hipertrigliceridemia familiar, y tipo V o hiperlipidemia mixta. Las dislipidemias secundarias son aquellas asociadas a otras enfermedades, generalmente asociadas a hipotiroidismo, obesidad, diabetes mellitus, enfermedades hepáticas o renales crónicas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, uso prolongado de anticonceptivos orales y otras enfermedades menos frecuentes (15,20).

Existen numerosas evidencias derivadas de estudios que han apoyado la importancia de los niveles elevados en la concentración de triglicéridos y del C-LDL, así como las concentraciones bajas del colesterol ligado a las lipoproteínas de alta densidad (C-HDL), que los relacionan con la aparición de ictus isquémico en diversos territorios, principalmente el coronario. Las dislipidemias aterogénicas, en conjunto con otros factores mayores de riesgo vascular como el tabaquismo, diabetes mellitus e hipertensión arterial son los principales determinantes de las lesiones relacionadas con la aterosclerosis; por ello permanecen como los objetivos principales del tratamiento en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad.

Los índices de diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias en la población con alto riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular son bajos; no obstante, en México, en la población adulta (20 a 69 años), hay más de 14 millones de personas con dislipidemia (19).

1.5.3 Hipertensión Arterial

Para al año 2600 a. de C. se trataba la enfermedad conocida como “del pulso fuerte” mediante acupuntura, flebotomía y sanguijuelas. La historia moderna comenzó en 1628 cuando William Harvey describió el sistema circulatorio; en 1733, Stephen Hales realizó la primera medición de presión arterial. En 1896, con el invento del esfigmomanómetro, se le reconoció como una entidad clínica. La hipertensión arterial (HTA) es uno de los

principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, las cuales también se constituyen como las primeras causas de muerte en México. Las complicaciones de la HTA se asocian directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución, por lo que establecer el tratamiento de manera oportuna tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones y menor riesgo de mortalidad.

De los pacientes hipertensos, 95% no tienen una etiología conocida y entran en la categoría de «causa primaria o esencial», frecuentemente asociada a factores identificados que contribuyen a su aparición, dentro de los que se engloban la edad, la ingesta elevada de sodio, dietas altas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física, así como la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes, lo que ha traído como consecuencia que las complicaciones letales vayan en aumento; como consecuencia, a partir de la mitad de la década de 1990, el número de pacientes con cardiopatía isquémica y el porcentaje de individuos con insuficiencia cardiaca se han duplicado. En México, la HTA daña al 34.3% de la población de 20 a 69 años y cerca de 50% de los individuos perjudicados desconocen su enfermedad; esto es, existen más de 17 millones de mexicanos con este padecimiento, de los cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. Por otro lado, recibir tratamiento farmacológico no avala tener un mayor control de la HTA, ya que se calcula que de 10 a 15% de los hipertensos presentan hipertensión resistente, aproximadamente 0.5% muestran hipertensión refractaria, y alrededor de la mitad de quienes reciben tratamiento tienen cifras tensionales dentro de la categoría que establece la Norma Oficial Mexicana y estándares internacionales como la American Heart Association, mientras que 50 al 60% de los pacientes no siguen su tratamiento, por lo que habrá que hacer mayor énfasis en la modificación de otros factores de riesgo relacionados, mejorar la adherencia terapéutica y, finalmente, capacitar al sector médico de primer nivel de atención para su adecuado tratamiento y control (16).

La HTA puede considerarse como un síndrome más que una enfermedad en sí misma. La hipertensión se clasifica por estadios con base en las cifras de registro en mmHg de la presión sistólica y diastólica, lo cual sirve para regular el manejo del paciente. Si en el

estadio I el paciente tiene diabetes o daño renal con proteinuria, debe ser catalogado como estadio II. En el caso de los pacientes que se entran en el estadio II, en general, difícilmente responden a un solo medicamento, y los del grupo III requieren especial atención porque presentan elevación extrema de la presión arterial;

Las mediciones que superen las cifras consideradas como límites son suficientes para establecer el diagnóstico de hipertensión; es decir, no se requiere que forzosamente las dos estén elevadas, por lo que se puede hablar de hipertensos de predominio diastólico, diastólicos puros, predominio sistólico o sistólica aislada pura, mientras que el término hipertensión sístolodiastólica se utiliza a los casos en que ambas cifras se encuentran elevadas. Es relevante considerar que, cuando la HTA es descontrolada, el deterioro se produce de forma lenta y progresiva, aumentando la probabilidad de sufrir eventos cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca, infartos, aneurismas, aterosclerosis, pérdida de la visión y daño renal (16).

Los exámenes de laboratorio tienen como objetivo encontrar evidencia de factores de riesgo adicionales, si es resultado de una posible causa conocida y para establecer si existe lesión en órganos blanco.

1.5.4. Diabetes Mellitus

La diabetes es una patología crónica cuyo origen es de origen multifactorial y que engloba un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria, así como la incidencia de diversos factores ambientales que llevan a hiperglucemia como resultado de un déficit de la acción o secreción de la insulina (o ambas); cuando es crónica, se relaciona con afectación en la función y falla de órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

La diabetes mellitus de tipo 2 es la modalidad más frecuente; se caracteriza por el incremento de los niveles de glucosa en sangre debido a la resistencia a la insulina (por carencia absoluta o relativa de la acción o secreción de insulina, la cual se encuentra en

niveles bajos, normales o altos), así como variación en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. Hasta hace unos años, la diabetes tipo 2 prevelece en adultos y ancianos, mientras que el tipo 1 se diagnosticaba principalmente en niños (debido a la carencia total de la secreción de insulina). No obstante, en los últimos 10 a 20 años, se ha observado un inquietante incremento en la prevalencia de diabetes tipo 2 en pacientes pediátricos en todo el mundo. Existen cálculos que sugieren que al menos la mitad de la población pediátrica con diabetes pertenece al tipo 2 (21).

Debido a que la diabetes se caracteriza por un periodo de latencia largo, con una fase preclínica que puede pasar desapercibida, la probabilidad de que los pacientes sean diagnosticados en forma tardía es alta. Usualmente, el diagnóstico de diabetes se realiza mediante la obtención de la glucemia en distintas circunstancias: ayunas, al azar, una prueba de tolerancia oral a la glucosa o la hemoglobina glicosilada (22,23).

No obstante, la diabetes es una patología endócrina en su origen, sus principales manifestaciones corresponden a una enfermedad metabólica, debido a que los incrementos continuos de glucosa en sangre van afectando silenciosamente el organismo, produciendo descompensación y manifestación de complicaciones (23,24).

La diabetes mellitus en México ha manifestado un comportamiento epidémico desde la segunda mitad del siglo pasado. En este contexto, a partir de 2003 se han registrado alrededor de 400,000 casos nuevos de diabetes, y de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, para el año 2013 existían 8.7 millones de mexicanos diabéticos. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre cinco y 10 años (25).

En este sentido, el género masculino muere, en promedio, a una edad más temprana que las mujeres (67 versus 70 años), y sólo 20% de los hombres que han desarrollado esta enfermedad viven más de 75 años, frente al 26%, en el caso de las mujeres. También se estima que existe un paciente diabético desconocido por cada diabético conocido.

Esta enfermedad representa un desafío en cuanto a su prevención, detección y control;

desgraciadamente, en muchos de los casos se diagnostica cuando la enfermedad lleva largo tiempo de evolución y ya que se han presentado una o varias de sus numerosas complicaciones, lo que implica que su atención conlleve costos altos. En una investigación realizado en México en el año 2011, se calcularon costos directos generados para la atención de la enfermedad en las instituciones tanto del sector salud como de instituciones privadas en \$343,226,541 M.N., mientras que los costos indirectos se calcularon en \$778,427,475 M.N. Se calcula que, en muchos países, esta enfermedad consume entre cinco y 10% del presupuesto destinado a la salud, y de este costo, más de 50% se debe a sus complicaciones, lo que se asocia principalmente con el inadecuado control de los niveles de glucosa sanguínea en pacientes diabéticos. De acuerdo con la Federación Mexicana de Diabetes, 80% de los pacientes que son diagnosticados reciben tratamiento, y sólo 25% tiene un adecuado control metabólico (26,27).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

Actualmente uno de los problemas que enfrenta la sociedad y las instituciones que brindan servicios de salud es el poder brindar una consulta medica de calidad, existen diversos factores que han deteriorado esta relación y nos ha llevado a un conflicto con nuestros pacientes que nos han llevado incluso a instancias legales, lo que en décadas pasadas nunca se hubiera imaginado.

Los modelos educativos de enseñanza medica aun no toman en cuenta a la empatía como parte de la formación académica, esta es de suma importancia en nuestro quehacer medico ya que estamos en contacto continuo con pacientes que están pasando por una etapa complicada en sus vidas.

Existe estudios realizados a estudiantes de medicina de diversos años donde los resultados señalan que entre mas tiempo llevamos ejerciendo y estudiando ciencias medicas vamos disminuyendo nuestro nivel de empatía con nuestros pacientes, lo que es algo demasiado grave por que llegara un momento en que solo veamos a nuestro paciente como un numero y solo llenemos una receta medica para tratar de mitigar las dolencias que presentan nuestros pacientes sin haber realizado un correcto interrogatorio y exploración.

Como personal de salud y especialistas en Salud Pública es de suma importancia conocer todas las variables que pueden llegar a afectar el estado nutricional y así crear estrategias que disminuyan la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, ya que estos es un padecimientos tienen graves consecuencias a largo plazo en la salud y en la calidad de vida de las personas de nuestro país.

De todo lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el estado nutricional y el nivel de la resiliencia y su asociación estadística con la empatía médica en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden al Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud del Municipio de Santa María Rayón, en el 2019?

III. JUSTIFICACIONES

II.1 Académica

Con base en lo dispuesto en la legislación Universitaria para la obtención del Diploma de Especialista en Salud Pública.

III.2 Científica

Se necesita abrir paso a mayor cantidad de estudios relacionados a la Empatía Médica para que se pueda abordar de una manera multidisciplinaria a los pacientes que padecen enfermedades crónico degenerativas. El continuar con investigaciones de este tipo, nos proveerá de mayor evidencia científica para crear nuevas estrategias médicas y empáticas a futuro.

III.3 Social

La elección de este tema es por la situación actual que atraviesan los médicos en este país, el cambio en el estilo de vida, la despersonalización del acto médico a llevado a un desinterés moral hacia nuestros pacientes, creando una fricción entre el médico y el paciente lo cual repercute directamente en el estado de salud de los pacientes.

IV. HIPÓTESIS

IV.1 Hipótesis alterna

En los pacientes con enfermedades crónico degenerativas del centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, el estado nutricional predominante es el inadecuado y un nivel de resiliencia negativo existiendo asociación estadísticamente significativa entre el estado de nutrición y resiliencia con la empatía medica.

IV.2 Hipótesis nula

En los pacientes con enfermedades crónico degenerativas del centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, el estado nutricional predominante es el sobrepeso y un nivel de resiliencia negativo no existiendo asociación estadísticamente significativa entre el estado de nutrición y la resiliencia con la empatía medica.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

Analizar el estado nutricional, el nivel de resiliencia y la asociación del estado nutricional y la resiliencia con la empatía médica en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas del centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón.

V.2 Específicos.

Unidad de observación (1)

- Determinar el estado nutricional de acuerdo a género
- Determinar el estado nutricional de acuerdo a edad
- Determinar el estado nutricional de acuerdo a ocupación
- Identificar el nivel de la resiliencia por edad.
- Identificar el nivel de la resiliencia por género.
- Identificar el nivel de la resiliencia por ocupación
- Determinar el nivel de la resiliencia de acuerdo al estado nutricional.
- Agrupar enfermedades por nivel de la resiliencia.
- Agrupar enfermedades por estado nutricional.

Unidad de observación (2)

- Identificar el nivel de empatía en los médicos por género.
- Identificar el nivel de empatía en los médicos por edad.

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

La investigación realizada fue observacional, analítica, prospectiva y transversal.

VI.2 Diseño de estudio

En el presente trabajo de investigación, se buscó obtener la asociación entre el estado nutricional y la resiliencia con la empatía médica de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a consulta en el centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón.

Para lo anterior y con previa firma del consentimiento informado se efectuó la recolección de datos mediante la aplicación de cuestionarios y toma de medidas antropométricas.

Los datos obtenidos se clasificaron e interpretaron para la elaboración de resultados, gráficos y aplicación de la prueba estadística correspondiente para el logro de los objetivos.

VI.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Estado nutricional	Condición resultante de la ingestión de alimentos y la utilización biológica de los mismos por el organismo.	<p>Evaluada a través de 4 parámetros:</p> <p>Antropométricos: peso, talla, pliegue tricípital, subescapular, suprailíaco, bicipital.</p> <p>Bioquímicos: Albumina.</p> <p>Clínico: historia médica del individuo, examen físico, interpretación de signos y síntomas asociados con el estado de nutrición.</p> <p>Dietético: cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.</p>	Cuantitativa nominal	<p>Estado nutricional adecuado:</p> <p>-hombres</p> <p>(a) Antropométrico</p> <p>-Densidad corporal: Siri y Brozek aceptable 6-24%</p> <p>- Índice de masa corporal normal: 18.5-24.99</p> <p>b) Bioquímicos: Albumina: 3.5 a 5g/100ml</p> <p>c) Clínico: Categoría A: sin pérdida de peso corporal.</p> <p>d) Dietético. - dieta normocalórica, (aplicación del cuestionario de consumo de frecuencia de alimentos).</p> <p>-Calculando el gasto energético en reposo Harris-Benedict.</p> <p>$GER (kcal) = 66.5 + [13.75 \times \text{peso adecuado para talla y edad (kg)}] + [5.003 \times \text{talla (cm)}] - [6.775 \times \text{edad (años)}]$</p> <p>Estado nutricional inadecuado en hombres:</p>

				<p>(a) Antropométricos:</p> <ul style="list-style-type: none">-Densidad corporal Siri y BrozekNo saludable bajo <5%No saludable alto >25%-Índice de masa corporal:Bajo peso <18.50Sobrepeso ≥ 25.00Preobeso 25.00-29.99Obesidad ≥ 30.00 <p>b) Bioquímicos:</p> <ul style="list-style-type: none">Albúmina>5g/100ml<3.4g/100ml <p>c) Clínico:</p> <ul style="list-style-type: none">-Categoría B perdida del 5-10% del peso corporal.-Categoría C perdida de >10% del peso corporal <p>d) Dietético : dieta hipocalórica, hipercalórico (aplicación del cuestionario de consumo de frecuencia de alimentos).</p>
--	--	--	--	---

			<p>-Calculando el gasto energético en reposo Harris-Benedict</p> <p>GER (kcal) = 66.5 + [13.75 × peso inadecuado para talla y edad (kg)] + [5.003 × talla (cm)] – [6.775 × edad (años)]</p> <p>Estado nutricional adecuado:</p> <p>-Mujeres:</p> <p>a) Antropométricos:</p> <p>-Densidad corporal Siri y Brozek</p> <p>Acceptable 9-31%</p> <p>-Índice de masa corporal: Normal: 18.5-24.99</p> <p>b) Bioquímicos: Albumina: 3.5 a 5g/100ml</p> <p>c) Clínico: Categoría A: sin perdida de peso corporal.</p> <p>d) Dietético: dieta normocalórica (aplicación del cuestionario de consumo de frecuencia de alimentos).</p> <p>-Calculando el gasto energético en reposo Harris-Benedict.</p> <p>GER (kcal) = 655.1 + [9.563 × peso adecuado para talla y edad (kg)] + [1.850 × talla (cm)] – [4.676 × edad</p>
--	--	--	---

				<p>(años)]</p> <p>Estado nutricional inadecuado en mujeres:</p> <p>a)Antropométricos:</p> <p>-Densidad corporal Siri y Brozek</p> <p>No saludable bajo <8%</p> <p>No saludable alto >32%</p> <p>-Índice de masa corporal:</p> <p>Bajo peso <18.50</p> <p>Sobrepeso ≥ 25.00</p> <p>Preobeso 25.00-29.99</p> <p>Obesidad ≥ 30.00</p> <p>Obesidad leve 30.00- 34.99</p> <p>Obesidad Media 35.00-39.99</p> <p>Obesidad Mórbida ≥40.00</p> <p>b) Bioquímicos: Albúmina <3.4g/100ml</p> <p>c) Clínico:</p> <p>-Categoría B perdida del 5% del peso corporal.</p> <p>-Categoría C perdida de >10% del peso corporal</p> <p>d) Dietético: dieta hipocalórica,</p>
--	--	--	--	--

				<p>hipercalórico (aplicación del cuestionario de consumo de frecuencia de alimentos).</p> <p>Calculando el gasto energético en reposo Harris-Benedict</p> <p>GER (kcal) = 655.1 + [9.563 × peso inadecuado para talla y edad (kg)] + [1.850 × talla (cm)] – [4.676 × edad (años)]</p>
Resiliencia	Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas	Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades.	Cualitativa ordinal	<p>Pacientes con nivel de resiliencia positivo:</p> <p>Resiliencia alta: 118 a 160 puntos.</p> <p>Pacientes con nivel de resiliencia negativa</p> <p>Resiliencia moderada: 75 a 117 puntos.</p> <p>Resiliencia baja: 32 a 74 puntos.</p>
Empatía médica	Es la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir.	Es la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir.	Cualitativa ordinal	<p>Médicos empáticos</p> <p>Alto: 114-140</p> <p>Sobresaliente: 88-113</p> <p>Intermedio: 62-87</p> <p>Médicos no empáticos</p> <p>Bajo: 36-61</p> <p>Deficiente: 20-35</p>
Grupo de edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa discreta	<p>Menores de 30 años.</p> <p>30 a 39 años</p>

	ser vivo contando desde su nacimiento			40 a 49 años 50 a 59 años. Mayores de 60 años
Género	Se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino, conjunto de características de un grupo de personas que permiten agruparlas, diferenciarlas y asignarles un rol.	Conjunto de características que comparten un grupo de personas que permiten agruparlas, diferenciarlas y asignarles un rol.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Ocupación	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura	Actividad diaria de una persona	Cualitativa nominal	-Labores del Hogar Obrera Comerciante Campesino Otros(especificar)

VI.4 Universo de trabajo

El universo de trabajo de la presente investigación estuvo integrado por 10 médicos que laboran en el Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud del Municipio de Santa María Rayón y por 34 pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a consulta al Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud del Municipio de Santa María Rayón.

VI.4.1 Criterio de inclusión

Unidad de observación 1 (Pacientes con enfermedades crónico degenerativas)

- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acudían a consulta al Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud del Municipio de Santa María Rayón.
- Pacientes que desearon participar en el estudio.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

Unidad de observación 2 (Médicos)

- Médicos que laboran en el Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón.
- Médicos del Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón que desearon participar en la investigación.

VI.4.2 Criterios de exclusión

Unidad de observación 1

- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas que no estén adscritos al Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud del Municipio de Santa María Rayón.
- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas que no desearon participar en la investigación.

Unidad de observación 2

- Médicos adscritos que no laboren en el centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón
- Médicos adscritos que no firmaron el consentimiento informado.
- Médicos adscritos que no desearon participar en la investigación.

VI.4.3 Criterios de eliminación

Unidad de observación 1

- Pacientes que no desearon seguir participando en la investigación.
- Pacientes que no llenaron adecuadamente los cuestionarios.

Unidad de observación 2

- Médicos adscritos que no desearon seguir participando en la investigación.
- Médicos adscritos que no llenaron adecuadamente los cuestionarios.

VI.5 Instrumentos de investigación

En la presente investigación se tomaron medidas antropométricas, peso, talla, pliegue tricipital, subescapular, suprailiaco y bicipital.

Para determinar la asociación del estado nutricional y resiliencia con la empatía médica se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Recordatorio de frecuencia y consumo de alimentos.
- Escala de resiliencia González Arratia.
- Escala médica de empatía de Jefferson, traducida al español para población mexicana.

VI.5.1 Descripción

Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos

El Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos es una lista de alimentos y bebidas con varias opciones de respuesta sobre la frecuencia con que se consumen. Dichas opciones suelen incluir frecuencia diaria, semanal y mensual, además de consumo ocasional y no consumo. El listado suele incluir grupos de alimentos o alimentos específicos. El análisis del cuestionario es realizado a través de una hoja de cálculo la cual nos ayuda a determinar las kilocalorías y cantidades de nutrimentos consumidos.

Para resiliencia se utilizó el es un instrumento González Arratia de autoinforme que consta de 32 reactivos, de opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos el valor 1 indica nunca y el 5 siempre, dividida en tres dimensiones: factores protectores internos, factores protectores externos y empatía.

Este instrumento se aplicó de manera individual o colectiva y no hay un límite de tiempo para responderlo. Pero el tiempo aproximado es de 20 a 30 minutos, en condiciones favorables.

Para empatía médica se utilizó la escala de empatía de Jefferson en su versión para profesionales de la salud, la cual se diseñó para medir las actitudes de los profesionales de la salud hacia la empatía médica en situaciones de atención de paciente. El instrumento contiene 20 reactivos tipo Likert en una escala de siete puntos 1=fuertemente en desacuerdo, 7= fuertemente de acuerdo.

VI.5.2 Validación

El instrumento Cuestionario de Frecuencia de Alimentos se encuentra validado y estandarizado por Haua, et al. Es aplicado rutinariamente en todo tipo de población para determinar las kilocalorías y cantidades de nutrimentos consumidos en la dieta. Fue utilizado por Correa para determinar conducta alimentaria en adolescentes de 11 a 16 años para un trabajo de especialización por la Universidad Autónoma del Estado de México.

El cuestionario González Arratia modelo de solución, encontrado fue de nueve factores y, de acuerdo con el punto de quiebre de la varianza 37.82%, la composición factorial fue de tres dimensiones. Con un criterio de pesos factoriales superiores a .40 y con un mínimo de tres reactivos por factor se obtuvo una con habilidad de la prueba total a través de Alpha de Cronbach de = .9192. En algunos casos ya se ha aplicado con individuos de mayor edad y resultó conveniente.

La escala de empatía medica de Jefferson incluye una medida operacional de empatía aplicable a la atención del paciente, validada y aplicada tanto a nivel nacional como internacional. Es una escala multidimensional donde se incluyen 3 áreas: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad de ponerse en los zapatos del paciente. En su versión para profesionales tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90. Consta de 20 reactivos, que se resuelven mediante la escala tipo Likert de 7 puntos 1=muy en desacuerdo, 7=muy de acuerdo, el puntaje que se puede obtener se ubica en un intervalo de 20-140.

VI.5.3 Aplicación

La aplicación de los instrumentos se realizó a los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que aceptaron participar voluntariamente y a los médicos que de igual manera decidieron participar en la presente investigación, previo a su autorización en el consentimiento informado.

Los instrumentos se aplicaron por el tesista.

VI.6 Límite de espacio y tiempo

Límite de espacio

El presente trabajo de investigación, se realizó en el Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Tenango del Valle, del Instituto de Salud del Estado de México.

Límite de tiempo

El presente trabajo de investigación inició su fase de planeación en el mes de febrero de 2019 y culminó con la aprobación del protocolo.

VI.7 Método

El presente estudio se realizó por el M.C. Rodrigo González Meza, quien fue el responsable de la aplicación y desarrollo de la presente investigación.

Previo a la identificación de la población con padecimientos crónicos degenerativos y del personal médico que labora en el Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón se informó sobre la realización y objetivos del estudio a partir del consentimiento informado.

Para la primera unidad de observación, se aplicó el cuestionario de resiliencia que se calificó en resiliencia positiva y resiliencia negativa.

El estado nutricional se evaluó con la aplicación de el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos que se clasificó de acuerdo a la dieta hipocalórica e hipercalórica esto en relación con el gasto energético en reposo de acuerdo a Harris Benedict, acto seguido se realizó la medición de cuatro pliegues antropométricos: suprailíaco, bicipital, tricipital y subescapular esto para calcular la densidad corporal de acuerdo al promedio de Siri y Brozek, se realizó la toma de muestra sanguínea para la obtención de la proteína albumina esto para completar el diagnóstico del estado nutricional.

Finalmente, para la segunda unidad de observación se aplicó el instrumento de empatía médica el cual se calificó de acuerdo con la puntuación obtenida, en médicos empáticos y médicos no empáticos.

Se les agradeció su participación a todos los participantes.

VI.8 Diseño estadístico

El análisis estadístico inició con la recolección de los instrumentos realizados a las dos unidades de observación y la captura de los datos antropométricos, posteriormente se clasificaron los datos para elaborar una base de datos.

Se realizó un análisis a través del comportamiento de las variables y se aplicaron métodos estadísticos correspondientes utilizando medidas de tendencia central, medidas de resumen o estadística inferencial.

Se aplicó la prueba estadística chi cuadrada como prueba de asociación, para obtener resultados entre las variables seleccionadas.

VII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Rodrigo González Meza

Director de tesis:

Dr. En fil. Mario Enrique Arceo Guzmán

Codirectora de tesis:

Dra. En. Hum. María Luisa Pimentel Ramírez

VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Para la realización de este estudio se contó con la aprobación del departamento de enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria Tenango del Valle y de la privacidad de datos conforme lo estipula la Ley Federal de Datos Personales, para el Estado de México 2012.

Se respetaron los criterios que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos 2013.

Se consideraron los aspectos señalados en la Declaración 64^a de la Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Fortaleza Brasil, Octubre 2013, donde fue imprescindible contar con el consentimiento informado para la participación voluntaria de los pacientes que padecen enfermedades crónico degenerativas que Acuden al “Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón” y conforme a los principios éticos que descubre el documento, tales como:

1. Se respetará en todo momento la privacidad y anonimato de los sujetos de estudio.
2. Este estudio no implica ningún riesgo para la salud de la población objetivo.
3. Podrá retirarse en el momento que lo desee sin ninguna repercusión para el sujeto de estudio.
4. La participación no tendrá ningún costo ni pago para el asistente.
5. La participación será voluntaria y libre.
6. El participante podrá solicitar sus resultados y se le brindará asesoría o bien se le canalizará para su tratamiento.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se muestran los resultados del presente trabajo de investigación cumpliendo de esta manera a los objetivos propuestos.

La población estudiada comprendió dos unidades de observación, la primera unidad de observación fue de 34 pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, mientras que la segunda estuvo compuesta por 10 médicos que laboran en el Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón Bicentenario.

El objetivo general planteo analizar la asociación estadística del estado nutricional, el nivel de resiliencia y la asociación del estado nutricional y la resiliencia con la empatía médica en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas del Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón Bicentenario, se incluyeron un total de 44 participantes de los cuales el 72.2% son del género femenino y 27.3% del género masculino. En cuanto a la empatía médica se encontró que el 100% de los médicos son empáticos, respecto a los pacientes con enfermedades crónico degenerativas se observó que el 100% tiene un estado nutricional no adecuado, el 88.6% de los pacientes tuvo un nivel de resiliencia positiva y el 11.4% un nivel de resiliencia negativa.

Se aplicó la prueba chi cuadrada con un resultado $\chi^2 = 0$, con un nivel de significancia de $p=0.05$, por lo cual se infiere que no hay asociación estadísticamente significativa del estado nutricional y la resiliencia con la empatía médica.

Para la primera unidad de observación el número de participantes fue de 34, el 20.6% son del género masculino mientras que el 79.4% pertenecen al género femenino.

Para la evaluación del estado nutricional de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas se tomaron en cuenta cuatro factores, el primero fue el antropométrico que consistió en la medición de cuatro pliegues cutáneos los cuales fueron el pliegue bicipital, tricpital, subescapular y suprailíaco, el 100% de los evaluados obtuvo un resultado de

densidad corporal no saludable alto, por otra parte se obtuvieron peso y talla para obtener el índice de masa corporal, de los valores obtenidos únicamente el 14.7% tuvo un índice de masa corporal normal, el 44.1% obtuvo un resultado de sobrepeso y el 41.2% presentó obesidad, el índice de masa corporal, como bien se menciona en un estudio de Suarez Carmona es el indicador de adiposidad en la población más comúnmente usado, aunque su correlación con la grasa corporal es relativamente pobre, siendo poca su sensibilidad a la hora de determinar los distintos depósitos grasos (28). Calculando la densidad corporal en los pacientes se pudo observar que quienes habían obtenido un índice de masa corporal normal, habían resultado con un nivel no saludable alto para la densidad corporal, lo anterior coincidiendo con lo antes referido por Suarez Carmona.

El segundo factor evaluado fue el bioquímico, el cuál consistió en la toma de muestra sanguínea para la medición de la proteína albumina, el 100% de los evaluados obtuvo un resultado con parámetros normales que osciló entre 3.7g/dl a 4.8g/dl, si bien la disminución de los valores de albúmina se relaciona con morbilidad y mortalidad elevada en el paciente hospitalizado, con la gravedad del padecimiento y con el estado de nutrición, con lo anterior podemos decir que los pacientes estudiados no presentan en un periodo corto de tiempo una condicionante que ponga en riesgo su vida.

El tercer factor fue el clínico, este se determinó con la evaluación global subjetiva que tiene como fin la valoración clínica para determinar si hay riesgo de presentar o no desnutrición, su base es la observación en función de los siguientes elementos, pérdida de peso reciente, cambios en la dieta, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional y por último el examen físico, de los pacientes a los que se les aplicó la evaluación global subjetiva ninguno presentó pérdida de peso y se les clasificó en la categoría A sin pérdida de peso corporal.

El cuarto factor fue el dietético, este consistió en la aplicación del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, el 41.2% de los entrevistados obtuvo una dieta normocalórica comparándola con su gasto energético en reposo, mientras que el 58.2% obtuvo una dieta hipercalórica en comparación con el mismo parámetro. De acuerdo al cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos se pudo observar que de la

población estudiada el 62% consumían alimentos de mayor densidad energética de lo que requerían diariamente, el 72% de los pacientes consumían una cantidad de hidratos de carbono simples (harinas refinadas, cereales bajos en fibra, etc) por encima de su requerimiento energético, del mismo modo se pudo identificar que el consumo de fibra de la población en estudio estaba por debajo de la recomendaciones diarias de dicho nutrimento.

En cuanto al género de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas en relación con su estado nutricional se observó que el 20.6% corresponde al género masculino, el 79.4% pertenece al género femenino, cabe resaltar que el 100% de la unidad de observación obtuvo un estado nutricional no adecuado.

En el caso del estado nutricional y la edad se obtuvieron los siguientes datos, el grupo de edad que tuvo una mayor prevalencia fue el de 50 a 59 años con 44.1%, seguido del grupo de 60 años y más con 23.6%, los grupos de edad de 30 a 39 y de 40 a 49 obtuvieron un porcentaje de 14.7%, por último los menores de 30 años obtuvieron el menor puntaje con 2.9%, con estos resultados cabe destacar que a mayor edad, hay mayor prevalencia de desarrollar enfermedades crónico degenerativas.

En el caso del estado nutricional y la ocupación predominaron las labores del hogar con un 76.5%, seguido de otras labores con un 23.5%, las cuales consistían en labores como taxista, herrero, estilista, tatuador y secretaria.

Posterior a la evaluación del estado de nutrición se aplicó el cuestionario González Arratia para evaluar el nivel de resiliencia, los resultados obtenidos fueron los siguientes; el 85.3% obtuvo un nivel de resiliencia positiva, mientras que el 14.7% obtuvo un nivel de resiliencia negativa, asimismo, el 2.9% de los pacientes con nivel de resiliencia negativa fueron del género masculino mientras que el 11.8% perteneció al género femenino, en cuanto a los pacientes con nivel de resiliencia positiva, fue del 67.6% y 17.6% respectivamente.

Los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que obtuvieron un nivel de resiliencia positivo mayor son los que padecían diabetes Mellitus con un 47.1%, seguidos de los pacientes que presentaron hipertensión arterial con un porcentaje del 35.3%, de la misma manera en cuanto a la resiliencia negativa se identificó que los pacientes con Diabetes Mellitus fueron los que presentaron un mayor porcentaje (8.9%), comparado los demás padecimientos.

En relación al nivel de resiliencia y la edad se encontró que el 85.3% de los pacientes obtuvieron un nivel de resiliencia positiva y el 14.7% obtuvo un nivel de resiliencia negativa, cabe mencionar que el grupo de edad con mayor porcentaje para nivel de resiliencia positiva fue de 50 a 59 años con un porcentaje de 41.1%, lo cual concuerda con lo encontrado por González Arratia y Valdez (2013) donde se mencionó que en la edad adulta y en los adultos mayores la resiliencia puede pensarse como un proceso de desarrollo encaminados a que la persona logre resultados positivos a pesar de la presencia de condiciones desfavorables y de riesgos(29).

Se analizó el nivel de resiliencia y el estado nutricional, encontrándose un nivel de resiliencia positivo en el 85.3% de los pacientes con un estado de nutrición no adecuado, y un nivel de resiliencia negativa del 14.7% en el mismo grupo de estudio.

Respecto a la segunda unidad de observación se evaluó la empatía médica mediante la escala de empatía de Jefferson para profesional de la salud en su versión para población mexicana, los resultados obtenidos fueron contundentes, el 100% de los de los participantes obtuvieron el resultado de médico empático.

Se sabe que las mujeres son más empáticas que los hombres, esto se atribuye a una mayor habilidad para la toma de perspectiva y atención compasiva, situación que puede explicarse por factores sociales y biológicos. Entre los sociales, los estereotipos le atribuyen a la mujer mayor sensibilidad emocional, preocupación por aspectos sociales, tendencia al cuidado de niños y ancianos y mayor capacidad para percibir sentimientos y lenguaje no verbal. Entre los biológicos, las mujeres emplean en mayor grado áreas cerebrales con neuronas espejo en las interacciones empáticas cara a cara, facilitando

el contagio emocional. Incluso en los diferentes géneros, podrían existir sustratos neuronales ligados al hemisferio derecho, lo que explica por qué algunas personas son más empáticas que otras (30). Lo anterior concuerda con lo encontrado en este trabajo de investigación donde se aplicó la escala a 5 hombres y a 5 mujeres, obteniendo el género femenino una mayor puntuación respecto a los hombres, concordando con la investigación de Parra y Cámara (2017).

A lo largo del tiempo y con los avances de la ciencia se ha logrado encontrar tratamiento para muchas enfermedades, lo cual ha mejorado su pronóstico dando prioridad a las alteraciones orgánicas y a su resolución, lo que ha llevado a un segundo plano la relación médico-paciente. Esto lleva a la deshumanización de la salud debido a múltiples factores tales como la cosificación del paciente (olvidando sus rasgos personales, sus sentimientos y valores), la ausencia de calor en la relación humana, la falta de reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo y de la igualdad entre todas las personas, la debilidad en el tratamiento integral y global que abarque todas las dimensiones del ser humano, la falta de participación del paciente en la toma de decisiones relacionada con la inadecuada relación de poder, la desconfianza en el conocimiento médico y las falsas expectativas basadas en experiencias pasadas(31).

Habra que reforzar acciones de capacitación con el personal de salud, de manera que se fomente la comunicación entre el médico y el paciente, esto para lograr resultados que beneficien el estado nutricional de todos nuestros pacientes.

X. CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro N° 1

Estado Nutricional, resiliencia y empatía médica, de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Empatía médica</div> <div style="text-align: right;">Nivel Resiliencia</div> </div>	Médicos empáticos				Médicos nos empáticos				Total	
	P		N		P		N			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estado nutricional										
Adecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No adecuado	39	88.6	5	11.4	0	0	0	0	44	100
Total	39	88.6	5	11.4	0	0	0	0	44	100

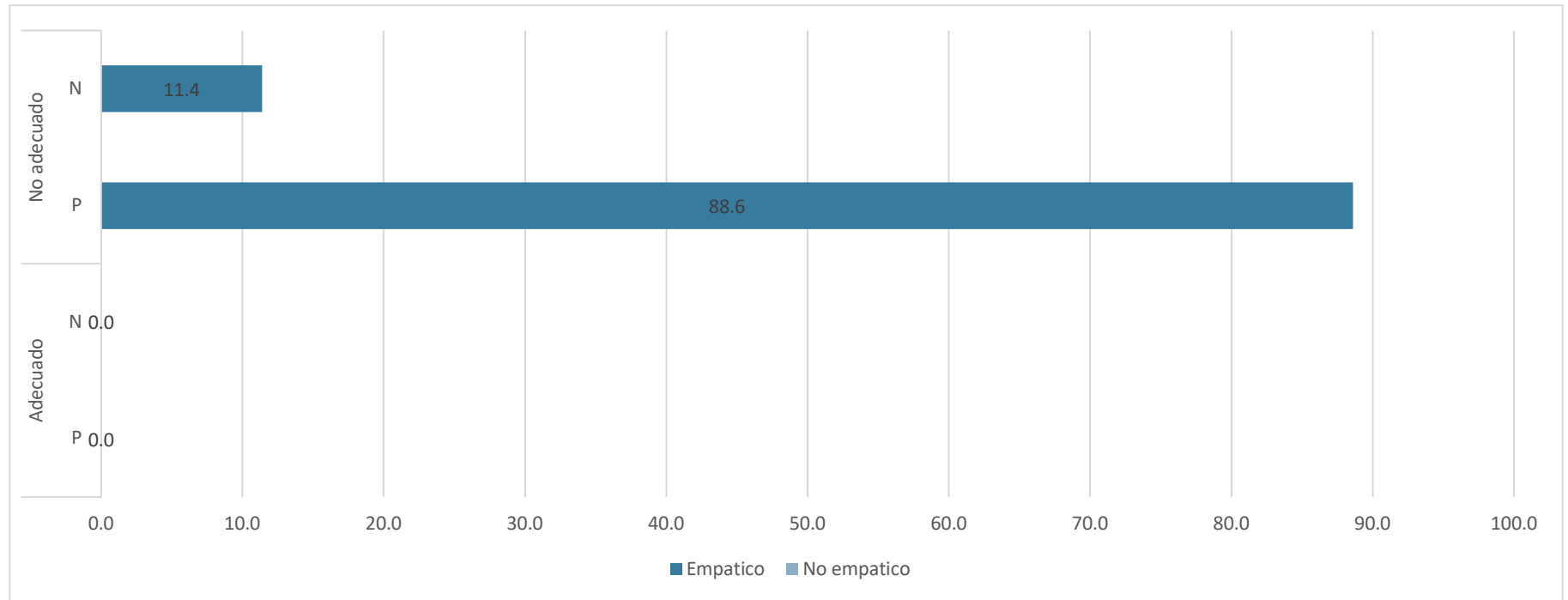
Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: P= positivo, N= negativo F= frecuencia, %= porcentaje

Prueba estadística

Gráfico 1

Estado Nutricional, resiliencia y empatía médica, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 1

Notas aclaratorias: P= positivo, N= negativo

Fuente: Concentrado de datos

$\chi^2 = 0$

P= 0.05

Cuadro N° 2

Estado nutricional y género, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

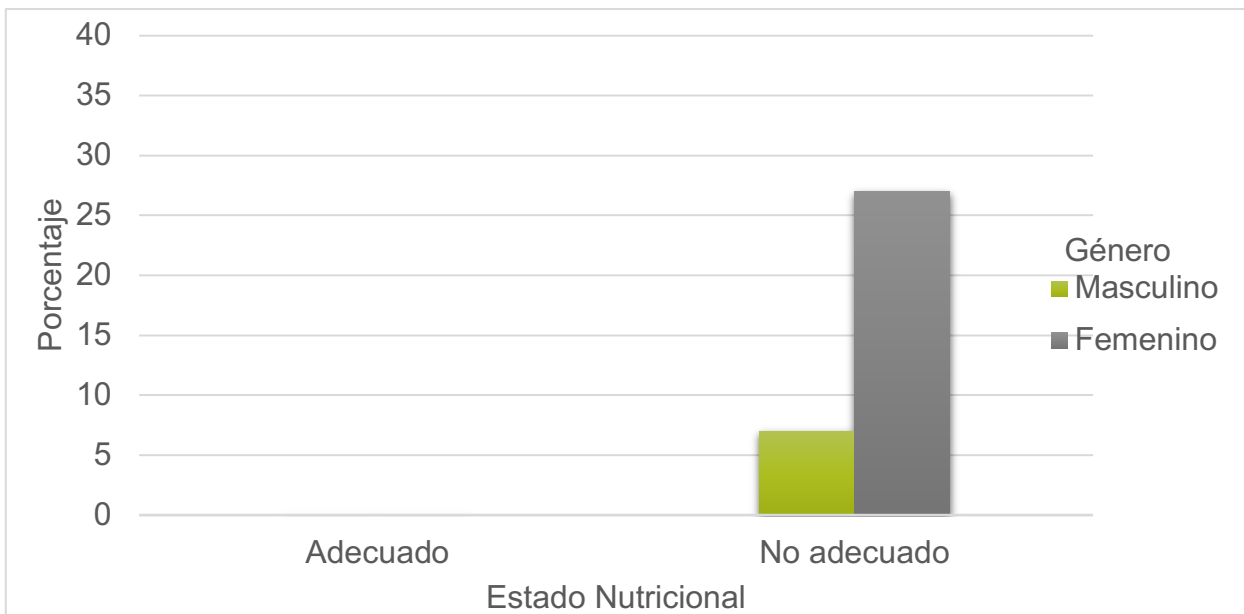
Estado Nutricional \ Género	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Adecuado	0	0	0	0	0	0
No adecuado	7	20.6	27	79.4	34	100
Total	7	20.6	27	79.4	34	100

Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 2

Estado nutricional y género, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 2

Cuadro N° 3

Estado nutricional y edad, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

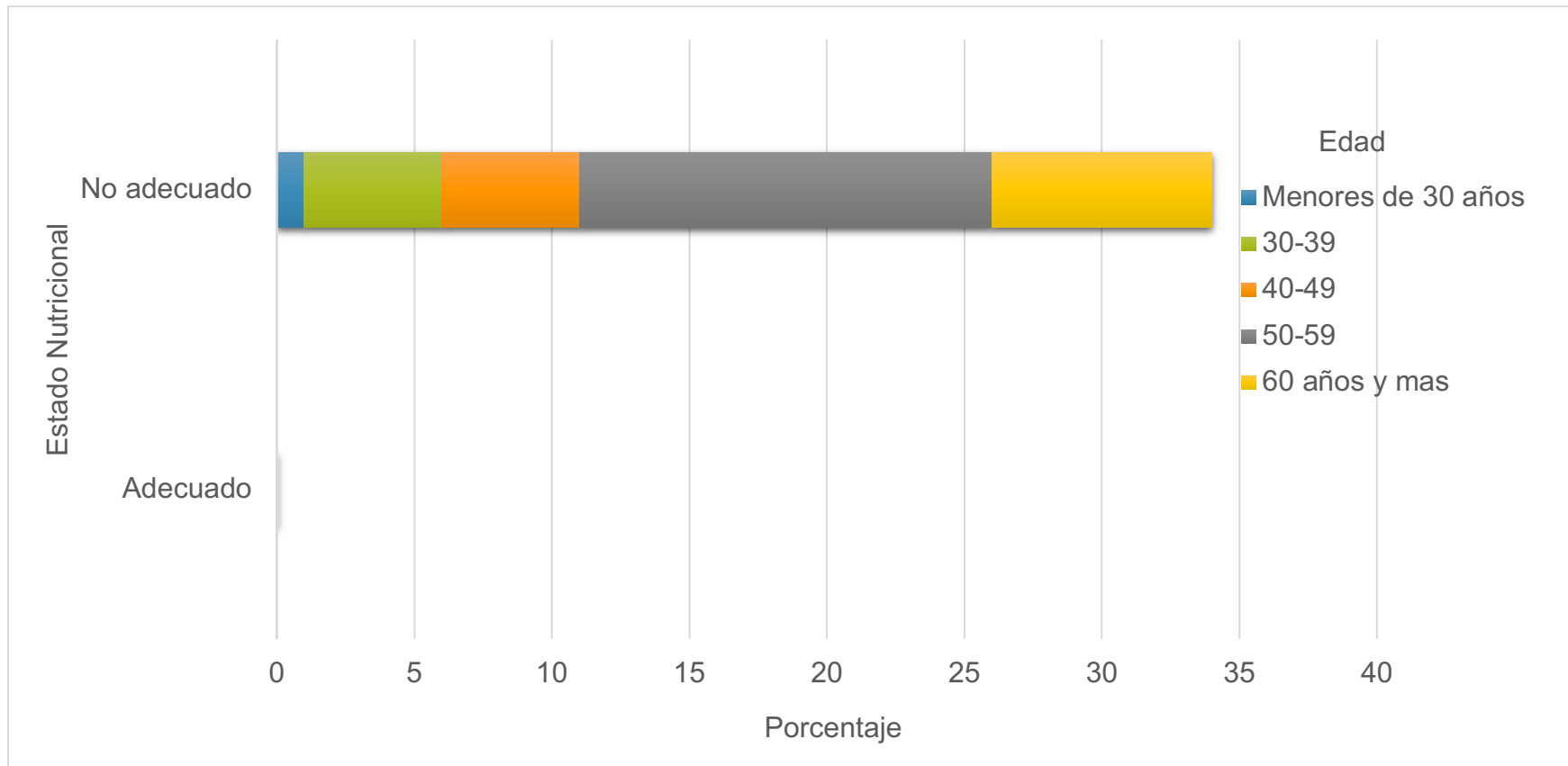
Estado Nutricional \ Edad	Menores de 30 años.		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 años y más		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Adecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No adecuado	1	2.9	5	14.7	5	14.7	15	44.1	8	23.6	34	100
Total	1	2.9	5	17.7	5	14.7	15	44.1	8	23.6	34	100

Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 3

Estado nutricional y edad, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 3

Cuadro N° 4

Estado nutricional y ocupación, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

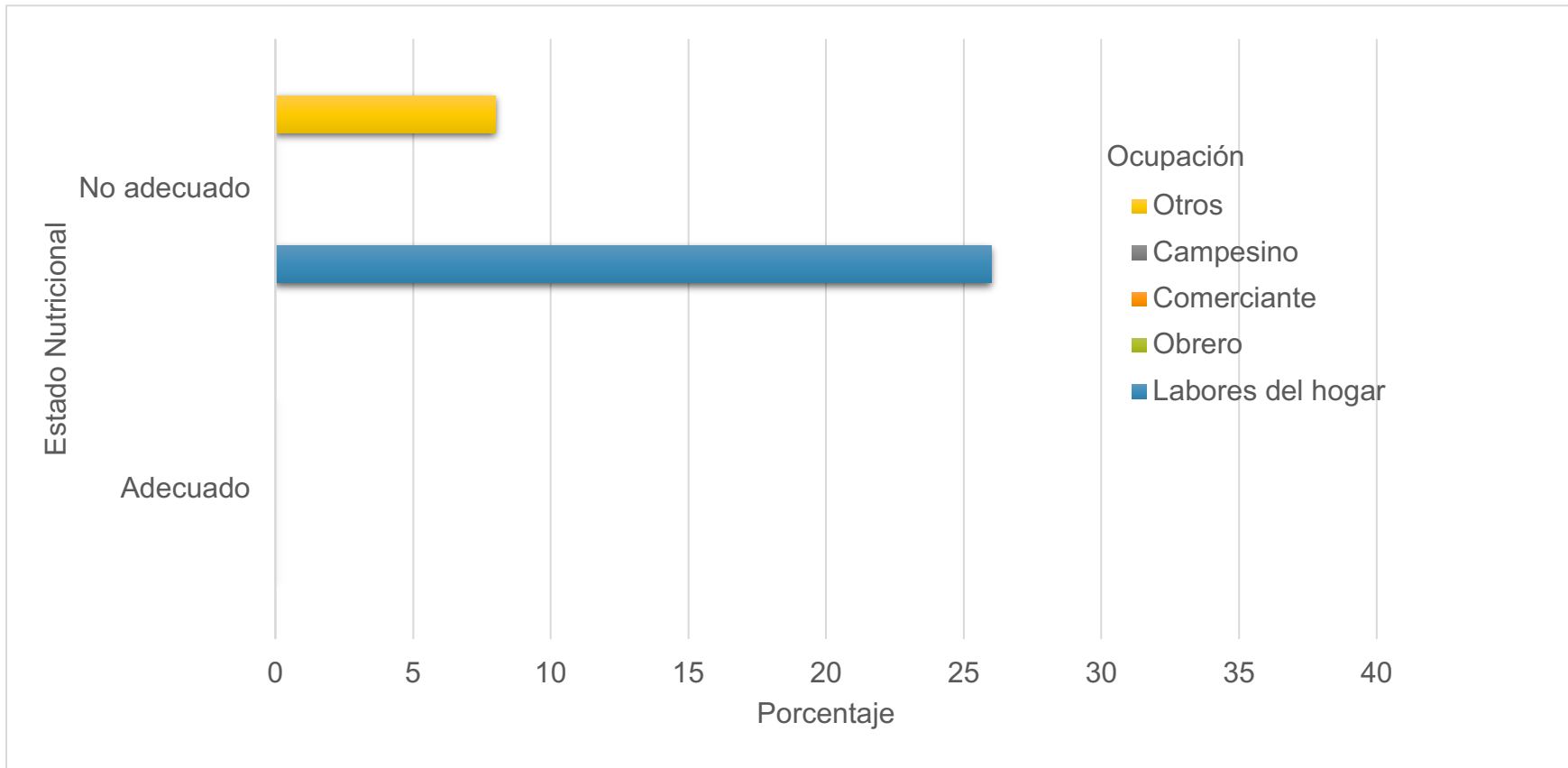
Ocupación \ Estado nutricional	Labores del hogar		Obrero		Comerciante		Campesino		Otros		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Adecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No adecuado	26	76.5	0	0	0	0	0	0	8	23.5	34	100
Total	26	76.5	0	0	0	0	0	0	8	23.5	34	100

Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 4

Estado nutricional y ocupación, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 4

Cuadro N° 5

Nivel de resiliencia y edad, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

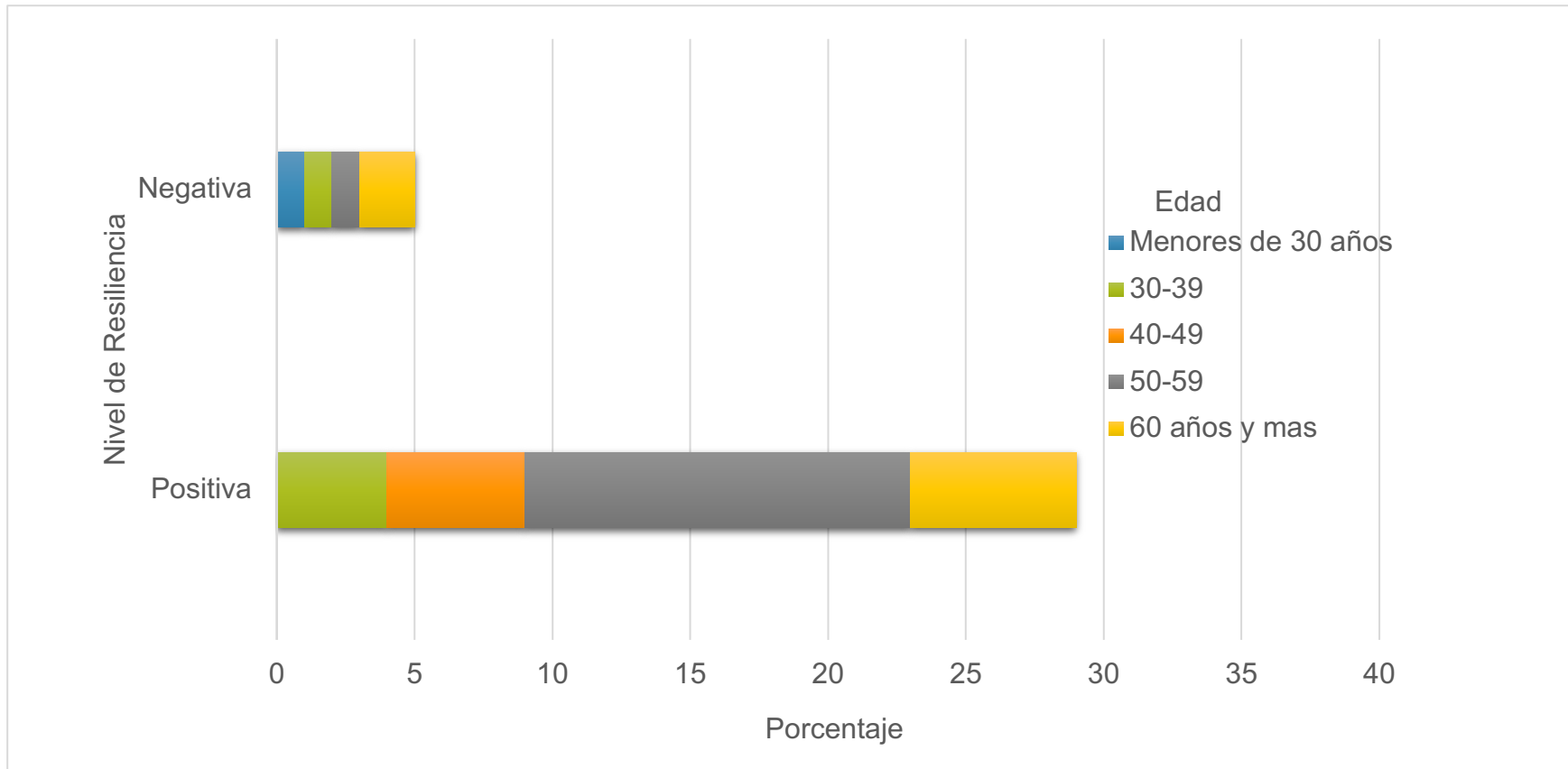
Nivel de Resiliencia \ Edad	Menores de 30 años.		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años.		60 años y más		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Positiva	0	0	4	11.8	5	14.7	14	41.1	6	17.6	29	85.3
Negativa	1	2.9	1	2.9	0	0	1	2.9	2	2.0	5	14.7
Total	1	2.9	5	14.7	5	14.7	15	44	8	19.6	34	100

Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 5

Nivel de resiliencia y edad, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 5

Cuadro N° 6

Nivel de resiliencia y género, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

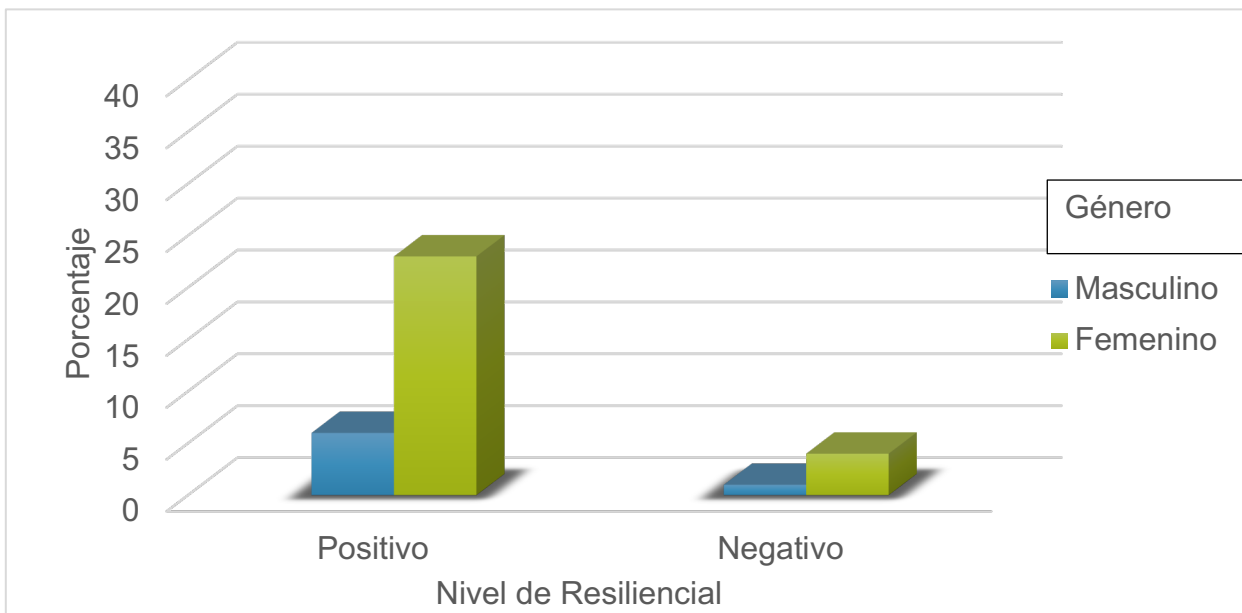
Nivel de Resiliencia \ Género	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Positiva	6	17.6	23	67.6	29	85.3
Negativa	1	2.9	4	11.8	5	14.7
Total	7	20.5	27	79.4	34	100

Fuente de datos: concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 6

Nivel de resiliencia y género, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 6

Cuadro N° 7

Nivel de resiliencia y ocupación, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

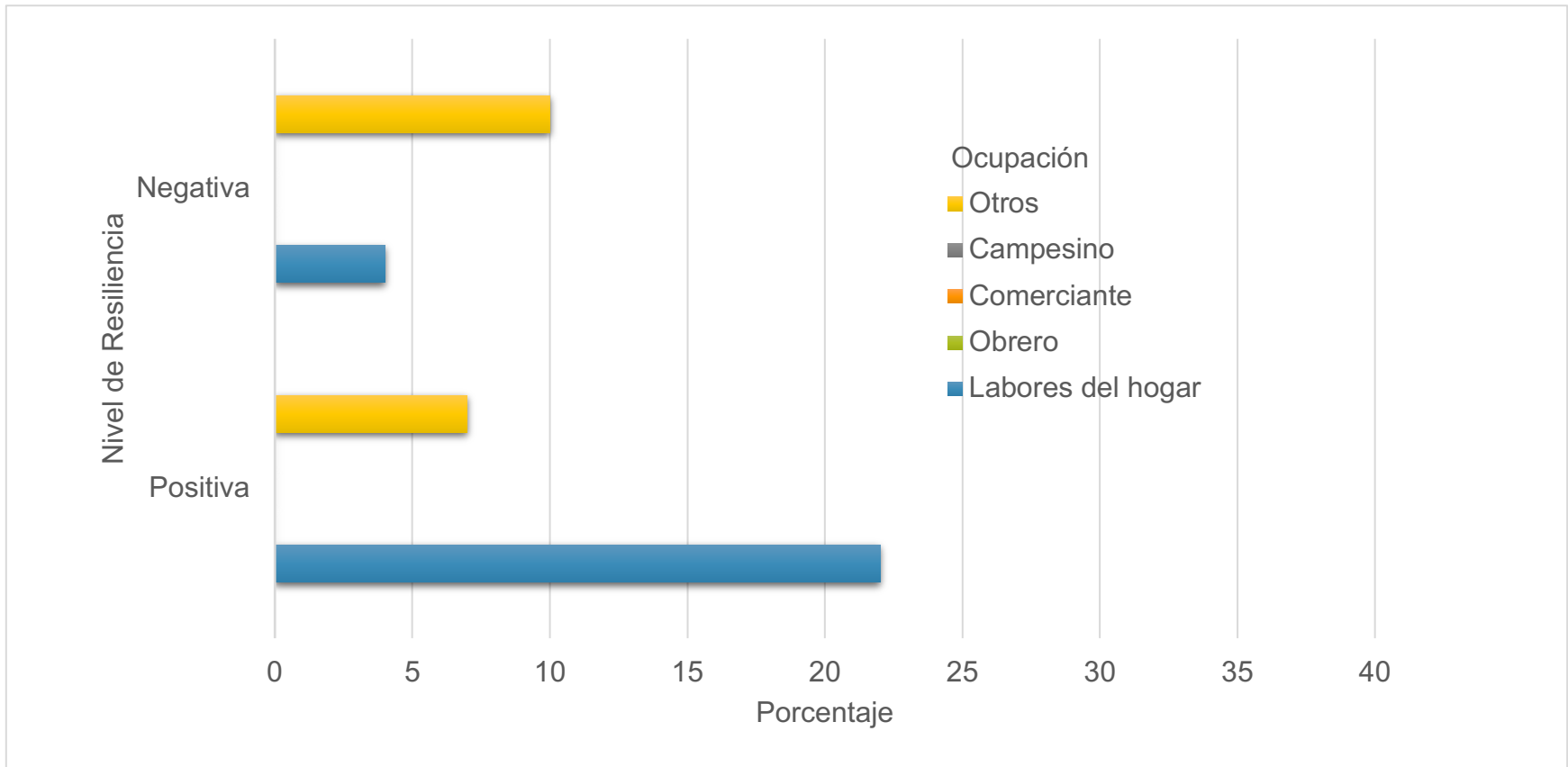
Ocupación Nivel de Resiliencia	Labores del hogar		Obrero		Comerciante		Campesino		Otros		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Positiva	22	64.7	0	0	0	0	0	0	7	20.6	29	85.3
Negativa	4	11.76	0	0	0	0	0	0	1	2.9	5	14.7
Total	26	76.5	0	0	0	0	0	0	8	23.5	34	100

Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 7

Nivel de resiliencia y ocupación, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro

Cuadro N° 8

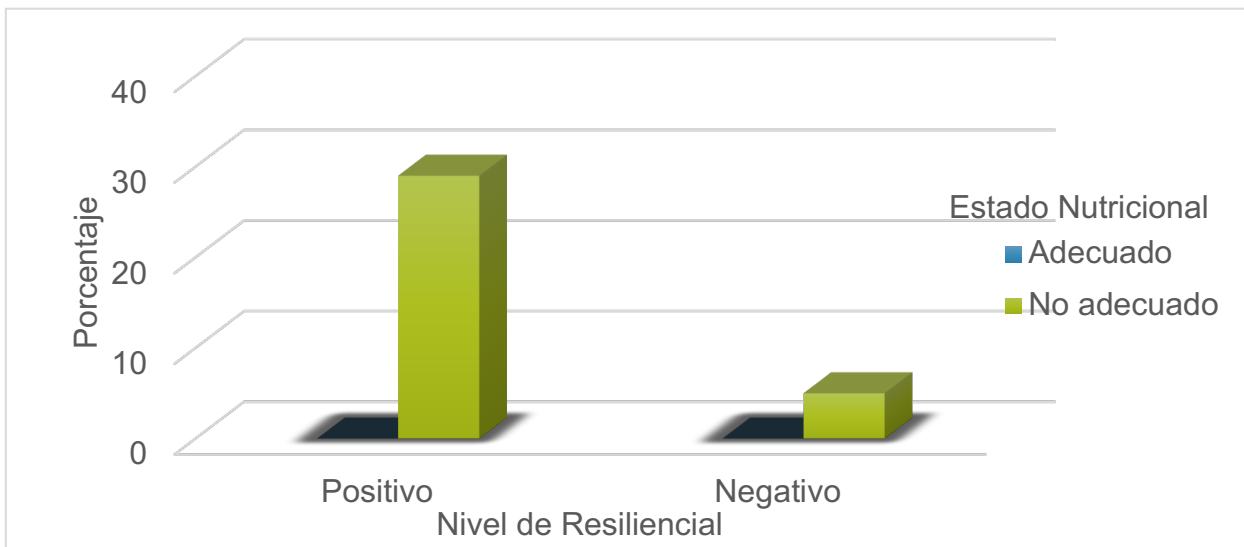
Nivel de resiliencia y estado nutricional, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas del centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

Estado de Nutrición \ Nivel de Resiliencia	Adecuado		No adecuado		Total	
	F	%	F	%	F	%
Positiva	0	0	29	85.3	29	85.3
Negativa	0	0	5	14.7	5	14.7
Total	0	0	34	100	34	100

Fuente de datos : concentrado de datos
 Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 8

Nivel de resiliencia y estado nutricional, de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas del centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 8

Cuadro N° 9

Nivel de resiliencia y enfermedades crónicas degenerativas, de pacientes, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

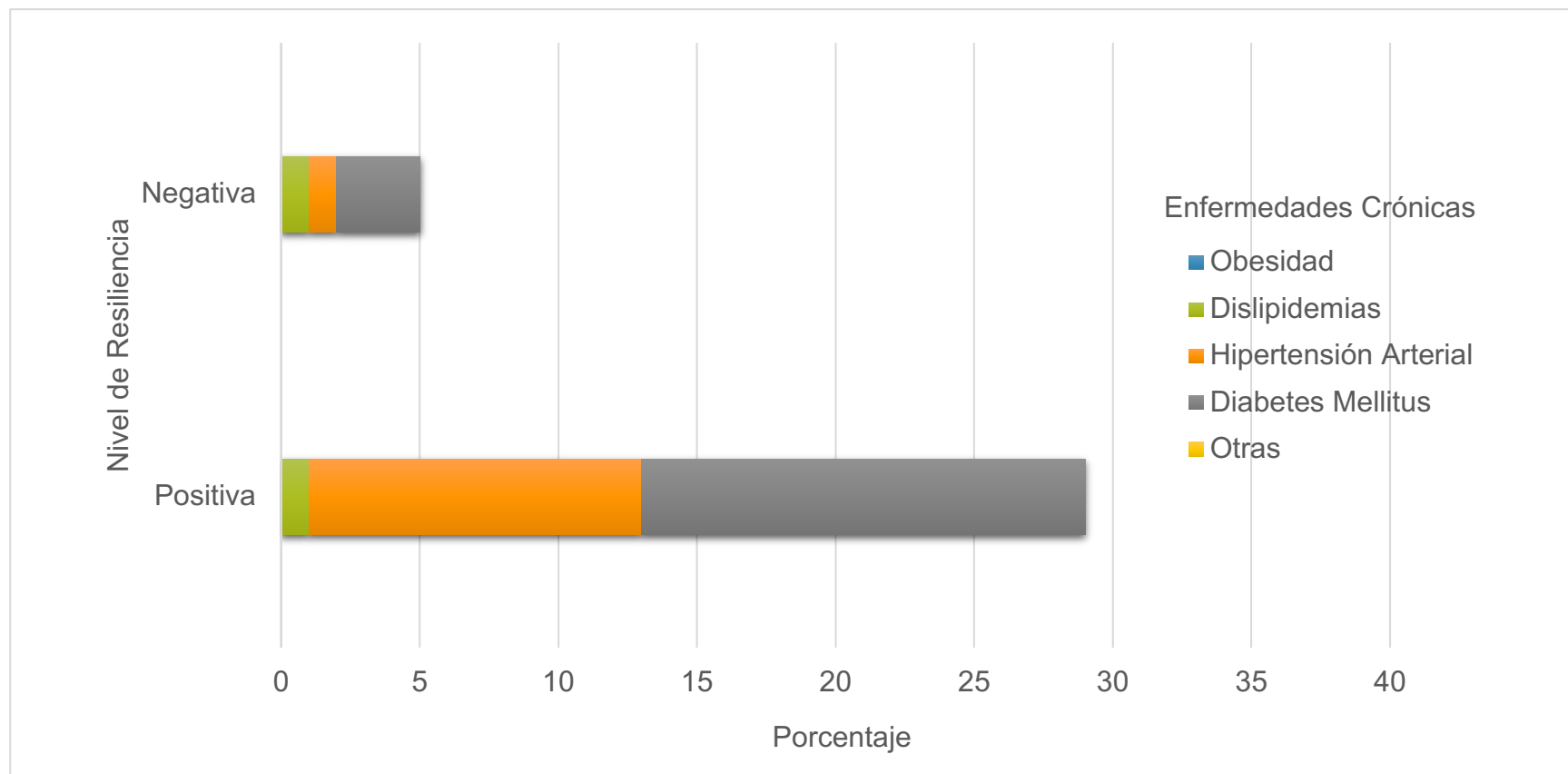
Enfermedades crónico degenerativas Nivel de Resiliencia	Obesidad		Dislipidemias		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Otras		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Positiva	0	0	1	2.9	12	35.3	16	47.1	0	0	29	85.3
Negativa	0	0	1	2.9	1	2.9	3	8.9	0	0	5	14.7
Total	0	0	2	5.8	13	38.2	19	56	0	0	100	100

Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 9

Nivel de resiliencia y enfermedades crónicas degenerativas, de pacientes, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 9

Cuadro N° 10

Estado nutricional y enfermedades crónicas degenerativas, de pacientes, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

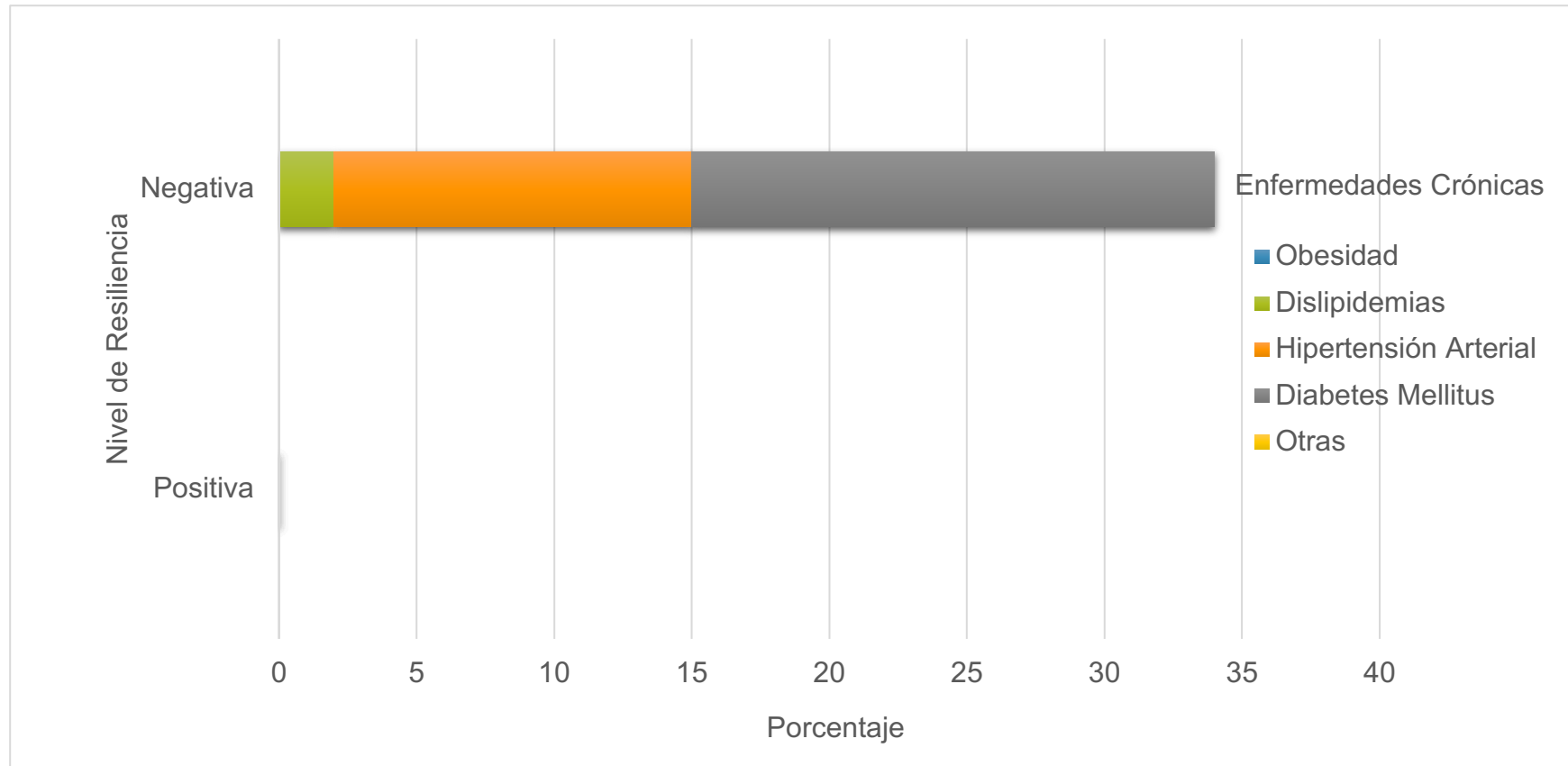
Enfermedades crónicas degenerativas	Obesidad		Dislipidemias		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Otras		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estado nutricional												
Adecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No adecuado	0	0	2	5.8	13	38.2	19	55.9	0	0	34	100
Total	0	0	2	5.9	13	38.2	19	58.9	0	0	34	100

Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 10

Estado nutricional y enfermedades crónicas degenerativas, de pacientes, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 9

Cuadro N° 11

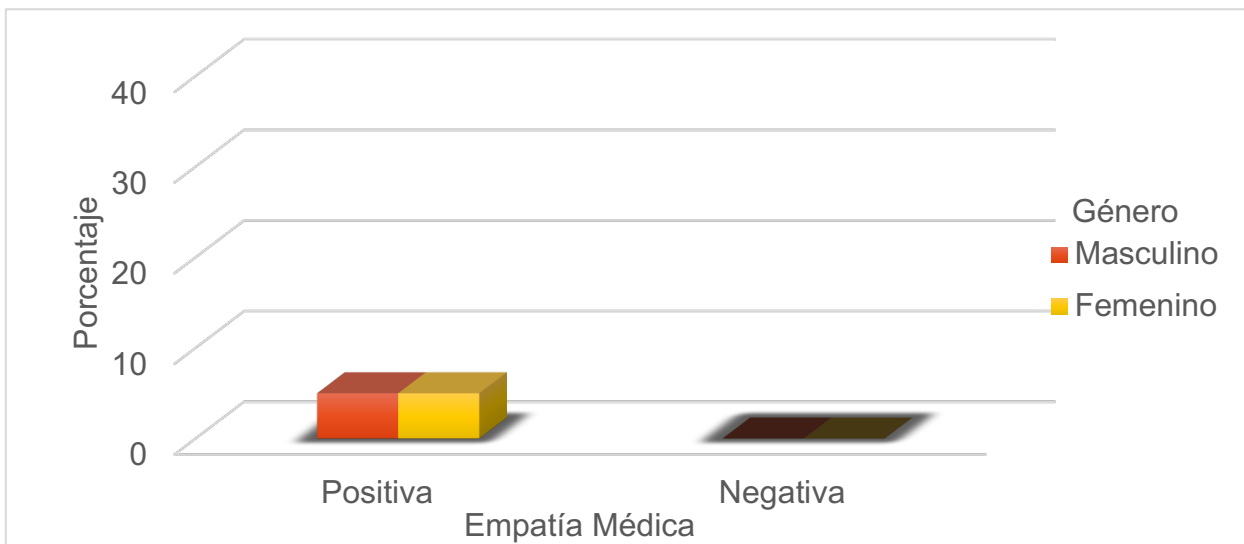
Empatía médica y género de los médicos, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

Género	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Empatía Médica						
Médicos empáticos	5	50	5	50	10	100
Médicos no empáticos	0	0	0	0	0	0
Total	5	50	5	50	10	100

Fuente de datos : concentrado de datos
 Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcentaje

Gráfico N° 11

Empatía médica y género de los médicos, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 11

Cuadro N° 12

Empatía médica y edad de los médicos, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019

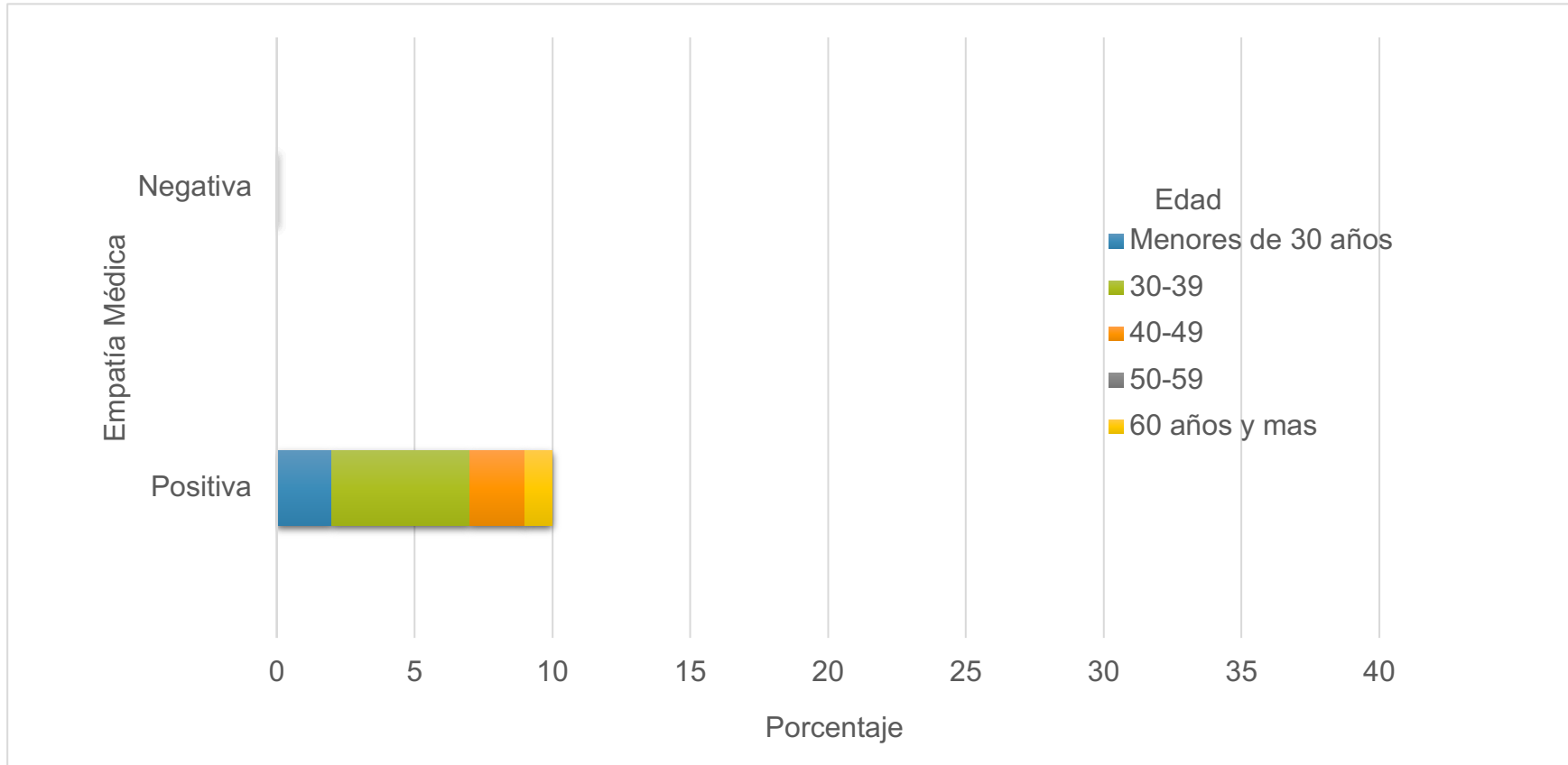
Empatía Medica	Edad		Menores de 30 años.		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 años y más		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Médicos empáticos	2	20	5	50	2	20	0	0	1	10	10	100		
Médicos no empáticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	20	5	50	2	20	0	0	1	10	10	100		

Fuente de datos : concentrado de datos

Notas aclaratorias: F= frecuencia, %= porcenta

Gráfico N° 12

Empatía médica y edad de los médicos, centro especializado en atención primaria a la salud Santa María Rayón, 2019



Fuente: Cuadro 12

XI. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en el análisis estadístico se concluye que:

El estado de nutrición y la resiliencia no se asocia con la empatía médica en los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas del Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud Santa María Rayón Bicentenario.

Se encontró que el índice de masa corporal no es una herramienta útil para identificar el porcentaje de grasa corporal.

A pesar de contar con personal capacitado para la toma de mediciones antropométricas y su interpretación, no ha sido posible realizar una evaluación del estado nutricional, ya que se cuenta con toda la información necesaria para realizarlo pero no se ha visto reflejado en el estado nutricional actual de los pacientes, y el integrar una herramienta tan valiosa como la antropometría, nos ayudaría a brindar un diagnóstico más específico a los pacientes y con ello evitar un daño perjudicial en etapas posteriores de su vida.

La empatía debe ser algo fundamental para el quehacer médico y es una pieza fundamental para la relación médico paciente.

XII. RECOMENDACIONES

Capacitación el personal médico y de nutrición para la toma correcta de los pliegues antropométricos con el objetivo de tener un diagnostico nutricional mas acertado.

Realizar la toma de pliegues antropométricos de manera mensual, para llevar un control adecuado de todos los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Realizar platicas de concientización a los pacientes con enfermedades crónico degenerativas acerca de las consecuencias a las que los puede llevar si padecen un estado de nutrición no adecuado y brindarles la consejería y apoyo psicológico en caso de ser necesario.

Toma de muestra de la proteína albumina cada 21 días, para todos los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Capacitar al personal médico acerca de la importancia de llevar una buena relación medico paciente ya que esta repercute directamente en el estado de salud de los pacientes.

Abordaje multidisciplinario para todos los pacientes que padezcan enfermedades crónico degenerativas, para brindarles una atención de calidad en beneficio de ellos y su familia.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- González RA. Estudio comparativo de diferentes índices antropométricos y sistemas de clasificación del estado nutricional. Monografía L-47 INN-SZ.1982
2. Suverza AF, Haua KN, El ABCD de la Evaluación del Estado de Nutrición, México 1ra edición, McGrawHill:2010.
- 3.- Suverza AF, Haua KN editoras. Manual de antropometría para la evaluación del estado nutricional del adulto, McGrawHill:2012.
- 4.- Melillo A. Sobre resiliencia: El pensamiento de Boris Cyrulnik. Perspectivas Sistemáticas. [Internet]. 2005. hallado en: <http://www.redsistemica.com.ar/melillo.htm>. [acceso el 22 de agosto 2010].
- 5.- Manciaux M, Vanistendael S. La resiliencia en lo cotidiano. La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa; 2003. p. 17-21-23-103-105.
- 6.- Lever GM. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (resim). interdisciplinaria [internet]. 2010;27(1):7-22. recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>
- 7.- Cortés RJE. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2010;XVI(3):27-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441853004>
- 8.- Gaxiola RJC., Frías ARM., Hurtado AMF, Salcido NLC, Figueroa FM. Validación del inventario de resiliencia (ires) en una muestra del noroeste de México. Enseñanza e Investigación en Psicología.
- 9.- González AL. Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de Crisis. [Internet]. Vol. 1. 2011. Available from: https://www.bertelsmanstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/MT_Globalization_Report_2018.pdfhttp://eprints.lse.ac.uk/43447/1/India_globalisation%2C_society_and_inequalities%28Isero%29.pdf<https://www.quora.com>.
- 10.- Acosta GA, González GF, Taista HS. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. Salud Mental. 2005; 28 (5): 57-63.
- 11.- Rivero SO. La relación médico-paciente en la actualidad. En: Rivero Serrano O. Tanimoto M. El ejercicio actual de la Medicina; 1a ed; México DF. Siglo veintiuno editores,

S.A. de C.V, 2000: 32-38.

12.-Students: Report of a Study Conducted in one Medical School in São Paulo, Brazil. A erosão da empatia em estudantes de Medicina: relato de um estudo realizado numa Universidade em São Paulo, Brasil. *Aten Fam.* 2014; 21 (1): 16-19.

13. Gutiérrez SC. Relación médico-paciente. En: Cote Estrada L. Olvera Pérez D. *Cirugía en el paciente geriátrico*; 1a ed; México DF. Editorial Alfi I. 2007: 707-713.

14.-Del M, Guevara P, Galán S, De Psicología Universidad Autónoma De San Luis Potosí El papel Del estrés y el aprendizaje De las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y Diabetes. 2010; Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975006.pdf>

15.-Rosas PM, Palomo PS, Borrayo Sánchez G, Madrid Miller A, Almeida Gutiérrez E, Galván Oseguera H, et al. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;LIV(1):S6–51.

16.-Aguilar RJ. La hipertensión arterial sistémica. *Conceptos actuales.* 2009;(1):6–11.

17.-García EG, Romero MD la L, Kaufer-Horwitz M, Luna MTT, León RC, Velásquez VV, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Segunda parte. *Salud Ment.* 2009;32(1):79–87.

18.-Meaney E, Vela A, Ramos A, Alemao E, Yin D. Cumplimiento de las metas con reductores del colesterol en pacientes mexicanos. El estudio COMETA México. *Gac Med Mex.* 2004;140(5):493–501.

19.-Heller-Rouassant S. Dislipidemics in children and adolescents: diagnostic and prevention. *Bol Med Hosp Infant Mex [Internet].* 1967;63(3):158–61. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462006000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

20.-Lorgio J, Castillo C, Julio T, Espinoza O. ARTÍCULO ORIGINAL Dislipidemia como factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular: estudio de casos y controles Dyslipidemia as risk factor for cerebrovascular disease: case-control study. 2016;13–9. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371649170003.pdf>

21.-Terrés, Speziale A. Detección, diagnóstico y control de la diabetes mellitus sobre la base de una tabla de nueve campos: GBA, HBa1c, GPT Resumen. *Rev Latinoamer Patol Clin [Internet].* 2012;59(2):69–79. Available from: www.medigraphic.org.mxhttp://www.medigraphic.com/patologiaclinica

- 22.-Laine J. Breve crónica de la deficiencia del síndrome metabólico. *Med Int Méx* [Internet]. 2016;30:1–382. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim143k.pdf>
- 23.-Baltazar RG, Cortés SL, Rodríguez GA, Estrada MC, Santacruz GH, González LH. Enfermedades crónico-degenerativas en profesionales de salud en Guadalajara (México). *Salud Uninorte*. 2014;30(3):302–10.
- 24.-Jiménez A, Aguilar CA, Hernández-Ávila M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Publica Mex*. 2013;55(SUPPL.2):137–43.
- 25.-Arroyo P. La alimentación en la evolución del hombre: su relación con el riesgo de enfermedades crónico degenerativas. (Spanish). *Diet man Evol Relat with risk chronic Degener Dis* [Internet]. 2008;65(6):431–40. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=36878409&lang=e>
- 26.-Córdova-villalobos JÁ, Esp M, Barriguete-meléndez JA, Lara-esqueda A, Barquera S, Rosas-peralta M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México. 2008;50(5):419–27.
- 27.-Barba Evia JR. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Rev Latinoam Patol Clínica y Med Lab* [Internet]. 2018;65(1):4–17. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79689>
- 28.- González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne, Valdez Medina, José Luis, Resiliencia. Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records* [Internet]. 2015;5(2):1996-2011. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358942803005>
- 29.- Donoso-Sabando, Claudia Andrea, La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética* [Internet]. 2014;18(2):184-193. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83232594008>
- 30.- Parra Ramírez, Giovanni de Jesús, Cámara Vallejos, Rubén Marcelo, Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2017;6(24):221-227. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349753310002>

31.- Vila-Morales, Juan Carlos, La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia [Internet]. 2017;30(2):216-229. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180550477011>

XIV.ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS

COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

XI.1 Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos

Nombre: _____

Genero: M____F____

Fecha: _____

Instrucciones

¿Con que frecuencia consumes los siguientes alimentos? Por favor indica con una cruz, en la columna de frecuencias, la opción que consideres más cercana a tu realidad.

	Alimentos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Nunca	Veces al mes	Veces al mes	Veces a la semana			Veces al día			
			Menos de una vez	1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6
Productos lácteos											
1.	1 vaso de leche entera										
2.	1 rebanada queso manchego o chihuahua										
3.	1 cucharada de queso crema										
4.	1 taza de yogurt										
5.	1 bola de helado de leche										
Frutas											
6.	1 plátano										
7.	1 naranja										
8.	1 manzana o pera										
9.	1 rebanada de sandía										
10.	1 rebanada de papaya										
Huevo, carne, embutidos											
11.	1 huevo										
12.	1 pieza de pollo										
13.	1 rebanada de jamón										
14.	1 salchicha										
15.	1 plato de carne de res										
16.	1 plato de carne de cerdo										
17.	1 plato de pescado										

18.	Trozo de chicharrón																			
19.	1 trozo de chorizo o longaniza																			
20.	½ taza de mariscos																			
Verduras																				
21.	1 jitomate crudo o ensalada																			
22.	½ taza de zanahoria																			
23.	1 hoja de lechuga																			
24.	½ taza de calabacitas o chayotes																			
25.	½ taza de nopales																			
26.	½ aguacate																			
27.	1 elote																			
Leguminosas																				
28.	1 plato de frijoles																			
Cereales																				
29.	1 tortilla de maíz																			
30.	1 tortilla de harina																			
31.	1 rebanada de pan de caja																			
32.	1 pieza de pan de dulce																			
33.	1 plato de arroz o pasta																			
34.	1 papa o camote																			
35.	1 tazón de cereal de caja																			
Golosinas																				
36.	1 cucharadita de azúcar																			
37.	1 cucharadita de miel, ate, mermelada o cajeta																			
38.	1 bolsa de frituras																			
Bebidas																				
39.	1 refresco de sabor																			
40.	1 refresco de dieta																			
41.	1 taza de café sin azúcar																			
42.	1 taza de atoles																			
43.	1 vaso de agua natural																			
44.	1 cerveza, ron, brandy o tequila																			
Grasas																				
45.	1 cucharadita aceite vegetal																			
46.	1 cucharadita de mantequilla																			
47.	1 cucharadita de crema																			
48.	1 cucharadita de mayonesa																			
Antojitos																				
49.	1 taco o quesadilla																			
50.	1 plato de pozole																			
51.	1 tamal																			

ANEXO II

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS

COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

XI.2 Escala de resiliencia González Arratia.

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor, coloca una (x) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

<i>Pregunta</i>	<i>Siempre</i>	<i>La mayoría de las veces</i>	<i>Indeciso</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Nunca</i>
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.					
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.					
3. Soy agradable con mis familiares.					
4. Soy capaz de hacer lo que quiero.					
5. Confío en mí mismo.					
6. Soy inteligente.					
7. Yo soy acomedido y cooperador.					
8. Soy amable.					
9. Soy compartido.					
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente.					
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.					

12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.					
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar.					
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.					
15. Tengo deseos de triunfar.					
16. Tengo metas a futuro.					
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.					
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas.					
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.					
20. Soy firme en mis decisiones.					
21. Me siento preparado para resolver mis problemas.					
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás.					
23. Enfrento mis problemas con serenidad.					
24. Yo puedo controlar mi vida.					
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.					

26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.					
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.					
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos.					
29. Puedo cambiar cuando me equivoco.					
30. Puedo aprender de mis errores.					
31. Tengo esperanza en el futuro.					
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar.					

ANEXO III

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD E MEDICINA

COORDINACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS

COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

XI.3 Escala Médica de Empatía de Jefferson, en su versión al español

ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA DE LOS MÉDICOS (HP) (graduados)

1. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Instrucciones: Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número en la escala indica un mayor acuerdo):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Totalmente en desacuerdo *Totalmente de acuerdo*

1. _____ Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.
2. _____ Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.
3. _____ Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.
4. _____ Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.
5. _____ Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.
6. _____ La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.
7. _____ Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.
8. _____ La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.
9. _____ Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.
10. _____ Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de ser valiosos que es terapéutica por sí misma.
11. _____ Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, en este contexto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo.
12. _____ Considero que preguntarles a mis pacientes sobre lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.
13. _____ Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.
14. _____ Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.
15. _____ La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.
16. _____ Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y la de su familia.
17. _____ Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.
18. _____ No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.
19. _____ No disfruto leer literatura no médica o de arte.
20. _____ Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.

© Thomas Jefferson University, 2001. All rights reserved

Spanish (Mexico) translation by Adelina Alcorta-Gonzalez, MD, National University of Nuevo Leon School of Medicine, Monterrey, Mexico

ANEXO IV
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
“ESTADO DE NUTRICIÓN Y RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA EMPATÍA
MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación sobre el estado de nutrición, resiliencia y empatía medica será de utilidad para proponer estrategias para determinar el estado nutricional y de enfermedades crónicas como sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus tipo 2.

El presente trabajo tiene como propósito analizar la asociación entre el estado nutricional, resiliencia con la empatía médica en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Se realizarán un par de cuestionarios los cuales y los datos obtenidos serán tratados con estricta confidencialidad y privacidad.

Si está de acuerdo y quiere ser participe en esta investigación de manera voluntaria, favor de firmar el documento, si no es así muchas gracias por su atención.

SI ACEPTO

NO ACEPTO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN

M.C. RODRIGO GONZÁLEZ MEZA