



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**



**“PREVALENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO
NUTRICIO DEL ADULTO MAYOR”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANAHI MARTINEZ MEDINA

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR METODOLOGICO:

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON

ASESOR DE CONTENIDO:

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. FEBRERO DE 2020.



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.



**“PREVALENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIO
DEL ADULTO MAYOR”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANAHI MARTINEZ MEDINA

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR METODOLOGICO:

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON

PROFESOR ASOCIADO A HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 2

ASESOR DE CONTENIDO:

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

AUTORIZACIONES

DR. LUIS ANTONIO VALLES FLORES

COORDINADOR DE PLANEACION Y

ENLACE INSTITUCIONAL CHIAPAS

DELEGACION ESTATAL, CHIAPAS

DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO E

INVESTIGACION EN SALUD

DELEGACION ESTATAL, CHIAPAS

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. FEBRERO DE 2020.



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.



**“PREVALENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIO DEL ADULTO
MAYOR”**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANAHI MARTINEZ MEDINA

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13

MATRICULA: 98073864

TELEFONO: 961 195 86 29

CORREO ELECTRONICO: ania31@hotmail.com

ASESOR METODOLOGICO:

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON

PROFESOR ASOCIADO A HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 2

MATRICULA: 99332495

TELEFONO: 961 65 81 984

MATRICULA: 99332495

CORREO ELECTRONICO: umqbalcazar@gmail.com

ASESOR DE CONTENIDO:

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.13 TUXTLA GUTIERREZ

MATRICULA: 99074474

TELEFONO: 961 658 2278

CORREO ELECTRONICO: yunisra@hotmail.com

DEDICATORIA

A Dios:

Por demostrarme en cada etapa de mi vida que siempre me acompaña, por iluminar mi camino, mis pensamientos y mi corazón en los días grises y mañanas soleadas, por rodearme de personas sabias en este proceso de formación.

A mis padres:

Por forjarme desde pequeña en un hogar con amor y valores, por el apoyo infinito que siempre me han brindado, por confiar en mí y en cada uno de mis proyectos y recordarme día a día que siempre estarán con los brazos abiertos llenos de amor para mí y mi hermana; son mi fuerza y mi pilar; este logro también es suyo. Los Amo.

A mi hermana:

Por ser mi guía y ejemplo tangible que el amor que uno le imprime a su trabajo se refleja en cada una de las personas con las que laboramos, por ser la persona más tenaz y profesional que haya conocido, gracias por empujar mis sueños desde siempre.

A mi esposo:

Por apoyarme incondicionalmente en este proceso de crecimiento profesional, que aunque no ha sido sencillo, agradezco que hayas decidido ser mi compañía, mi consuelo, mi rescate y mi mejor amigo en los días difíciles y alegres que durante esta etapa se presentaron y por compartir el amor a esta noble profesión.

AGRADECIMIENTO

A mis asesores:

Doctora Alcántara y Doctor Balcázar por su valioso apoyo y participación en la realización de esta tesis, por ayudarme a dilucidar mis dudas y resolverlas con paciencia y profesionalismo

INDICE

INDICE

RESUMEN	7
MARCO TEORICO	9
ADULTO MAYOR.....	9
EPIDEMIOLOGIA	10
EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIO DEL ADULTO MAYOR	10
SEGURIDAD ALIMENTARIA	12
LA ENCUESTA LATINOAMERICANA DEL CARIBE DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (ELCSA).....	13
SEGURIDAD ALIMENTARIA EN MEXICO.....	14
JUSTIFICACION	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
OBJETIVOS	21
OBJETIVO GENERAL.....	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
HIPOTESIS DE ESTUDIO	22
MATERIAL Y MÉTODOS	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
Criterios de Inclusión:.....	25
Criterios de Exclusión:.....	25
Criterios de Eliminación:	25
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	26
TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	27
PROCEDIMIENTO:	27
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	28
ASPECTOS ETICOS	30
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	31
Recursos Materiales:	31
Recursos Humanos:.....	31
Recursos Financieros:	31
RESULTADOS Y ANALISIS	32

ANÁLISIS UNIVARIADO	32
ANALISIS BIVARIADO	36
DISCUSION	39
CONCLUSION	41
RECOMENDACIONES	42
ANEXOS	43
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50

RESUMEN

Título: “PREVALENCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIO DEL ADULTO MAYOR”

Anahì Martínez Medina (1), Luis Ernesto Balcázar Rincón (2), Yunis Lourdes Ramírez Alcántara (3).

Anahì Martínez Medina (1), Luis Ernesto Balcázar Rincón (2), Yunis Lourdes Ramírez Alcántara (3).

ANTECEDENTES: La Seguridad alimentaria se encuentra presente cuando las personas tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias, a fin de llevar una vida activa y sana. Por el contrario, un acceso nulo o incierto a los alimentos se ha definido como inseguridad alimentaria. En América Latina existen 49 millones de personas que padecen inseguridad alimentaria, sobre todo en adultos mayores siendo un grupo de riesgo, hay factores como cambios propios de la edad, estilos de vida inadecuados, enfermedades crónico degenerativas y el abandono social que contribuyen a la malnutrición y a elevar los índices de inseguridad alimentaria.

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de inseguridad alimentaria y su asociación con el estado nutricional de los adultos mayores de 60 a 85 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, analítico y prospectivo, con una muestra de 370 participantes, con registro SIRELCIS R-2018-3005-13. Se utilizó el cuestionario “Escala Latinoamericana del Caribe de Seguridad Alimentaria”, dirigida hacia adultos mayores, con un Alfa de Cronbach de 0,87. Durante el periodo Marzo a Octubre del 2017. Se realizó análisis estadístico utilizando el programa SPSS 22

aplicando pruebas no paramétricas medidas de tendencia central. **RESULTADOS:**

Se encontró una prevalencia de Inseguridad alimentaria del 2.6% predominando en el género femenino con 153 casos, el estado nutricional preponderante fue el sobrepeso con 52.4% y el grado de inseguridad alimentaria más notable fue el moderado en el nivel socioeconómico bajo. **CONCLUSIONES.** La inseguridad alimentaria se encuentra presente en mayor proporción en el género femenino, siendo más notoria el grado moderado teniendo relación con el sobrepeso y el nivel socioeconómico bajo.

PALABRAS CLAVE: Seguridad Alimentaria, Estado Nutricional, Adulto Mayor.

MARCO TEORICO

ADULTO MAYOR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁾ las personas de 60 a 74 años de edad son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años grandes viejos o grandes longevos.

La Organización de Naciones Unidas los cataloga en el contexto en donde se encuentren, en una zona geográfica desarrollada o en vías de desarrollo, 65 y 60 años respectivamente ⁽²⁾

En esta población hay cambios propios de la edad en cuanto a estructura y funcionalidad los cuales son importantes conocer y tomar en cuenta en el momento de realizar una evaluación integral ya que estos pueden ser factores de riesgo para padecer enfermedades agudas y crónicas degenerativas. Estos cambios se encuentran representados por la edentulia, la adoncia o utilizar prótesis, recordemos que este rubro de la población muchas veces padece del síndrome de polifarmacia favoreciendo a la xerostomía, disminución de motilidad gástrica, anosmia, disgeusia o el mismo retraso en la apertura del esfínter esofágico superior trayendo consigo a la llamada “anorexia del envejecimiento”

La talla del adulto mayor se puede ver alterada por la disminución de la composición de los cuerpos vertebrales y el peso por la pérdida de la masa magra del 3% en cada década después de los 50 años.

Se observa un fenómeno característico en el género femenino ya que existe hipoestrogenismo el cuál puede ser contribuyente al sobrepeso u obesidad.

Es común observar en los ancianos que las familias los abandonen y por lo tanto que sufran de trastorno depresivo el cual ha sido catalogado como la causa más recurrente de pérdida de peso no intencionada ⁽⁴⁾

Aquellos que cursan con algún grado de malnutrición tienen mayor riesgo de ser hospitalizados e incrementan los costos de la atención hospitalaria y uso de fármacos.

EPIDEMIOLOGIA

En los últimos años se ha observado una transición epidemiológica en la población ya que anteriormente en la pirámide poblacional predominaba la población infantil y población juvenil, sin embargo la esperanza de vida ha aumentado y se prevé que en el 2050 el 28 % de la población esté representado por adultos mayores. (5)

Los datos del censo 2010 muestran que en Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Querétaro, Aguascalientes, Estado de México y Tabasco presentan porcentajes entre 5.0 y 7.0% de la población con 60 años o más (5)

El proceso de urbanización ha influido en el aumento de esperanza de vida de la población lo que equivale al cambio en la presentación de enfermedades de la población en general y por ende del adulto mayor, teniendo como consecuencia presencia de enfermedades crónicas degenerativas en ellos y las complicaciones propias de cada una. Lo anterior mencionado puede traducirse como mejora en la calidad de vida pero no es así ya que son los ancianos los que más padecen de abandono social, económico, psicológico y físico. (5)

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIO DEL ADULTO MAYOR

Se conoce como el Ejercicio clínico en el que se realiza una evaluación y medición de variables nutricionales de diversos tipos (clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos) de una manera integral, con el fin de brindar información sobre el estado de nutrición del adulto mayor. (3)

Es imprescindible que en la evaluación geriátrica integral se incluya las características de una dieta correcta, si existe o no pérdida de peso intencionada, y tomar en cuenta a detalle cada uno de los cambios estructurales y funcionales a los que se enfrenta el adulto mayor para poder catalogar con oportunidad quien se encuentra en riesgo o bien quien ya posee algún trastorno del estado nutricional y tratarlo de manera adecuada.

Se necesitan mediciones antropométricas adecuadas para evaluar de manera correcta al individuo, por ejemplo: peso, estatura, índice de masa corporal. El monitoreo de estas medidas puede ayudar a la prevención, control y tratamiento de

varios problemas de salud, ⁽⁶⁾ Pero a su vez estas medidas necesitan adaptaciones ya que en el adulto mayor puede existir síndrome de inmovilidad, cifosis o dificultad para mantenerse en bipedestación dificultando el proceso de evaluación y por lo tanto otorgando datos erróneos.

El índice de masa corporal o índice de Quetelet es el cociente entre el peso dado en kilogramos y la estatura en metros cuadrados, este es de las mediciones antropométricas con mayor peso en la evaluación nutricional en general, su uso en los adultos mayores puede subestimar la desnutrición y sobreestimar el sobrepeso debido a la reducción de la talla, disminución de la curvatura de la columna vertebral y disminución de la masa magra.

Es por eso que la Guía de Práctica Clínica de Nutrición del adulto mayor 095-08 realiza adecuaciones sobre este tópico ya que toma en cuenta las características y cambios previamente mencionados y los valores que se utilizan son los siguientes:

Bajo peso: menos a 22 kg/m², Peso normal: 22 a 27 kg/m², Sobrepeso: 27 a 30 kg/m² y Obesidad: >30kg/m². Con una clara asociación de bajo peso a mortalidad.

⁽³⁾

Una alternativa para la evaluación nutricional es el uso de las medidas de los huesos largos ya que estos mantienen su longitud en la edad adulta; por ejemplo la medición de la rodilla-talón o fórmula de Chumlea: Mujeres: altura (cm) = 84,88 + [1,83 x KH (cm)] -[0,24 x edad (años)] Hombres: altura (cm) = 64,19 + [2,02 x KH (cm)] -[0,04 x edad (años)] ⁽⁶⁾.

Por lo que no es recomendable utilizar medidas de altura y peso autoinformadas para los adultos mayores ya que estas pueden resultar erróneas y por lo tanto nos equivocaremos en la evaluación del estado nutricional del paciente estudiado siendo esto un completo error en el quehacer médico.

En América Latina, la prevalencia de desnutrición en ancianos varía entre 4,6 y 18%

⁽⁴⁾.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

“La alimentación es un acto cotidiano y un hecho social total, que está influenciado por factores socioculturales, políticos, económicos, y nutricionales que determinan el acceso, la elección y el consumo de los alimentos en los hogares”. ⁽⁸⁾ es por eso que cada actividad que conlleve a obtención de alimentos, su preparación y consumo se relacionará de manera estrecha con la seguridad alimentaria.

Se habla de Seguridad alimentaria cuando: “todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias, a fin de llevar una vida activa y sana”. Por el contrario, un acceso nulo o incierto a los alimentos se ha definido como inseguridad alimentaria. ⁽⁹⁾ En América Latina y el Caribe existen 49 millones de personas que padecen hambre.

La posibilidad de tener un adecuado estado nutricional depende de la oportunidad que la familia tenga de proporcionar a cada integrante los alimentos de acuerdo a sus necesidades básicas, que la dieta cumpla con criterios de ser correcta: completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada así como que cada uno goce de adecuado estado de salud para disfrutar de cada alimento.

Si la familia se desarrolla en un entorno urbano o rural será de gran impacto para determinar si es segura la alimentación o si sencillamente se encuentra en algún grado de inseguridad alimentaria, ya que en algunos casos la canasta básica es muy cara para el ingreso del jefe de familia o bien de quien se encargue de la preparación de los alimentos.

Hay que tomar en cuenta que la seguridad alimentaria se puede ver comprometida por el nivel socioeconómico, ya que en situación de pobreza pueden estar los alimentos disponibles para su compra pero no existe el recurso económico suficiente para proveer de ellos a la familia. Es decir que si una familia puede acceder con mayor facilidad a los servicios básicos de urbanización, tener una casa propia y obtener un sueldo mensual o quincenal que abastezca a las necesidades de cada integrante del hogar contribuirá a su vez a la seguridad alimentaria o bien a que el grado de la inseguridad alimentaria no sea tan grave. ⁽¹⁰⁾

La seguridad alimentaria también puede ser modificada por ciertas contingencias o desastres naturales que ocurran en el entorno familiar en el contexto en donde este se encuentre.

El no tener una seguridad alimentaria conlleva a ciertas consecuencias anómalas tanto individuales como en grupo ya que aquel que goza de seguridad alimentaria obtiene un adecuado estado de salud físico y mental y contribuye al desarrollo económico de manera regional y nacional posteriormente.

Cada gobierno e institución encargado de las políticas sociales resultan primordiales y por ende estas organizaciones deben de conocer el concepto de inseguridad alimentaria para que sea erradicada de la población. (10)

En el caso del adulto mayor las pequeñas modificaciones que se hagan en la cantidad y calidad de la dieta se reflejarán en su estado de nutrición y como resultado serán factores de riesgo para patologías propias de la edad o el temido deterioro cognitivo (11)

LA ENCUESTA LATINOAMERICANA DEL CARIBE DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (ELCSA)

La Encuesta Latinoamericana del Caribe de Seguridad Alimentaria (ELCSA) fue validada en el 2007 en población mexicana para estudiar la seguridad alimentaria con criterios basados en la experiencia y percepción de los individuos en sus hogares (9).

Este instrumento consta de 15 preguntas cuando hay menores de edad en el hogar y de 8 preguntas cuando no existen menores de 18 años, las respuestas pueden ser “sí” o “no” y cada respuesta afirmativa se suma para determinar el grado de inseguridad alimentaria en la que se encuentra ese hogar.

Es el jefe o jefa de familia quien puede responder la encuesta y el periodo de referencia para contestar dicha encuesta es de tres meses previos a la aplicación de ésta.

Como se mencionó los tres grados de inseguridad alimentaria son: Leve cuando se realiza disminución de la calidad de la dieta familiar, Moderada cuando se disminuye la cantidad de los alimentos y Severa cuando algún integrante de la familia pasa un episodio de hambre.

Se han realizado estudios para valorar si la ELCSA es bien adoptada por los adultos mayores con resultados favorables ⁽¹²⁾.

Los mecanismos para obtener alimentos, la forma de prepararlos, sustituir un grupo de ellos o en su defecto quitar alimentos de los horarios de comida son resultado de cada grado de inseguridad alimentaria traducida en cada respuesta de esta encuesta.

SEGURIDAD ALIMENTARIA EN MEXICO

En México se refleja en los estudios llevados a cabo sobre inseguridad alimentaria que cada grado de inseguridad alimentaria se relaciona con reducción de valor nutricional de cada grupo de alimentos básicos en el plato del buen comer tales como frutas, verduras, cereales integrales, proteína vegetal y animal pero que son sustituidos por alimentos carentes en elementos nutritivos ya que resulta menos costoso cocinar con grasas saturadas y cereales ricos en carbohidratos que con elementos vegetales y de alto valor nutricional y que a final de cuentas se traduciría en desarrollo de una vida activa sana y de acuerdo a cada necesidad de los integrantes de la familia. Este lamentable fenómeno es conocido como transición nutricional. ⁽¹²⁾

Así como ha evolucionado la epidemiología en la población sobre esperanza de vida así mismo se observa cambio en la presentación de las patologías debido a que la población moría de desnutrición o síndromes carenciales y hoy en día reina la pandemia de la obesidad y el sobrepeso.

Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado que los grupos de alimentos que aportan una mayor cantidad de vitaminas, minerales y fibra, principalmente frutas y hortalizas, son más costosos que aquéllos que aportan azúcares, grasas y energía. En lo que concierne a México, el costo de estos grupos

de alimentos también es alto y los estratos de población de menores ingresos tales como el estrato socioeconómico bajo restringen su consumo pues demanda un alto porcentaje del gasto familiar.

Es preocupante que la inseguridad alimentaria se relacione de manera estrecha con el exceso de peso ya sea representado por el sobrepeso u la obesidad resultando un concepto importante “binomio pobreza- obesidad” donde la primera conlleva a la ingesta de alimentos de bajo costo y alta densidad energética. (11)

De acuerdo con la información reportada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2012), alrededor de treinta millones de hogares (70% de los hogares mexicanos) en todo el país se encuentran en alguna categoría de inseguridad alimentaria.(14)

Como se mencionó anteriormente en este estudio la escala ELCSA fue validada en población mexicana y en adultos mayores otorgando resultados favorables. Y es en el simposio de Inseguridad Alimentaria donde se menciona que uno de cada tres hogares mexicanos padece inseguridad alimentaria moderada o severa.

Algunos de los condicionantes para que esta situación se presente es encontrar en el jefe de familia baja escolaridad, estrato socioeconómico bajo, género femenino en el jefe de familia, menores de edad en el hogar o bien aquellos hogares indígenas con acceso nulo a alimentos o programas sociales que ayuden a la obtención de alimentos o remesas. (13)

Valencia-Valero RG menciona en su estudio que: “en México experimentan algún grado de IA (50.0%), una cuarta parte de los hogares eran encabezados por mujeres, en 7.5% de los casos el jefe de familia era indígena; en casi la mitad de los hogares el jefe de familia contaba con escolaridad básica (47.4%), la mitad de los hogares se ubicaban en ciudades y en dos tercios hay menores” (13)

Es importante mencionar que conforme aumenta la edad de la población estudiada aumenta a su vez la presencia de enfermedades crónico degenerativas tales como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial sistémica y los grados de inseguridad alimentaria concordando con los resultados de la ENSANUT 2012 .(16)

Los estados con mayor proporción de Inseguridad Alimentaria moderada y severa en el país fueron Tabasco (49.0%), Guerrero (44.0%), Chiapas (38.9%), Oaxaca (38.6%) y Campeche (35.9%). Y Chihuahua, Jalisco y Querétaro fueron los estados que obtuvieron mayor seguridad alimentaria. (9)

La proporción de hogares en inseguridad alimentaria moderada y severa, con uno o más adultos de 60 años o más de edad, fue de 27.9%.⁽⁵⁾

En esta investigación la población estudiada cursa con trastornos de nutrición graves los cuales son favorecidos por carecer de redes de apoyo familiar, falta de protección social y recalando que son ya un rubro económicamente inactivo. ⁽¹⁴⁾ La situación para los adultos mayores es preocupante porque como se ha venido mencionando impacta de manera directa en su bienestar físico mental y social, es decir en el concepto de salud.

Ya de por si este gremio cursa con enfermedades crónico degerativas y síndrome de polifarmacia siendo directamente proporcional el riesgo de padecer algún grado de inseguridad alimentaria.

Por lo que resulta indispensable plantear modelos educativos, preventivos y de erradicación de esta problemática de salud ya que de lo contrario pronto habrá un impacto económico y social difícil de tratar.

Chiapas es uno de los estados con mayor población rural-indígena, y en donde sus actividades económicas son las actividades primarias tales como la agricultura arcaica, ganadería y artesanía muchas de ellas mal remuneradas y poco reconocidas. ⁽²⁰⁾

En el tema de Seguridad Alimentaria, la situación dista completamente de la reportada a nivel nacional ya que entre 76 y 89% de la población se encuentra en inseguridad alimentaria, 43% de los hogares en categoría leve, 25% en la moderada y 15% en la categoría severa. Representando un porcentaje de 40% de las categorías más severas, traduciéndose en que la dieta de las familias chiapanecas ha sido reducida en cantidad o bien el escenario más triste: algún integrante de la familia cursó con uno o más episodios de hambre.

Es decir que la Inseguridad alimentaria en Chiapas es más intensa y grave que lo reportado y desafortunadamente subestimado por el propio gobierno y quienes realizan las políticas sociales.

Pese a que se le otorgue a las familias el programa Federal “Prospera” antes “Oportunidades”, este resulta ineficaz e ineficiente para cubrir con las necesidades básicas de alimentación sin alcanzar el objetivo buscado por el gobierno.

Rivera-Márquez J recalca: “La prevalencia de Inseguridad Alimentaria es mayor en la medida que aumenta el número de programas sociales en el hogar con algún componente alimentario” ya que la prevalencia de Inseguridad Alimentaria fue cercana a 60.0% en los hogares que no contaban con la cobertura de alguno de estos programas, mientras que en los hogares que sí los reciben la prevalencia fue de 80.0% (recibiendo un programa) y 84.0% (recibiendo dos o más programas). ⁽¹⁵⁾

JUSTIFICACION

Resulta inherente en nuestra sociedad tener el conocimiento de los principales problemas que la aquejan, llevándola a situaciones adversas que no permiten su desarrollo holístico adecuado.

En nuestro país y en nuestro estado, uno de estos problemas es la pobreza existente la cual es la madre de innumerables condicionantes anómalos en la familia. Siendo más específicos los problemas a nivel nutricional como es la desnutrición, sobrepeso y obesidad en grupos etarios vulnerables, que generaran números rojos en las estadísticas a nivel local, regional, nacional e internacional.

El presente estudio aborda desde el concepto de “Seguridad Alimentaria” la posibilidad de utilizar sus resultados primeramente en conocimiento de éste en la población, ya que desafortunadamente no se han realizado suficientes estudios de este tipo en países pobres como México; que enriquezcan más sobre dicho tema, siendo un indicador y tópico imprescindible en el gobierno y sector salud ; así como tener un panorama más amplio de la relación existente entre el nivel de Seguridad Alimentaria y el estado nutricional de una de las poblaciones más importantes a nivel demográfico y socioeconómico; pero también una de las más frágiles de nuestro entorno como son los adultos mayores y a su vez plantear modelos adecuados y rentables de intervención para la ayuda en los hogares clasificados como inseguros, y por ende mejora y erradicación de esta problemática.

La seguridad alimentaria es un concepto relativamente nuevo y que se ha podido determinar gracias a instrumentos de estudio como la Escala Latinoamericana del Caribe de Seguridad Alimentaria la cual ha sido validada en diferentes naciones y en población mexicana que nos brinda una vista importante sobre este tema; para abordar, elaborar y poner en acción medidas y políticas preventivas, educativas y resolutivas de la inseguridad alimentaria y su fatal consecuencia: malnutrición en la sociedad.

Es por eso que el conocimiento en este estudio del nivel de Seguridad Alimentaria y la relación con el estado nutricional del adulto mayor será de ayuda e impacto en diferentes aspectos y campos de trabajo para el personal de salud de esta Unidad

de Medicina Familiar y así contribuir a alcanzar la salud en su población derechohabiente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) nos indica que en el ámbito nacional la Seguridad Alimentaria es de 30.0%, mientras que el 70.0% restante se clasificó en alguna de las tres categorías de inseguridad alimentaria: 41.6% en inseguridad leve, 17.7% en inseguridad moderada y 10.5% en inseguridad severa. Con mayor proporción en el área rural y en los estados del sur. Poniendo de manifiesto la terrible tendencia en los últimos años del aumento de la prevalencia de inseguridad alimentaria en nuestro país. ⁽¹⁾

Estos datos reflejan que en las familias mexicanas se ve comprometido el acceso a los alimentos de la canasta básica y peor aún la calidad y cantidad de la dieta cayendo en situaciones de hambre en alguno de los miembros familiares conllevando a déficits nutricionales o bien sobrepeso y obesidad. Estos desórdenes alimentarios aumentan alrededor de los 60 a 69 años de edad. ⁽¹⁾

Es por eso que el estudio de la prevalencia de la inseguridad alimentaria y su relación con el estado nutricional del adulto mayor contribuirá a ampliar el panorama de esta problemática y a la propuesta de estrategias educativas, preventivas y así mismo disminuir los problemas de salud que esta conlleva.

Dicho lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de inseguridad alimentaria y su relación con el estado nutricional en los adultos mayores de 60 a 85 años en la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la prevalencia de inseguridad alimentaria y su relación con el estado nutricional de los adultos mayores de 60 a 85 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el estado nutricional de los adultos mayores de 60 a 85 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas de acuerdo al IMC según la GPC IMSS 095-08.
- Conocer la edad prevalente de los adultos mayores de 60 a 85 años de edad y su inseguridad alimentaria adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer el género de los adultos mayores de 60 a 85 años de edad con inseguridad alimentaria adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer el estado socioeconómico de los adultos mayores de 60 a 85 años de edad y su inseguridad alimentaria, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

HIPOTESIS DE ESTUDIO

- La prevalencia de inseguridad Alimentaria es de 70% en relación con el estado malnutrición en los adultos mayores de 60 a 85 años de edad adscritos a la UMF 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- El 70% de la población de adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas se encuentran en desnutrición.
- El estado socioeconómico bajo es más prevalente en la inseguridad alimentaria.
- El género femenino es el que tiene mayor prevalencia en la inseguridad alimentaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del Estudio: Es un estudio transversal, analítico y prospectivo.

Lugar de Estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 13, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

Periodo de Estudio: 01 Marzo de 2017 a 31 de Octubre del 2017

Periodo de Recolección de datos: 01 Marzo a 31 de Octubre del 2017

Universo: Se tomó la población derechohabiente de adultos mayores a partir de 60 a 85 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de la Cd. de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Tamaño de la muestra: Acorde al cálculo del tamaño de una muestra de población infinita.

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{N \cdot \alpha^2 + Z^2}$$

N: Universo: 10386

α : error estimado (0.05)

Z: nivel de confianza 95% : 1.96

p: probabilidad de éxito: 0.5

q: probabilidad de fracaso: 0.5

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (10386)}{10386(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)(10386)}{10386(0.0025) + (3.84)(0.25)} =$$

$$n: \frac{9970.56}{25.965 + 0.96} = \frac{9970.56}{26.925} = 370 \text{ CUESTIONARIOS}$$

Tipo de Muestreo: aleatorio simple. En adultos mayores de 60 a 85 años de edad adscritos a la UMF 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Análisis Estadístico: Los datos fueron capturados en el programa estadístico SPSS versión 15

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Todos los adultos mayores de 60 a 85 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas que aceptan la aplicación de la encuesta previa autorización del consentimiento informado.
- Todos los adultos mayores de 60 a 85 años de edad que acudan a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez;

Criterios de Exclusión:

- Pacientes menores de 60 años de edad.
- Adultos mayores de 85 años de edad.
- Aquellos adultos mayores de 60 a 85 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas en los que haya alguna patología que impida llevar a cabo la medición de estatura y peso.

Criterios de Eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se utilizó la Escala Latinoamericana del Caribe de Seguridad Alimentaria. En el diseño de la ELCSA lo conforman 15 preguntas cuando hay menores de edad y de 8 preguntas cuando no hay menores de 18 años de edad. Las respuestas pueden ser “sí” o “no” y quien puede contestar dicha encuesta es el jefe o jefa de familia o la persona que prepara los alimentos; cuando hay respuestas afirmativas se realiza una sumatoria para determinar el grado de seguridad alimentaria los cuales pueden ser Leve, Moderada o Severa y si todas las respuestas son negativas se habla de Seguridad alimentaria.

Se solicita q se responda de acuerdo a tres meses previos a la aplicación de la encuesta.

HOGARES CON MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD				
	SEGURA	LEVE	MODERADA	SEVERA
PUNTAJE	0 Respuestas positivas	5 respuestas positivas	6-10 respuestas positivas	11 respuestas

HOGARES SIN MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD				
	SEGURA	LEVE	MODERADA	SEVERA
PUNTAJE	0 Respuestas positivas	3 respuestas positivas	4-6 respuestas positivas	10 respuestas

TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

El cuestionario consta de 15 ítems divididas en dos secciones: una primera con 8 preguntas las cuales van encaminadas a investigar sobre situaciones experimentadas por los adultos del hogar encuestado y el resto de las preguntas a las situaciones que afectan a los menores de 18 años de edad.

Cada pregunta indaga situaciones diferentes y estas se excluyen y pretende captar distintos asuntos relacionados con el constructo teórico que respalda a la ELCSA.

PROCEDIMIENTO:

El protocolo de investigación se sometió a la revisión del comité local de investigación y ética número 701 del Hospital General de Zona no. 01 Tapachula, Chiapas y siendo aceptado y fue registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS) con número de registro R-2018-3005-13.

Posterior al registro, se giraron los oficios correspondientes para que el Director de la Unidad Medicina Familiar No 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, nos brindara las facilidades para poder llevar a cabo el estudio de investigación sin ninguna dificultad.

Se llevó a cabo la aplicación de la encuesta ELCSA con menores de 18 años o sin menores de 18 años para determinar el grado de seguridad alimentaria en los adultos mayores de 60 a 85 años de edad.

También se realizó la medición de estatura de los adultos mayores con un estadímetro y se midió el peso con una báscula, para posteriormente sacar el Índice de Masa Corporal y clasificar cada resultado con los grados determinados según la GPC IMSS 095-08. Y con base a estos dos resultados posteriores se hizo la correlación entre inseguridad alimentaria y estado nutricio del adulto mayor.

Se determinó el género predominante en inseguridad alimentaria, así como se determinó el estado socioeconómico de los adultos mayores de acuerdo al índice de Quibriera de salarios mínimos.

Tras la recolección de los datos, fueron capturados en el programa estadístico SPSS versión 15.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Inseguridad Alimentaria	Cualitativa	Disponibilidad limitada o incierta de alimentos inocuos y adecuados desde el punto de vista nutrimental	Disponibilidad limitada o incierta de alimentos inocuos y adecuados desde el punto de vista nutrimental	Nominal	Si No
Genero	Cualitativa	Clasificación de hombre y mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios, características anatómicas y cromosómicas	Características físicas que diferencian un hombre de una mujer	Nominal	Femenino Masculino
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Condición de equivalencia o igualdad que guardan los	Esta dado por el número de salarios mínimos que	Ordinal	Muy bajo Bajo Medio

		individuos en relación con sus bienes	gana diarios el jefe de familia, de acuerdo al Índice de Quibrera		Medio alto Alto
Estado Nutricio	Cualitativa	Peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado	IMC: Peso/Talla ²	Ordinal	Bajo peso: menos a 22 kg/m ² , Peso normal: 22 a 27 kg/m ² , Sobrepeso: 27 a 30 kg/m ² Obesidad: >30kg/m ² .
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cardinal	60-62 años 63 a 65 años 66 a 68 años 69 a 71 años 72 a 74 años 75 a 77 años 78 a 80 años 81 a 83 años 84 a 85 años

ASPECTOS ETICOS

El presente proyecto de investigación tuvo el apego a la Ley General de Salud, de igual forma fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona No. 1 donde se analizó su factibilidad y realización. La información obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes involucrados en el estudio fue confidencial.

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaria de Salud 1986); En su título segundo "De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos". La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Este estudio se basó en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; "Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas" Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos Materiales:

- Una Computadora Laptop Hp.
- Una impresora Hp.
- Tinta para impresora Hp.
- Servicio de internet.
- 2 paquetes de 500 hojas blancas.
- 5 lápices.
- 5 borradores.
- 5 plumas.
- 2 sacapuntas.
- Paquete estadístico SPSS Versión 15 en Español

Recursos Humanos:

- Un Médico Residente de Primer Año de Medicina Familiar
- Un Asesor de Tesis

Recursos Financieros:

- Se utilizaran los recursos propios del investigador.

RESULTADOS Y ANALISIS

Durante el periodo de Marzo de 2017 a marzo 2018, se llevó a cabo el estudio en la Unidad de Medicina Familiar No 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se realizaron 370 encuestas, siendo esta cifra la muestra final, posterior a la aplicación de encuestas se analizó la asociación existente entre la prevalencia de inseguridad alimentaria (leve, moderada y severa) y el estado nutricional del adulto mayor con el método de medición de Índice de Masa Corporal modificado a esta edad.

ANÁLISIS UNIVARIADO

Se encontró una prevalencia de Inseguridad alimentaria del 2.6%

Seguridad Alimentaria

En cuanto a porcentaje de Seguridad alimentaria, se observó que existe Seguridad en la población estudiada en 96 casos con un porcentaje 25.9%, en contraposición con la Inseguridad alimentaria con 274 casos representando un porcentaje de 74%. Ver en tabla 1

Tabla 1 Seguridad Alimentaria

Seguridad Alimentaria	N	%
Seguro	96	25.9
Inseguro	274	74.1
Total	370	100

Fuente: Encuestas del estudio de investigación titulado: Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor

a) CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Edad

Se encontró que la edad mínima fue de 60 y máxima de 85 con una media de 69.55, mediana de 68, moda de 60, una desviación estándar de ± 7.18

De acuerdo a los grupos de edad que se realizaron, los cuales fueron Grupo 1 de 60 a 65 años de edad, Grupo 2 de 66 a 70 años de edad, Grupo 3 de 71 a 75 años de edad, Grupo 4 de 76 a 80 años de edad y el último grupo 5 de 81 a 85 años de edad obtuvieron las siguientes frecuencias: Grupo 1: 18.4%, Grupo 2: 18.4, Grupo 3: 14.9% Grupo 4: 9.2% Grupo 5: 12.4, Grupo 6: 10, Grupo 7: 6.5, Grupo 8: 6.5, Grupo 9: 4.1 Ver detalles en tabla 2.

Tabla 2. Edad

Edad	N	%
Grupo 1 (60-62 años)	68	18.4
Grupo 2 (63-65 años)	68	18.4
Grupo 3 (66-68 años)	55	14.9
Grupo 4 (69-71 años)	34	9.2
Grupo 5 (72-74 años)	46	12.4
Grupo 6 (75-77 años)	37	10
Grupo 7 (78- 80 años)	24	6.5
Grupo 8 (81- 83 años)	23	6.2
Grupo 9 (84- 85 años)	15	4.1

Fuente: Encuestas del estudio de investigación titulado: Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor.

Genero

La muestra estuvo constituida por 215 mujeres con un porcentaje de 58.1% siendo el género masculino de 155 con un porcentaje de 41.9 %. Ver detalles en tabla 3.

Tabla 3. Genero

Genero	N	%
Masculino	155	41.9
Femenino	215	58.1
Total	370	100

Fuente: Encuestas del estudio de investigación titulado: Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor.

Nivel Socioeconómico

Para determinar el nivel socioeconómico se realizó de acuerdo al Índice de Quiblera, cabe señalar que el nivel que predominó fue el Bajo con un total de 278 casos con el 75.1% y el nivel con menor número de casos fue el medio alto con 5 casos que representa el 1.4%. Ver detalles en Tabla 4.

Tabla 4. Nivel Socioeconómico

Nivel Socioeconómico	N	%
Muy bajo	10	2.7
Bajo	278	75.1
Medio	77	20.8
Medio alto	5	1.4
Total	370	100

Fuente: Encuestas del estudio de investigación titulado: Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor.

ANALISIS BIVARIADO

Se observa que la Inseguridad alimentaria predomina más en el género femenino y a su vez la inseguridad moderada es más notoria en ese género. Ver detalles en tabla 5 Y 6.

TABLA 5 INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y GÉNERO

Seguridad Alimentaria	Masculino	Femenino	Total
Seguro	34	62	96
Inseguro	121	153	274
Total	155	215	370

Fuente: Encuestas del estudio de investigación titulado: Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor.

TABLA 6 GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y GÉNERO

GRADO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA						
		Seguridad	Leve	Moderada	Severa	Total
Genero	Masculino	33	23	77	22	155
	Femenino	62	32	100	21	215
Total		95	55	177	43	370

Fuente: Encuestas del estudio de investigación titulado: Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor.

De acuerdo a la relación con el grado de seguridad alimentaria e Índice de Masa Corporal se observó que el estado nutricional predominante fue el sobrepeso con 194 casos, representando el 52.4% y de este número 173 casos correspondieron a inseguridad alimentaria. Ver detalles en tabla 7.

Tabla 7 Seguridad Alimentaria y Estado Nutricio

	Estado Nutricio					
		Bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
Seguridad alimentaria	Seguro	8	55	21	12	96
	Inseguro	36	27	173	38	274
Total		44	82	194	50	370

Fuente: Encuestas del estudio de investigación titulado: Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor.

La relación que se encontró en el presente estudio sobre el grado de inseguridad alimentaria con el nivel socioeconómico fue que predominó en la inseguridad moderada el nivel socioeconómico bajo con 278 casos. Ver tabla 8.

Tabla 8 Seguridad alimentaria y Nivel Socioeconómico

Nivel Socioeconómico y Seguridad alimentaria						
		Nivel Socioeconómico				<i>Total</i>
		Muy bajo	Bajo	Medio	Medio alto	
Grado de inseguridad	Seguridad	4	34	52	5	95
	Leve	0	45	10	0	55
	Moderada	2	164	11	0	177
	Severa	4	35	4	0	43
<i>Total</i>		10	278	77	5	370

Fuente: Encuestas del estudio de investigación titulado: Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su asociación con el estado nutricional del adulto mayor.

DISCUSION

La Seguridad alimentaria es aquella que se presenta cuando “todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias, a fin de llevar una vida activa y sana”. Por el contrario, un acceso nulo o incierto a los alimentos se ha definido como inseguridad alimentaria.

De acuerdo con la información reportada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2012), 70% de los hogares estudiados en México padecen de Inseguridad alimentaria es decir treinta millones de la población total. ⁽¹⁴⁾ De manera muy similar a lo reflejado en este estudio, ya que el 74.1 % de la población se encuentra en inseguridad alimentaria.

De acuerdo a los datos proporcionados por dicha encuesta, los estados con mayor proporción de Inseguridad Alimentaria moderada y severa en el país fueron Tabasco (49.0%), Guerrero (44.0%), Chiapas (38.9%), Oaxaca (38.6%) y Campeche (35.9%). Siendo equiparable a los resultados obtenidos en el presente estudio.

La proporción de hogares en inseguridad alimentaria moderada y severa, con uno o más adultos de 60 años o más de edad, fue de 27.9%.⁽⁵⁾ En el adulto mayor este problema no solo es de carácter bioquímico o nutricional sino que también impacta en el contexto familiar por falta de apoyo, así como político ya que este rubro muchas veces es olvidado al realizar las políticas sociales y por ultimo económico por que estos ya no cuentan con un sueldo remunerado. ⁽¹⁴⁾

Es importante señalar que de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se observan características similares con el estudio realizado en el municipio de Oxchuc, Chiapas sobre Inseguridad alimentaria; ya que la población estudiada en esta comunidad es indígena con niveles socioeconómicos bajos y con poca oportunidad de obtención de productos propicios para una dieta adecuada y por ende con un nivel mayor de inseguridad alimentaria reflejando así que en México y en el estado casi 1 de cada 3 hogares ha experimentado inseguridad alimentaria moderada o severa en los tres meses previos a la encuesta. Es decir, han disminuido la calidad y cantidad de alimentos o experimentado hambre.

En cuanto a la distribución del estado de nutrición por categoría de Seguridad Alimentaria la prevalencia de bajo peso es más alta en los adultos mayores que pertenecen a hogares con Inseguridad Alimentaria severa. ⁽¹⁵⁾ Cabe mencionar que la diferencia en el estudio de Oxchuc y éste es que en la población estudiada predomina el sobrepeso y no el bajo peso, resultando curioso ya que la población indígena cuenta con menos acceso a productos chatarra con alto índice glucémico o bien ricos en carbohidratos en contraposición de la población citadina, llevando a dietas con muchas kilocalorías ricos en grasa pero de poca densidad nutricional que pueden llevar al sobrepeso y obesidad o bien contribuir a enfermedades crónico degenerativas que ocasionan pérdidas de capital humano y, por ende, aumentan los gastos del sistema de salud para atender a esta variedad de patologías y sus consecuencias, tal como lo mencionamos en este estudio.

En ambos estudios se refleja la precariedad oscilando entre pobreza moderada y severa las cuales están íntimamente relacionadas con el grado de Inseguridad alimentaria, siendo directamente proporcionales cuando estas se acercan más a los extremos de pobreza. Por lo que resalta una vez más que Chiapas se encuentra entre los estados más pobres de la república y con mayor inseguridad alimentaria.

En otro estudio llevado a cabo en la Ciudad de México se establece que conforme la diversidad de la dieta disminuye a su vez también aumenta el grado de inseguridad alimentaria.

Diversos estudios llevados a cabo en México coinciden con dichos resultados pues se ha encontrado una relación estrecha en que las familias numerosas, con ingresos insuficientes o nivel socioeconómico bajo como en la población estudiada y al ser un grupo de riesgo tienen dificultad para el acceso de suministros de alimentos adecuados en calidad y cantidad; son más vulnerables y, por tanto, están expuestas a la inseguridad alimentaria.

CONCLUSION

La prevalencia de inseguridad alimentaria en el adulto mayor es alta y esto puede influir considerablemente en su estado de salud, ya que se ha visto que esta condición conlleva trastornos del estado nutricional de esta población tales como el sobrepeso, obesidad y desnutrición, viéndose muy relacionada con enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus, siendo estos factores de suma importancia para riesgo de propiciar nuevas patologías como el síndrome metabólico considerado ya en nuestra población como una pandemia.

A su vez está íntimamente relacionado con la condición socioeconómica y educativa ya que desafortunadamente la población más vulnerable como la del adulto mayor muchas veces reúne características de precariedad en su economía por encontrarse ya en una población económicamente inactiva generando un nivel socioeconómico bajo y por lo tanto menos oportunidad de obtención de una dieta adecuada tanto en calidad como en cantidad, es decir mientras más pobreza hay mayor grado de inseguridad alimentaria habrá, estando íntimamente relacionado con la prevalencia de Inseguridad alimentaria en población chiapaneca ya que según el INEGI es quien alberga a mayores jefas de familia a cargo de la nutrición de los hogares propicia que sea el género femenino el que más prevalece en inseguridad alimentaria en sus variedades moderadas a severas; por ser ellas quienes muchas veces realizan la adquisición de alimentos y la preparación de los mismos.

De esta manera resulta de amplio impacto el tema de Seguridad alimentaria tanto para sistema de salud como para la población en general ya que interviene de manera directa e indirecta en la nutrición de la población, sobre todo en el estado de salud con una relación directamente proporcional en las patologías emergentes y en los gastos que sistema nacional de salud conlleva.

RECOMENDACIONES

1. Establecer en el programa de Geriatrimss el sistema de medición del Índice de Masa Corporal establecido por la GPC de Nutrición del Adulto mayor y canalizar a aquellos que presenten un trastorno en el estado nutricional.
2. Llevar a cabo en la consulta externa el cuestionario de la ELCSA para identificar el grado de seguridad alimentaria en la población de adultos mayores derechohabientes.
3. Establecer en el servicio de nutrición sesiones de educación sobre las 7 características que debe tener una dieta y difundirla a la población.
4. Difundir la información sobre Seguridad alimentaria al cuerpo de gobierno, así como los resultados obtenidos de este estudio para que de manera amplia y concreta conozcan la situación de la población derechohabiente sobre este tópico.
5. Rediseñar los programas para desarrollo sustentable de los alimentos y mejorar así su obtención y erradicación de Inseguridad alimentaria.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su relación con el estado nutricional del adulto mayor"

Patrocinador externo (si aplica): No

Lugar y fecha: Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas,

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Conocer la prevalencia de Inseguridad Alimentaria y su relación con el estado nutricional del adulto mayor

Procedimientos: Aplicar una encuesta

Posibles riesgos y molestias: Ninguno.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Identificar el estado nutricional del adulto mayor y su relación con el grado de inseguridad alimentaria.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón

Colaboradores: Dra. Anahí Martínez Medina

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ESCALA LATINOAMERICANA DEL CARIBE DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Adulto de 60 a 85 años que acude a la consulta a la Unidad de Medicina

Familiar No 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Nombre:

Numero de seguridad social:

Género:

Edad:

IMC:

Hola, reciba un cordial saludo y agradecimiento por participar en este estudio de investigación, el cual es de suma importancia para el instituto para el conocimiento de su estado nutricional y como contribuir a la mejora de éste, así como contribuir a la elaboración de mi tesis de investigación.

1. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted se preocupó de que la comida se acabara?

Si_____1 No_____ 2

2. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez se quedaron sin comida?

Si_____1 No_____ 2

3. En los últimos tres meses, ¿alguna vez se quedaron sin dinero o recursos para obtener una alimentación sana y variada?

Si_____1 No_____ 2

4. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?

Si_____1 No_____ 2

5. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar?

Si _____ 1 No _____ 2

6. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer?

Si _____ 1 No _____ 2

7. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?

Si _____ 1 No _____ 2

8. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

Si _____ 1 No _____ 2

9. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez tuvieron que hacer algo que hubieran preferido no hacer para conseguir comida, tal como mendigar (pedir limosna) o mandar a los niños a trabajar?

Si _____ 1 No _____ 2

Si en el hogar hay menores de 18 años

10. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación sana y variada?

Si _____ 1 No _____ 2

11. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?

Si _____ 1 No _____ 2

12. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?

Si_____1 No_____ 2

13. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años del hogar?

Si_____1 No_____ 2

14. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?

Si_____1 No_____ 2

15. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar se acostó con hambre?

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Marzo-abril 2017	Abril – Mayo 2017	26 de Mayo 2017	Agosto 2017	Octubre 2017	Noviembre-Diciembre 2017	Enero-Febrero 2018	Marzo 2018
Elección del tema								
Revisión de la literatura								
Elaboración del protocolo								
Revisión del protocolo por comité local de investigación								
Presentación del protocolo								
Recolección de datos								
Análisis y codificación de datos								

Interpretación de los resultados								
Conclusión del estudio								
Entrega del escrito final								

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-Organización Mundial de la Salud. OMS.net [internet] Ginebra: OMSnet 2017 [actualizado mayo 2017] citado el 14 de abril de 2017 disponible en: [www.oms](http://www.oms.org)

2.-Organización de las Naciones Unidas. ONU.net [internet]: ONUnet 2017 [actualizado mayo 2017] citado el 14 de abril de 2017 disponible en: [www.onu](http://www.onu.org)

3.-Guía de práctica clínica: Evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención. En:[internet]centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) [en línea] [consultado el 19 de abril de 2017]. Disponible en [http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/? P=12,15](http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?P=12,15)

4.-Tarqui-Mamani C., Álvarez Dongo Doris, Espinoza-Oriundo P., Gómez-Guizado G. Estado Nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. Rev. Perú Med Exp Salud Publica [Internet] 2014[marzo de 2017] Vol;31 :467-72 pagina 1 disponible en :

<https://scholar.google.com.mx>

5.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición .2012 RESULTADOS NACIONALES En: [en línea] [consultado el 19 de abril de 2017].

6.- Siqueira Fogal A, do Carmo Castro Franceschini S, Eloiza Priore, Minardi M R. Cotta and Queiroz A. Ribeiro. Brazil. Stature estimation using the knee height measurement amongst Brazilian elderly. Nutr Hosp. . [Internet] 2015 [marzo 2017] p:829

DOI:10.3305/nh.2015.31.2.7618P 830

7.-Ferreira-Melo A, Kuerten de Salles K., Kunradi VieiraF. and Gonçalves Ferreira M. Comparative analysis of height estimation methods in hospitalized adults and

elders. Análisis comparativo de los métodos de estimación de altura en adultos y ancianos hospitalizado. Nutr Hosp. [Internet] 2017 [abril 2017]. P:120

Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.986>

8.- Arboleda L; Ochoa A. Estrategias de acceso a los alimentos en los hogares de estrato 1, 2 y 3 de la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet] 2013 [mayo 2017] 31. P

9.-Mundo-Rosas V., Shamah-Levy Teresa, Rivera-Dommarco Juan. Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México. Salud pública de México. [Internet] 2013 [marzo 2017] 56, paginas

10.- Del Castillo S., Patiño G., F. Herrán O. Inseguridad alimentaria: variables asociadas y elementos para la política social. [Internet] 2012 [abril 2017]. P= 550 Biomédica. Disponible en: DOI:

<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.766>

11.-Vargas Puello V., Alvarado Orellana S. y Atalah Samur E. Inseguridad alimentaria en adultos mayores en 15 comunas del gran Santiago; un tema pendiente. Nutr Hosp. [Internet] 2013 [abril 2017]. P= 1431 Disponible en:

DOI:10.3305/nh.2013.28.5.6663

12.-Martinez-RodriguezJ, García-Chong N, Trujillo- OliveraL, Noriero-Escalante L. Inseguridad alimentaria y vulnerabilidad social en Chiapas: el rostro de la pobreza. (Spanish). Nutrición Hospitalaria. [Internet] [2015, Jan] [cited mayo 2017]; 31 (1):475-481.

13.- Vilar-compte A. Bernal-stuart A. , Orta-aleman D, Ochoa-rivera T, Perez-escamilla R. Is the latin american and caribbean food security scale an appropriate instrument for mexican urban older adults. The Journal of Frailty & Aging [Internet] 2014[abril 2017]. 3,

14.- Valencia-Valero RG, Ortiz-Hernández L., Disponibilidad de alimentos en los hogares mexicanos de acuerdo con el grado de inseguridad alimentaria. Salud Publica Mex [Internet] 2014 [abril 2017]. 56 (supp1) P= 155

15.-Rivera-Márquez J, Mundo-Rosas V, Cuevas-Nasu L, Pérez-Escamilla R. Inseguridad alimentaria en el hogar y estado de nutrición en personas adultas mayores de México. Salud Pública de México. [Internet] 2014 [marzo 2017] 56, (Supp1): s71-s78paginas s72

16.-Mundo-Rosas V, de la Cruz-Góngora V, Jiménez-Aguilar A, Shamah-Levy T. Diversidad de la dieta y consumo de nutrimentos en niños de 24 a 59 meses de edad y su asociación con inseguridad alimentaria. Salud Publica De México [Internet] 2014[marzo 2017] Vol 56 (supp1) paginas S40.

Disponible en:

<file:///E:/INVESTIGACIÓN/Articulos/Español/Diversidad%20de%20la%20dieta%20y%20consumo%20de%20nutrimentos%20en%20niños%20de%2024%20a%2059%20meses%20de%20edad%20y%20su%20asociacion%20con%20inseguridad%20alimentaria.pdf>

17.-Shamah Levy T., Mundo Rosas V. Instituto Nacional de Salud Pública. La experiencia del estudio de la seguridad alimentaria y nutricional en México. Instituto Nacional de Salud Pública Salud Pública México [Internet] 2014 [marzo 2017] 56 paginas.100.

Disponible en:

<file:///E:/INVESTIGACIÓN/Articulos/Español/simposio%20seguridad%20alimentaria.pdf>

18-Morales-Ruán MC, Méndez-Gómez Humarán I, Shamah-Levy T, Valderrama-Álvarez Z, Melgar-Quiñónez H. La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. Salud pública de México. [Internet] 2014 [abril 2017] 56. s56paginas

19.- Salvador Castell G, Pérez Rodrigo de la Cruz J and Aranceta Bartrina J. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS). Nutr Hosp. [Internet] 2015 [abril 2017]. P= 273

DOI:10.3305/nh.2015

20.- Pérez-Escamilla R, Villalpando S, Shamah-Levy T, Méndez-Gómez Humarán I. Household food insecurity, diabetes and hypertension among Mexican adults: Results from Ensanut 2012. Salud Pública de México [Internet] 2014[abril 2017] 56. P: s67

