

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**Escuela Nacional de Trabajo Social
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**



Como Influye el Grupo de Ayuda Mutua en la Actitud y Calidad de Vida de los Adultos Mayores

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Grupos de atención prioritaria
CAMPO DE CONOCIMIENTO: Trabajo Social
QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:**

PABLO GÓMEZ GUADARRAMA

DIRECTOR DE TESIS: DOCTOR JOSE DE JESUS SILVA BAUTISTA



Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa

MÉXICO D. F., SEPTIEMBRE DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a nuestra Máxima Casa de Estudios la Universidad Nacional Autónoma de México y especialmente a la Escuela Nacional de Trabajo Social por el cobijo académico que volvió a brindarme para desarrollarme de manera personal y profesional.

A mi Director de Tesis Dr. José de Jesús Silva Bautista por su profesionalismo, así como, creer y dirigir este proyecto, por las sugerencias e ideas, como también a la paciencia, disposición, tiempo y apoyo que brindo a lo largo de esta investigación y muy especialmente por esa calidad humana que le caracteriza.

Al Jurado Revisor de la Tesis Dr. José Marcos Busto Aguayo, Dra. Margarita Terán Trillo, Dra. Georgina Ortiz Hernández y Dra. Zoila Trujillo de los Santos, por enriquecer este trabajo a través de sus valiosas observaciones, experiencias y conocimientos, así como, sus aportaciones y comentarios que fortaleció e hicieron de esta una mejor tesis.

“Por mi raza hablara el espíritu”

A mi Familia

Agradezco su confianza, cariño y comprensión a quien siempre ha estado a mi lado Ma. Del Socorro León López, así como, a mis tres motivos que me impulsan para emprender nuevos retos en la vida, mis hijos universitarios y buenos deportistas Pablo Gómez León y Anait Estrella Gómez León.



Vivir Mejor



Como Influye el Grupo de Ayuda Mutua en la Actitud y Calidad de Vida de los Adultos Mayores



Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa

Tu salud nos mueve

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 6 |
| INTRODUCCION | 7 |
| I. EL ADULTO MAYOR | 10 |
| 1.1. Envejecimiento y vejez | 13 |
| 1.2. Gerontóloga y geriatría | 15 |
| 1.3. Vejez deficitaria | 17 |
| II. ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS QUE AFECTAN A LOS ADULTOS MAYORES | 23 |
| 2.1. Hipertensión arterial | 25 |
| 2.2. Diabetes Mellitus | 33 |
| 2.3. Obesidad | 37 |
| III. EL TRABAJO SOCIAL | 40 |
| 3.1. Antecedentes de Trabajo Social en México | 45 |
| 3.2. Definición y Concepto de Trabajo Social | 46 |
| 3.3. Modelos de intervención de trabajo social | 47 |
| 3.3.1. Modelo individual | 47 |
| 3.3.2. Modelo de grupos | 47 |
| 3.3.3. Modelo comunitario | 48 |
| IV. GRUPOS DE AYUDA MUTUA | 49 |
| 4.1. Definición y Concepto de grupo de ayuda mutua | 50 |
| 4.2. Promoción y difusión | 56 |
| 4.3. Equipo interdisciplinario y multidisciplinario de profesionales y Técnicos de la salud con especialidad en gerontología y geriatría | 64 |
| V. ACTITUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR | 68 |
| 5.1. Definición y Concepto de actitud | 68 |
| 5.1.1. Componentes de la actitud | 71 |
| 5.1.2. Función de las actitudes | 73 |
| 5.1.3. Modificación de la actitud | 75 |
| 5.2. Definición y Concepto de Calidad de vida | 78 |
| 5.2.1. Estilo de vida | 86 |
| 5.2.2. Beneficio social para los adultos mayores | 90 |
| VI. GRUPO DE AYUDA MUTUA PARA LA ACTITUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES | 94 |
| 6.1. Integración del grupo de ayuda mutua para la actitud y la calidad de vida | 94 |
| 6.1.1. Antecedentes, Implementación e Implantación | 95 |
| 6.1.1.1. Institución y espacio | 97 |

| | |
|--|------------|
| 6.1.2. Equipo interdisciplinario y multidisciplinario de profesionales y Técnicos de la salud | 97 |
| 6.1.2.1. Profesionales | 100 |
| 6.1.2.2. Técnicos | 100 |
| 6.2. Incorporación de Adultos Mayores al Grupo de ayuda mutua | 101 |
| 6.2.1. Detección de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus | 101 |
| 6.2.1.1. Referencia al médico para evaluación | 104 |
| 6.2.1.2. Tratamiento médico y no médico | 104 |
| 6.2.2. Elaboración y diseño de programas del grupo de ayuda mutua para la actitud y la calidad de vida | 105 |
| 6.2.2.1. Modificación de la actitud para el cambio de estilo de vida y mejoramiento de la calidad de vida | 111 |
| 6.2.2.2. Orientación e información para el beneficio del ajuste social para la percepción de calidad de vida | 111 |
| | |
| VII. METODOLOGIA | 113 |
| 7.1. Preguntas de investigación | 113 |
| 7.1.1. Pregunta general de investigación | 113 |
| 7.1.2. Preguntas específicas | 113 |
| 7.2. Hipótesis | 113 |
| 7.3. Objetivos de investigación | 114 |
| 7.3.1. Objetivos generales | 114 |
| 7.3.2. Objetivos específicos | 114 |
| 7.4. Variable de la investigación | 115 |
| 7.4.1. Dependientes (VD) | 115 |
| 7.4.2. Independientes (VI) | 116 |
| 7.5. Población | 117 |
| 7.6. Muestra | 117 |
| 7.7. Tipo de investigación | 118 |
| 7.8. Diseño de investigación | 119 |
| 7.9. Construcción de instrumento | 119 |
| 7.6.1. Encuesta y Cuestionario | 119 |
| | |
| VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS | 120 |
| | |
| IX. DISCUSIÓN | 155 |
| | |
| X. CONCLUSIONES | 176 |
| | |
| Bibliografía | 180 |
| | |
| GLOSARIO DE TERMINOS | 202 |
| | |
| Anexos | 203 |

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue adaptar un nuevo planteamiento de intervención para mejorar la actitud hacia la vida del adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes mellitus por medio de un Grupo de Ayuda Mutua para mejorar su calidad de vida. Cambiando los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por medio de actividad física, así como, cambiar los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, incrementando los conocimientos de su enfermedad, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para mejorar la calidad de vida y revertir la vejez patológica a una vejez saludable. Se selecciono una muestra de 44 sujetos adulto mayor que detectamos con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud "Dr. Rafael Carrillo", perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa, durante el periodo que abarco entre el día 7 de Julio hasta el 4 de Agosto del año 2010. Con una muestra, que fue una elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que ya mencionamos. Aquí, el procedimiento no es mecánico, ni sobre la base de fórmulas de probabilidad, sino que dependió del proceso, por lo que, tomamos esta decisión. El diseño fue Ex post facto, es decir a partir de lo que ya acontecido. Se aplico el programa de intervención al Grupo de ayuda mutua, con la comparación del pretest (antes) y el posttest (después), ya que con esto, se estuvo en posibilidad de interpretar y verificar que se promovieron cambios en la actitud, conformada por tres dimensiones; Creencias, Sentimientos y Conducta para mejorar la calidad de vida. El Cuestionario fue elaborado de Tipo de Respuesta de Escala Likert, para medir la variable Actitud siendo nuestro formulario definitivo que se aplico a los encuestados en donde cada uno de los 35 Items componentes del instrumento para interpretar y verificar los cambios en la actitud. El análisis de datos se realizo con el programa SPSS versión 15.0 en español incluyendo, un análisis factorial con rotación varimax y alfa de Cronbach para obtener la validez y consistencia interna del instrumento, así como, un análisis descriptivo que permite conocer la distribución de los datos obtenidos de las categorías de estudio, tanto sus frecuencias como sus porcentajes alrededor del centro de la distribución. Finalmente, un análisis de varianza y media, destacando el mínimo, el máximo y la desviación. En conclusión, los hallazgos obtenidos en este estudio, muestran la importancia que tiene el desarrollar de forma integral las habilidades de autocuidado del grupo de ayuda mutua para lograr la modificación de la actitud ante la vida y mejorar la calidad de vida del adulto mayor por lo que concluimos que la investigación realizada cumplió los objetivos planteados y respondió a las preguntas formuladas. No obstante, los resultados encontrados son representativos de la muestra por lo que no pueden generalizarse.

INTRODUCCION

El objetivo general de esta investigación, es lograr la modificación de la actitud ante la vida de los adultos mayores hipertensos y diabéticos dentro del grupo de ayuda mutua para cambiar los estilos de vida, donde partimos con el Planteamiento del problema, el cual enuncia: ¿Como influye un grupo de ayuda mutua en la modificación de la actitud y la calidad de vida en los adultos mayores hipertensos y diabéticos?. Por lo que, creamos la siguiente hipótesis: Si promovemos entre las personas adultas mayores la modificación de su actitud dentro del grupo de ayuda mutua, entonces el cambios de estilo de vida, romperá con el sedentarismo por actividades físicas, así como, cambios en los hábitos y costumbres en su nutrición no saludable por una saludable para modificar su calidad de vida. Por lo que nos trazamos un objetivo general que era: Lograr la modificación de la actitud dentro del grupo de ayuda mutua de los adultos mayores hipertensos y diabéticos, para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, así como, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, incrementar los conocimientos de su enfermedad, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y revertir la vejez patológica a la vejez saludable.

Nuestro universo de trabajo es la población, que captamos en la detección con las patologías crónicas degenerativas (hipertensión arterial y diabetes mellitus), en el Centro de Salud "Dr. Rafael Carrillo", perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa y por ende a la Secretaria de Salud del Distrito Federal. Aquí emprendimos el programa de mejoramiento de la calidad de vida saludable para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, esta población de 44 personas adultos mayores que fueron detectadas. (Estas personas son nuestros sujetos de investigación) Este tipo de muestra, fue una elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características anteriormente mencionadas. Aquí, el procedimiento no es mecánico, ni sobre la base de fórmulas de probabilidad, sino que dependió del proceso, por lo que, tomamos esta decisión, sobre el propio conocimiento de la población seleccionada para dicha investigación.

El tipo de investigación se aplicó en campo, ya que se realizo en el medio natural que rodea al adulto mayor hipertensos y diabéticos, ya que a partir de ellos, se estudio al grupo de ayuda mutua para la calidad de vida saludable del adulto mayor hipertensos y diabéticos para conocer su estructura y sus relaciones sociales, como también fue un estudio descriptivo, por su nivel de profundidad, en donde detallamos la situación de salud que los afecta, en relación con los indicadores de laboratorio clínico, como son la glucosa, la presión arterial, el peso, la talla y el índice de masa corporal. Así como los demográficos: edad, sexo, estado civil, y otras características. Como describimos algunas características fundamentales de conjunto homogéneos del fenómeno, tal como se presentan en la realidad, utilizando criterios sistemáticos que permitieron poner de manifiesto su estructura y comportamiento.

Para lo cual se realizó el análisis de las características demográficas de la muestra total considerando el sexo, la edad, el peso, la talla y los datos de laboratorio clínico, como la glucosa y datos de gabinete como la presión arterial, tomando en cuenta su frecuencia absoluta, el porcentaje y en algunos casos la media, así como, la comparación de los instrumentos de investigación en pretest (antes) y en postest (después) para poder medir las variables que se aplicaron como fue en el cuestionario voluntario de investigación para poder medir la variable Calidad de Vida, conformada por tres dimensiones que son la Sociodemográficas, los tratamientos y los cuidados médicos y no médicos, así como los tratos de su medio ambiente social. También, tendremos la descripción y comparamos los resultados obtenidos en la varianza, la media, la mínima y la máxima, así como, la frecuencia y los porcentajes de lo realizado en pretest (antes) y en postest (después) para poder medir la variable Calidad de Vida Saludable, conformada por tres dimensiones que son la Sociodemográficas, los datos de gabinete y laboratorio.

Los resultados obtenidos con el método de anotación escrita tienen, además, la ventaja de que se analizan más fácilmente por medio de la estadística. Para poder medir la variable actitud en escala tipo Likert, por que su simple confección y aplicación, y por poseer un buen nivel de correlación con otras escalas y criterios de medición de las actitudes. La escala consiste en una serie de afirmaciones relativas a un objeto actitudinal, de modo que la mitad de las mismas sean favorables al objeto actitudinal, y la otra mitad desfavorable al mismo. La conveniencia de dividir el número de afirmaciones favorables y desfavorables en dos mitades. Cada afirmación precede a cuatro alternativas.

Los resultados obtenidos en el estudio, así como el apoyo teórico-metodológico en que están sustentados, la validación del instrumento construido para este estudio y el diseño e implementación del programa de intervención. Se realizó en cuestionario tipo de respuesta escala Likert con 35 ítems, para la detección de la actitud y la calidad de vida de los adultos mayores, con aplicación en pretest (antes) y en postest (después) para poder medir las variables. Para medir la variable actitud, conformada por tres dimensiones que son Creencias, Sentimientos y Conducta. Se realizó un análisis factorial con rotación varimax y alfa de Cronbach para obtener la validez y consistencia interna del instrumento utilizado, así como, un análisis descriptivo que permitió conocer la distribución de los datos obtenidos de las categorías de estudio, tanto sus frecuencias como sus porcentajes alrededor del centro de la distribución. Finalmente, un análisis de varianza y media, destacando el mínimo, el máximo y la desviación. El análisis de varianza (Prueba T de Student). Esta prueba se realizó con el objeto de encontrar diferencias en las variables, realizándose un análisis de varianza, el cual reportó una diferencia entre el antes y después de la intervención en la muestra dada (N= 44), sobre los factores y se presentaron solo aquellas que fueron significativas, según la Prueba T para muestras relacionadas. Así como, conocer el efecto de dos o más variables independientes, a través de la utilización del programa SPSS versión 15.0 en español.

El Proyecto de investigación de tesis lleva como título **“Como Influye el Grupo de Ayuda Mutua en la Actitud y Calidad de Vida de los Adultos**

Mayores". El cual dividimos en 10 Capítulos con subcapítulos, siendo los siguientes el Capítulo **I. EL ADULTO MAYOR**; en donde tocamos el Envejecimiento y vejez, la Gerontología y geriatría, así como, la Vejez deficitaria. En el Capítulo **II. ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS QUE AFECTAN A LOS ADULTOS MAYORES**; en donde describimos la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y la Obesidad. En el Capítulo **III. EL TRABAJO SOCIAL**; mostramos la Definición y Concepto de Trabajo Social, los Antecedentes de Trabajo Social en México, describiendo los Modelos de intervención de trabajo social, en el Modelo individual, el Modelo de grupos y el Modelo comunitario. Siguiendo con el Capítulo **IV. GRUPOS DE AYUDA MUTUA**; en donde revisamos la Definición y Concepto de grupo de ayuda mutua, la Promoción y difusión, el Equipo interdisciplinario y multidisciplinario de profesionales y Técnicos de la salud con especialidad en gerontología y geriatría. Para continuar con el Capítulo **V. ACTITUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR**; con la Definición y Concepto de actitud, los Componentes de la actitud, la Función de las actitudes, la Modificación de la actitud, así como, la Definición y Concepto de Calidad de vida, el Estilo de vida (costumbres y hábitos) y el Beneficio social para los adultos mayores. Considerando el Capítulo **VI. GRUPO DE AYUDA MUTUA PARA LA ACTITUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES**; analizando la Integración del grupo de ayuda mutua para la actitud y la calidad de vida, los Antecedentes, Implementación e Implantación, así como, la Institución y el espacio, el Equipo interdisciplinario y multidisciplinario de profesionales y Técnicos de la salud, conformado por Profesionales, Técnicos y la Incorporación de Adultos Mayores al Grupo de ayuda mutua, la Detección de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, la Referencia al médico para la evaluación y el Tratamiento médico y no médico, así como, la Elaboración y diseño de programas del grupo de ayuda mutua para la actitud y la calidad de vida, para la Modificación de la actitud y el cambio de estilo de vida y mejoramiento de la calidad de vida, con la Orientación e información para el beneficio del ajuste social para la percepción de calidad de vida. Implementando en el Capítulo **VII. METODOLOGIA**; las Preguntas de investigación, con la Pregunta general y las Preguntas específicas, creando las Hipótesis y los Objetivos de investigación con los Objetivos generales y los Objetivos específico, describiendo la Variable de la investigación tanto las Dependientes (VD) como las Independientes (VI), describiendo la Población y su Muestra, mostrando el Tipo de investigación y el Diseño de investigación, así como, la Construcción de los instrumentos, sin dejar de lado la aplicación de las Encuesta y el Cuestionario. Llegando al Capítulo **VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS**; Así como en el Capítulo **IX. DISCUSIÓN**; Y por ende al el Capítulo **X. CONCLUSIONES**; Sin obviar la bibliografía y los anexos.

I. EL ADULTO MAYOR

Para hablar del Adulto Mayor debemos entender primero, el proceso del envejecimiento de una población, la cual, se produce cuando descienden los niveles de fecundidad y mortalidad. El indicador más utilizado comúnmente para medir el envejecimiento de un grupo poblacional es el que muestra la proporción de personas de 60 años o más en relación con el total de habitantes de determinada región. Otro de los indicadores que nos facilita comprender la estructura de edades de una población es el llamado **índice de envejecimiento**, el cual muestra el número que se tiene de personas de 60 años o más por cada 100 de 0 a 14 años. Uno de los problemas que enfrentan los países con acelerado envejecimiento de la población, como México, consiste en consolidar, en un corto tiempo, una infraestructura social para adultos mayores que hoy día, al menos en nuestro país, es muy deficiente. Asili, N. (2004).

En el tema de las personas adultas mayores el Estado empieza a desarrollar estrategias, marcando como una prioridad del Gobierno Federal y de todos los sectores de la sociedad, interesados en el bienestar de los hombres y mujeres de 60 años de edad y más en nuestro país. **La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, (2007) nos dice en el **Artículo 3o.** Para los efectos de esta Ley, se entenderá en el inciso, I. por: Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. Confirmando el gran interés de los legisladores, que con su trabajo e investigación elaboraron el instrumento jurídico que, sin duda, es una gran herramienta para hacer valer los derechos de este grupo etario, así como para revalorarla, ya que es la memoria y cimiento de lo que hoy es nuestra gran nación. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (**INAPAM**), organismo al que se le confía la rectoría de las políticas públicas para la atención de este grupo de la población, se fortalece con tal Ley, la cual se constituye como el eje de las acciones que gobierno y sociedad realizarán a favor de nuestros adultos mayores (Idem. 2007).

El envejecimiento de una población es producto principal de las mejoras en la salud, particularmente de las medidas públicas de sanidad y de la tecnología médica, las cuales disminuyen la mortalidad y permiten que más personas lleguen a las edades avanzadas. A su vez, la creciente participación de las personas envejecidas trae otras preocupaciones, como la calidad de vida en los adultos mayores. Esto es porque son las edades donde existe mayor vulnerabilidad ante las enfermedades crónicas y las discapacidades. En este estudio se presentan, primeramente, estimaciones numéricas de cómo han evolucionado las esperanzas de vida y cómo se esperan en el futuro. En seguida se muestra cómo puede ser la calidad en los últimos años de la vida al evaluar cuántos años de los que restan se pasarán libres de enfermedades y discapacidades. No se trata de pronósticos individuales sino de los promedios esperados en una población.

En México, sólo 25% de los adultos mayores cuentan con recursos suficientes para enfrentar la vejez, Graciela Casas Torres, Directora de la Escuela Nacional de Trabajo Social, de la Universidad Nacional Autónoma de México¹, se pronuncia porque los adultos mayores tengan reconocimiento social; esta población debe contar con una propuesta de participación ciudadana y acción en el entorno de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) que indican hasta 2008 la esperanza de vida de la población mexicana es de 75.1 años; 77.5 en las mujeres y 72.7 en los varones. En este sentido, Quintana Roo es la entidad con la gente más longeva, con 76.2 años, seguida por Oaxaca, 74.2; Chiapas, 74.1; Veracruz, 73.9; y Guerrero, 73.5 años.

El mismo Instituto señala que en el Censo de Población y Vivienda 2006, se anota que el segmento de los mayores de 60 años crece en términos absolutos y relativos. Así, en el último quinquenio, el total con 60 años y más se incrementó en 1.4 millones; pasó de representar 7.1% del total poblacional en el año 2000, a 8.1% en el último ejercicio.

Desde una perspectiva global, datos de la **OMS** (1997), apuntan que cerca del 70% de los mayores se encuentran en una situación de total auto-suficiencia desde el punto de vista físico, psicológico y social. Requiriendo apenas intervenciones de tipo preventivo, teniendo en cuenta el mantenimiento de su autonomía y calidad de vida.

Entretanto, cerca del 15% de los mayores tendrán una situación de semi-dependencia relacionada con la pérdida gradual de capacidades físicas y cognitivas, que va a la par con el proceso de envejecimiento en edades más avanzadas. En estos casos, se torna necesario algún apoyo de la familia o de otras estructuras informales de cuidados.

La situación se agrava para cerca del 10% de nuestros mayores, en los cuales se instalaran enfermedades que determinarán una acentuada reducción de sus capacidades, en el nivel de las actividades de vida diaria. Se hace, entonces, necesario que el apoyo informal se complemente con cuidados de salud y servicios prestados por las estructuras formales de salud y apoyo psicosocial.

En México, el cuidado de los Adultos Mayores está proporcionado principalmente por la familia. Existen sitios donde se les puede brindar atención, como son el DIF y los respectivos institutos de salud, aún así, no todos tienen la posibilidad de acceso, en ocasiones por falta de dinero y en otras, por falta de conocimiento.

Nuestra población está envejeciendo, de ser un país de jóvenes nos convertiremos en un país de adultos mayores. Las proyecciones del Consejo Nacional de Población con respecto a la cantidad de adultos mayores de 60 años, en el año 2000 fueron de 6 ,752 ,115; para el año 2010 de 9 ,673 ,466 y para el 2050 será de 35 ,956 ,096. Cada uno de ellos requerirá atención integral. Se espera que el 85% de la población de adultos mayores de 65 años necesitará de la ayuda de otra/s persona/s para realizar una vida normal y

¹ Gaceta UNAM, 1 de septiembre de 2008. Número 4,096.

contar con la Pensión Alimenticia para los adultos mayores de 68 años o más por parte del Gobierno del Distrito Federal.

La esperanza de vida (EV), es una medida del avance social y económico de una sociedad. Es el número promedio de años que restan por vivir en un grupo de la misma edad. La más conocida de todas es la EV al nacer, a edad cero. Mostramos los cambios que han tenido la EV de hombres y mujeres en México, a distintas edades, desde 1930 a 2005 y con una proyección a 2030 (CONAPO, 2006).

En México la EV, nos cuentan de las circunstancias sociales y económicas. Bajo las condiciones de mortalidad de 1930 los niños recién nacidos vivirían en promedio 35.5 años y las niñas 37.0. Esos promedios tan bajos son principalmente resultado de la gran mortalidad infantil de la época. Aquellos que llegaban con vida a su primer año de edad eran los más fuertes y favorecidos familiar, social y económicamente, lo que se refleja en la EV a edad 1, de 42.7 en hombres y, 43.3 en mujeres. La mayor mortalidad en las primeras edades también se extendía después del primer año, como lo muestra que la EV a edad cinco sean mayores, 46.2 y 47.2 respectivamente. En ese año de 1930 las personas de 65 años en promedio vivían casi 11 años más.

Las diferencias entre 1930 y 1950, son muchas y se debieron a las campañas masivas de vacunación, la ampliación de las redes de agua potable y drenaje y la comercialización de los antibióticos. En todo caso estos factores y los subsecuentes incrementos, se deben a avances sociales y económicos. De esta manera, en la actualidad la EV al nacer en hombres es 72.7 años y 77.5 en mujeres; ya la diferencia con la EV a edad 1 es muy poca, lo cual indica un sustancial abatimiento de la mortalidad infantil. Un aspecto a resaltar es que la baja de la mortalidad en todas las edades, pero principalmente en la infancia y la niñez, es lo que da lugar a la sobrevivencia a edades adultas y mayores en lo que constituye el envejecimiento poblacional. Ya en 2005, a edad 65, la EV masculina es 18.4 y la femenina es 19.7. De acuerdo con las proyecciones, en 2030 se prevé una esperanza de vida al nacer de 80.0 en hombres y de 83.7 en mujeres, de modo que la mayoría vivirán a los 65 años con EV de 20.8 y 22.2 respectivamente. En estas condiciones las personas de más de cien años comienzan a aparecer, serán cada vez más frecuentes y a mitad de siglo serán abundantes.

Hay algunos aspectos sobre la EV a considerar. Uno es que como número es un reflejo exclusivamente de la mortalidad. Sus cambios en el tiempo dicen que se vive más, pero no hablan de cómo se ha logrado y cómo se viven los años adicionales. Los logros vienen de progresos en la salud pública, la atención medica, el nivel de vida, la alimentación, los hábitos y la escolaridad. Factores importantes han sido el abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias y la salud reproductiva. Asimismo, no ha sido un proceso uniforme entre naciones ni dentro de países. En el caso de México, geográficamente las mayores EV se encuentran en las zonas urbanas y en el norte del país, mientras que son menores en zonas rurales, el sur y el este. Socialmente las diferencias están relacionadas con marginalidad, pobreza y etnicidad (CONAPO, 2006).

1.1. Envejecimiento y vejez

El punto de partida para entender el proceso de envejecimiento es el concepto que tengamos de él. De acuerdo con la Asamblea Mundial del Envejecimiento de 1982, la biología del envejecimiento debe dedicarse a describir y explicar los cambios que a nivel molecular, celular, tisular, y orgánico se manifiestan conforme avanza la edad. Intuitivamente, asociamos el envejecimiento con desgaste, con pérdida, deterioro, daños, errores o fallas orgánicas, todo lo cual tiene su correlato con alteraciones orgánicas de prácticamente cada aparato o sistema del cuerpo, de manera que estas evidencias, en primera instancia, perfilan al envejecimiento como un cambio deletéreo, irreversible y progresivo que preludia la muerte (Strehler, Mildvan, 1960, citado por Asili, N. 2004).

El envejecimiento es un conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte. Tales cambios varían considerablemente, en el tiempo y gravedad de los acontecimientos, según las distintas especies, y de un organismo a otro. En el hombre, estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de algunas células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos, y la disminución general del tono corporal. Los biólogos interesados por el envejecimiento investigan dichos cambios o centran su atención en los déficit e incapacidades corporales que se acumulan con la edad, si bien, éstos parecen ser un resultado más directo de las enfermedades, el estrés, o factores ambientales. No existe ningún consenso científico sobre la verdadera naturaleza del proceso del envejecimiento. Asili, N. (2004).

El proceso del envejecimiento humano debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales. Además, en lugar de limitarse exclusivamente a la etapa de la vejez, su estudio se está extendiendo a todo el periodo vital.

La tendencia actual con respecto al envejecimiento plantea la existencia de un antecedente genético, que sumado al estilo de vida y a las condiciones en las cuales vive, determinan el patrón de envejecimiento de cada persona y el estado de salud al envejecer. En este proceso se deben considerar cambios cronológicos, biológicos, psicológicos y sociales que constituyen las diferentes edades del individuo, así:

Edad Cronológica: Edad calendario, usualmente se asocia con la edad biológica. A mayor edad, mayor vulnerabilidad.

Edad biológica: El sustrato biológico, cuyo deterioro progresivo puede conducir a una mayor vulnerabilidad al envejecer.

Edad Social: conjunto de capacidades conductuales de adaptación a las situaciones cambiantes del medio ambiente, a medida que transcurre el tiempo. Condicionada por factores del pasado, del presente y del futuro de cada individuo.

Vejez: Este concepto está más relacionado con el escenario social, en el cual cada persona es tan anciana como se siente y no necesariamente está condicionado con la edad cronológica que posea. De allí, que el término vejez es más subjetiva y propia de cada individuo y no de la denominación objetivada por los estudiosos de la Geriátrica y la Gerontología.

El concepto de vejez fue variando tanto más en los últimos años que en el curso de toda la historia². En el siglo XIII tenían viejos a los 30 años y a principios del siglo XX, un hombre de 40 años ya era un hombre mayor. También hay que tener en cuenta la diversidad de nombres con los que se denomina a esta etapa: tercera edad, luego abuelos, años dorados, cuarta edad, vejez, ancianidad, senescencia, senilidad, gerontes, adultos mayores. Algunos términos son peyorativos, otros paternalistas. Envejecer no siempre es cumplir años y arrugarse, sino que en muchas personas, supone alcanzar madurez y agrandar posibilidades. Incluso Yates (1996) señala que envejecimiento puede ser definido como “cualquier cambio temporal en un objeto o sistema... que puede ser bueno, malo o indiferente a un determinado juez u observador” (p. 545).

Fericgla (1992-35.) establece una distinción entre envejecimiento y vejez, de la siguiente manera:

“El envejecimiento es catalogado como un proceso universal, individual, irreversible, declinante y heterogéneo, que implica cambios a nivel celular, tisular, y orgánico; en tanto que la vejez, es una etapa del ser humano, es un concepto abstracto, que nadie como la propia persona puede precisarlo, no sabe cuando comienza”.

Con la anterior distinción propuesta por el autor, se puede inferir que el envejecimiento está relacionado directamente con los cambios a nivel neurofisiológico y músculo esquelético que ocurren en el ser humano en general. Mientras que la vejez, como etapa inherente al ciclo vital del individuo posee una connotación más subjetiva, en tanto depende de la percepción de la persona e incluso del contexto sociocultural donde ésta se desenvuelva.

En todo caso el incremento en la Esperanza de Vida y el envejecimiento señalan nuevos cuadros epidemiológicos donde dominan las enfermedades no transmisibles y degenerativas como son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los tumores malignos, artritis, demencias e incapacidades. Se trata de morbilidades que no tienen cura, que no son inmediatamente letales y que pueden provocar deterioros serios en la calidad de vida. Es así que la principal acción es controlarlas de manera que interfieran lo menos posible con el bienestar en la vejez. Ante este panorama existen

² Accesado en <http://www.rusell.com.ar/tercedad.htm>.sep.2000

ahora esfuerzos y algunos avances en la geriatría. Sin embargo, la parte desafortunada es que los tratamientos demandan atención continua y de gran costo, lo que los aleja de la población de escasos recursos. Jagger, C. (1999).

Esta descripción nos lleva a algunos supuestos y preguntas. Ante las evidencias de que cada vez hay más personas que sobreviven para llegar a edades mayores y que la vida se alarga en las edades avanzadas, ¿cómo van a incidir las enfermedades crónicas y degenerativas?, ¿qué tan importantes van a ser las incapacidades?, ¿cuáles van a ser sus efectos en la calidad de vida, el entorno familiar y la sociedad en general?

Estas preguntas y las posibles respuestas no son temas aislados y más bien hay una gran interrelación entre envejecimiento, mortalidad, salud y bienestar. Unos supuestos dicen que conforme hay mejores oportunidades para evitar las enfermedades y aminorar sus consecuencias en todas las edades, es así que también se evita la muerte y se logra la longevidad. De esta manera no sólo se vive más sino que se vive en mejores condiciones. Pero otros supuestos indican que el avance de la medicina y su práctica buscan en primer lugar evitar la muerte, no importando en qué condiciones se sobreviva. Se encuentra así que la vida se puede prolongar aunque se tengan enfermedades e incapacidades. Lo que se ha encontrado es que no existe una diferencia tajante entre una y otra suposición, y la realidad es una mezcla. Robinw, J-M. (1999-17-48). En las comunidades social y económicamente avanzadas, el envejecimiento se logra en armonía con otras características y predomina el primer caso. En las sociedades no totalmente desarrolladas se pueden importar tecnologías médicas, alargar la vida, pero con antecedentes de perjuicios en la salud. Mejores condiciones socioeconómicas permiten oportunidades de prolongar la vida en buenas condiciones, mientras que en grupos marginados la longevidad es menor y están propensos a la vejez con enfermedades e incapacidades. Crimmins, E. y Emmanuelle C. (2003-111-126).

En otras situaciones, el compensar las limitaciones funcionales especialmente cuando surgen en la vejez, puede requerir ajustes que implican cambios, tanto en las actividades laborales, recreativas, sociales y cotidianas. Cuando estas limitaciones restringen de manera significativa el desempeño del adulto mayor pueden conducir a una disminución en su calidad de vida.

Circunstancias, que empeoran al combinarse algunos de los factores arriba mencionados como: a mayor edad, puede coexistir una enfermedad que genere discapacidad y repercutir en la disminución de posibilidades del adulto mayor para percibir una renta (para tratamientos, prótesis, procesos terapéuticos y otros), característica común del adulto mayor, haciendo que sea más difícil convertir esa renta, en caso de que exista, en “capacidad” término utilizado por Sen (1997) para lograr las mismas funciones de otros.

1.2. Gerontología y geriatría

Etimológicamente, la palabra gerontología procede del vocablo griego *Geronto*= anciano, y *logos*= tratado; es el estudio de la vejez. Entendemos esto

como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad. Por lo tanto, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etcétera, sobre el envejecimiento. Mientras que la geriatría procede también del griego *Geron*= vejez, y *tría*= curación; es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez. La Geriatría es una parte de la Gerontología. Fernández-Ballesteros, R. (2000).

Es relativamente común que la persona leiga confunde la gerontología con la geriatría. La biología del envejecimiento tiene una historia reciente, prácticamente iniciada en el presente siglo. En efecto, uno de los primeros estudios publicados sobre el tema data de 1903, cuando Metchikoff (1845-1916) -Premio Nóbel de Medicina- expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez el término de gerontología. El término "geriatría" fue introducido por Nasher (1863-1844), quien aparece por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment*. Quien, parafraseando al bien establecido "pediatría", denominó así, la especialidad médica que debía ocuparse de las enfermedades de las personas mayores. Incluso la primera Sociedad de Geriatría (la American Geriatrics Society) es tres años anterior a la Sociedad de Gerontología (la Gerontological Society). Birren, J. (1996).

Así, no cabe ninguna duda de la diferencia entre ambas disciplinas: ni en su origen ni en su objeto de conocimiento son equiparables; mientras que la primera es típicamente multidisciplinar y se ocupa de la vejez y el envejecimiento, la segunda es una rama de la medicina cuyo objeto epistémico son las enfermedades que ocurren en la vejez, aunque teniendo un interés lógico por los procesos de envejecimiento básicos. Como decía en otro lugar (Fernández-Ballesteros, R. 1997), a pesar de estas claras distinciones, no cabe duda de que a ambas disciplinas les interesa la mutua colaboración. La geriatría, como especialidad médica, enfatiza los determinantes biológicos de la enfermedad y la salud en la vejez, lo cual parece ser coincidente con la visión biologista del envejecimiento que forma (el *mainstream*) la parte que se considera principal en lo cultural. En otras palabras, el lego, el hombre de la calle, considera que lo que ocurre en la vejez es el resultado exclusivo de condiciones biológicas del organismo humano y que los aspectos culturales, sociales o psicológicos tienen escasa relevancia. Sin embargo, el envejecimiento humano no sólo se rige por principios de determinación biológica, sino también por principios de determinación sociocultural. Fernández-Ballesteros, R. (2000).

La gerontología verdaderamente requiere de la interdisciplinariedad, en reconocimiento del hecho de que en orden a cumplir sus objetivos docentes, investigadores y aplicados, extrae contenidos teóricos, empíricos y metodológicos de varias disciplinas, bien establecidas y separadas entre sí, como la biología, la psicología y la sociología, lo cual implica un alto y permanente grado de integración. La gerontología, como disciplina científica, está conformada con base en conocimientos bien delimitados procedentes de otras ciencias y, por tanto, es multidisciplinar, el componente interactivo, interdisciplinar, se expresa tanto en el gerontólogo cuyo comportamiento

científico supone algo distinto de lo que hace el biólogo, el psicólogo o el sociólogo como en el problema o la demanda a la que el gerontólogo se enfrenta: en esta demanda frecuentemente se integran problemas biológicos, psicológicos y sociales; la solución que se da ante un determinado problema supera lo biológico, psicológico o social. Fernández-Ballesteros, R. (Op. Cit. 2000).

1.3. Vejez deficitaria

¿De qué morimos hoy? Los seres humanos siempre hemos intentado evitar el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Pero en toda nuestra historia nunca se ha logrado disponer de medios tan eficaces como los que hoy están a nuestro alcance para combatir la enfermedad, mitigar el dolor y retrasar el final inevitable.

Si habitamos en un país de los llamados desarrollados y tenemos un poco de suerte, probablemente superaremos los ochenta años de edad y la mayor parte de esos años los habremos vivido con una aceptable calidad de vida; a lo sumo habremos padecido algunas enfermedades que la medicina moderna habrá resuelto con eficacia. Sin embargo, esta ventaja es una adquisición muy reciente de los seres humanos. (Ridley, M. 2000).

Hasta hace apenas un siglo, la elevada tasa de mortalidad que nos afligía era consecuencia, sobre todo, de las deficientes condiciones higiénicas, de la desnutrición y de las infecciones: el consumo de agua sin potabilizar, el acoso de los parásitos, la precaria alimentación de la mayor parte de la población que ocasionaba la falta de algunos nutrientes esenciales, los virus y los microbios que atacaban sin descanso y provocaban la aparición de numerosas enfermedades. Estas deficiencias sanitarias y sociales ocasionaron que la esperanza de vida, hasta hace un par de siglos, no superara los cincuenta años de edad.

Esta situación de precariedad sanitaria comenzó a cambiar en la primera mitad del siglo XX. Fue entonces cuando se produjeron una serie de descubrimientos científicos que permitieron vislumbrar la esperanza de vida de combatir con eficacia las causas principales de tantas enfermedades y sufrimientos que nos afligían en cada etapa de nuestra vida. Ya desde finales del siglo XIX se sabía que las infecciones no se producían por las emanaciones que se desprenden de sustancias o vegetales en descomposición, ni por los espíritus malignos, sino por la actuación de unos seres vivos muy diminutos llamados microbios. Pronto se desarrolló la técnica de inmunización mediante las vacunas, que protegían frente al ataque de algunos de los microbios más peligrosos, y luego se descubrieron los antibióticos, unas medicinas maravillosas fabricadas por determinados hongos que son capaces de neutralizar y destruir a los microbios dentro de nuestro organismo, sin causarnos ningún daño. Por fin la humanidad había logrado vencer a sus enemigos más feroces, a los agentes causantes de tantas epidemias, que habían diezmando a las poblaciones durante siglos.

También, hacia la mitad del siglo XX, tras la segunda guerra mundial, se produjo una revolución en las técnicas de producción y distribución de alimentos mediante la mecanización y la planificación científica de la agricultura y de la ganadería. Con ello, al menos en una parte del mundo, se vencían otros de los problemas históricos de la humanidad: el hambre y la desnutrición. El desarrollo de la industria agroalimentaria y de la tecnología de los alimentos permitió que llegaran hasta nosotros una gran abundancia y variedad de alimentos, algunos muy calóricos y extremadamente apetecibles. La desnutrición estaba vencida y por el contrario comenzó una época de excesos en el aporte de nutrientes y de energía a nuestro organismo; este derroche aún continúa y se acrecienta de año en año en los países desarrollados y sobre todo en aquellos en vías de desarrollo como India o China, entre otros.

Y hoy, en los albores del siglo XXI, con la higiene bien establecida entre la población, con la mayor parte de las infecciones bien controladas y con una alimentación variada e ilimitada, la esperanza de vida ha aumentado y muchas personas se enfrentan al último tercio de su vida con buen estado de salud, buena movilidad y ánimo de hacer aún muchas cosas en el tiempo que le reste de vida. Esto ocasiona que gran parte de la población comience a preocuparse por aquellas enfermedades que se desarrolla preferentemente en la edad adulta avanzada, que son las que pueden acotar la vida o reducir su calidad de vida. ¿De qué enfermedades estamos hablando? Fundamentalmente del cáncer, de las enfermedades metabólicas, la diabetes, la hipertensión, la obesidad y sobre todo de las enfermedades cardiovasculares, que afectan al corazón, a las venas y a las arterias y que desencadenan el ictus o accidente vascular cerebral y el infarto de miocardio (cardiopatía coronaria) o las enfermedades de los vasos de las piernas. Podemos asegurar que casi la mitad de la población en los países desarrollados se muere a causa de los problemas cardiovasculares. Las autoridades sanitarias internacionales alertan que la enfermedad cardiovascular, en breve, también acabará sobrepasando a las enfermedades infecciosas como principal causa de muerte en muchos países en desarrollo, como la India y China.

Estas enfermedades metabólicas y cardiovasculares son muy poco frecuentes en las sociedades subdesarrolladas, donde la forma de vida se ajusta exclusivamente a un modelo agrícola y ganadero tradicional. Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado la relación directa que existe entre estas enfermedades metabólicas y cardiovasculares y el bienestar económico y social. Algunos opinan que las enfermedades metabólicas y cardiovasculares son enfermedades de la hiperalimentación, de la falta de comunicación entre las personas, de la soledad, del sedentarismo, del estrés laboral y del aburrimiento; son enfermedades de la civilización. (Bauer, M. y Ziegler, G. 2003).

Uno de los escollos más importantes con las que tropezamos es el intentar asimilar que las enfermedades que más nos preocupan por encima de los 40 años de edad se puedan desencadenar a causa de los hábitos de vida no saludables. Porque el que uno acabe enfermo trabajando hasta caer exhausto, o soportando temperaturas extremas o viviendo meses en condiciones de mala alimentación, o habitando en lugares insalubres, es algo que consideramos

lógico, que a nadie extraña. Pero que hoy día la causa principal de enfermedad y mortalidad sea el alimentarse no saludablemente y el estar en casa confortablemente sentado viendo la televisión durante horas, la verdad es que resulta difícil de asumir para muchas personas. Consideramos que muchas de estas enfermedades que hoy nos afligen resultan de la incompatibilidad entre el diseño evolutivo de nuestro organismo y el uso que hoy le damos.

Nosotros somos el resultado de millones de evolución biológica. Nuestros genes han evolucionado adaptando nuestro organismo a las diferentes formas de alimentación, que los cambios en el ambiente impusieron a nuestros ancestros. En consecuencia, nuestro diseño metabólico es el resultado del ajuste continuo a esos cambios. Y ese diseño fue tan eficaz que permitió que nuestra especie evolucionara hasta el estado actual superando todas las dificultades medioambientales que encontró en su camino de millones de años y desarrollo un cerebro que es una construcción única en el mundo biológico. Pero hoy las circunstancias ambientales y la alimentación someten nuestro diseño evolutivo a un uso inadecuado, y el organismo responde a esa presión con la enfermedad. (Campillo, J. E. 2006).

La transición epidemiológica, experimentada por la mayoría de los países, se caracteriza por la disminución de muertes debidas a enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimientos crónico-degenerativos. Esto impone desafíos importantes al sistema de salud ya que las enfermedades no transmisibles, las crónico-degenerativas y las lesiones, ahora más comunes, requieren de enormes recursos para su prevención y tratamiento. Este cambio epidemiológico, sumado al rápido envejecimiento de la población, se traducirá en el futuro inmediato en un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios. Estos, además de reorientarse a la atención de las enfermedades crónicas, deberán considerar las discapacidades que generan dichas enfermedades.

Ya desde la década de los noventa podemos observar en México los efectos de la transición epidemiológica acompañada del proceso de envejecimiento en la demanda de los servicios de salud: en 1995 en el IMSS una de cada cinco consultas fue otorgada a una persona adulta mayor (Gutiérrez, L. M. 2004). En cuanto a la morbilidad hospitalaria en 2003, 13% del total de egresos hospitalarios correspondió a personas de 65 años y más, 19.9% entre los varones y 9.9% entre las mujeres.

Cabe mencionar que en México la transición epidemiológica no ha sido cabal; el descenso de las enfermedades transmisibles de la nutrición y de la reproducción, siguen representando una carga importante y, por tanto, debe hacerseles frente a la vez que las enfermedades crónico-degenerativas demandan recursos importantes. Actualmente el Sistema de Salud en México está más preparado para atender las enfermedades agudas que las crónicas; y en el caso de las crónicas, más en el sentido de evitar la muerte una vez que se presenta el padecimiento que de impedir su aparición. De ahí que se requieran adecuaciones en los servicios de salud de modo que puedan atender la demanda creciente de patologías que afectan más a la población envejecida

y que requieren de una atención especializada y de duración hospitalaria prolongada.

Aunado a lo anterior se espera que la demanda de servicios de salud crezca debido al incremento de la escolaridad ya que la gente está más consiente de sus derechos sociales y, por tanto, es capaz de demandar servicios de salud cada vez más adecuados a sus necesidades en términos de cantidad y calidad. Este es el panorama que se avecina cuando todavía no contamos con un sistema de salud que de respuesta suficiente a la demanda actual y, por tanto, en un ambiente de insatisfacción del usuario de los servicios (Gutiérrez. 2004). En el año 2000 sólo la mitad de los adultos mayores tenía garantizado el acceso a los servicios de salud de manera gratuita ya que eran derechohabientes del IMSS, del ISSSTE y de otras instituciones.

Las enfermedades y las discapacidades generalmente atribuidas al propio proceso de envejecimiento, no son universales y ello se debe en buena medida a la calidad de vida que se tuvo desde el nacimiento. Las discapacidades son resultado, por ejemplo, de la anemia o la osteoporosis que pueden evitarse si a lo largo de la vida se cuenta con una buena nutrición, si se realiza el ejercicio adecuado y, además, se tiene acceso a un buen sistema de cuidado de la salud. Estas condiciones son requisito casi indispensable para llegar sano a edades avanzadas. Se trata de condiciones que se van creando desde la infancia y las cuales son imposibles de alcanzar en situaciones de pobreza. INM (2005).

El envejecimiento se acompaña de una pérdida de masa ósea, que predispone a la osteoporosis y a la fractura de cadera; de una elevación de la presión arterial, que predispone a la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares; el envejecimiento se acompaña de la aparición de resistencia periférica a la insulina, que, junto a otros factores, facilita el desarrollo de diabetes; el envejecimiento se acompaña de alteraciones en el sistema inmune, que predisponen a padecer infecciones, enfermedades autoinmunes y algunos tipos de tumores, etc. Pero el envejecimiento también se acompaña de pérdidas psicológicas (memoria, inteligencia fluida) y cambios sociales (jubilación, fallecimientos de familiares y amigos, pérdida de las redes de apoyo social) que modulan y condicionan las manifestaciones de la enfermedad y su pronóstico. Fernández-Ballesteros, R. (2000).

De la mayoría de las causas la diabetes Mellitus y la cardiopatía isquémica generan individualmente una gran parte del peso de la enfermedad en el país, cabe destacar que muchas de ellas requieren de una buena intervención en la población más afectada. Con base en estos indicadores es importante destacar que las prioridades de educación para la salud tiene que considerarlos por que dentro de las causas de mortalidad general destacan problemas que pueden revertirse, y que de no intervenir oportunamente se transforman en patologías crónico degenerativas, como la diabetes, que no originan la muerte inmediata, pero que si requieren de un alto costo en el tratamiento médico y quirúrgico a largo plazo, pérdida de productividad por discapacidades asociadas y muerte prematura.

En el Distrito Federal existe un perfil demográfico similar al nacional caracterizado por tener como primeras causas de muerte a padecimientos crónicos degenerativos, del corazón, diabetes, cáncer y las enfermedades cerebrovasculares. La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, alrededor del 26% de la población de 20 a 69 años padece esta enfermedad y cerca del 60% de los individuos afectados desconocen su condición de hipertensos. Este padecimiento está asociado tanto a la enfermedad isquémica del corazón como a las enfermedades cerebrovasculares, primera y cuarta causa de muerte en la tabla de mortalidad general en el Distrito Federal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la utilización de dos nuevos indicadores. El primero es la esperanza de vida saludable, que mide el número de años de buena salud que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada, los datos que reporta la Secretaría de Salud corresponden al 2000. Los datos proporcionados en informes Epidemiológico de las Enfermedades Crónicas en México, con estimaciones realizadas del 2000 al 2050 la esperanza de vida se ha incrementado del 2004 al 2015 reportan en la mujer en 77 años y en el hombre en 74. El segundo indicador corresponde a los años de vida saludable, evalúa la merma en salud que resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad. Así este indicador facilita la presentación de la información sobre las principales necesidades de salud, que incluyen las causas de enfermedad, las causas de muerte y los factores de riesgo. (Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de salud, México 2001.)

La diabetes mellitus ocupa el tercer lugar como causa de muerte en el país y el segundo entre las causas de mortalidad general en el Distrito Federal con una tasa de 73.2 por 100 mil habitantes. Alrededor del 60% de las muertes por diabetes, ocurre después de los 65 años de edad y el 30% de los que presentan desconoce que está enfermo. Cuando son diagnosticados ya presentan complicaciones crónicas graves, disminuyendo así su esperanza de vida.

Es necesario el conocimiento de la situación actual de nuestro país con relación al Sistema Nacional de Salud (2001-2006) se toma como indicador importante para la valoración del estado en que se encuentra la salud de la población las evaluaciones epidemiológicas, las muertes y las discapacidad producida por las enfermedades y lesiones.

De la mayoría de las causas la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica generan individualmente una gran parte del peso de la enfermedad en el país, cabe destacar que muchas de ellas requieren de una buena intervención en la población más afectada con programas de educación comunitaria con medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria. Con base en estos indicadores es importante destacar que la prioridad de educación para la salud tiene que considerarlos por que dentro de las causas de mortalidad general destacan problemas que pueden revertirse con programas de prevención, y que de no intervenir oportunamente se transforman en patologías crónico degenerativas, como la diabetes, que no originan la muerte inmediata, pero que si requieren

de un alto costo en el tratamiento médico y quirúrgico a largo plazo, originan pérdida de productividad por discapacidades asociadas y muerte prematura. Loo, I. y Hernández, G. (2007).

II. ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS QUE AFECTAN A LOS ADULTOS MAYORES

Pese a contar con la experiencia de toda una vida, tener más de 60 años puede ser sinónimo de descuido, marginación y maltrato. La pirámide poblacional en México se invierte aceleradamente, actualmente los mexicanos con más de 60 años alcanzan 7.6 millones de personas, es decir, hoy existen cerca de 8 adultos mayores por cada 100 habitantes. Sin embargo, en el año 2010, 9.8 millones de personas tendrá más de 60 años; en el 2030 serán 22 millones y en el 2050 ascenderán a 36 millones, con una tasa de crecimiento de 8.8%. De acuerdo a datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO)³, en nuestro país 8 de cada 10 adultos mayores no cuentan con ingresos de pensión y se calcula que alrededor de 1.7 millones viven en condiciones de pobreza extrema.

El 63% de hombres y mujeres mayores de 60 años de edad, utilizan los servicios públicos de salud. Así, la mayoría de las personas que han superado la barrera de los 60 años viven en condiciones de pobreza, sufren de abandono familiar, padecen enfermedades crónicas degenerativas y además sufren de discriminación laboral, es decir, se violan sus derechos humanos. Revertir las costumbres y revalorar la edad adulta es una necesidad urgente, y es que todavía hay esperanza: según CONAPO, aproximadamente cada 20 años la tasa poblacional de adultos mayores tiende a duplicarse, por lo que aún existe el tiempo suficiente para prevenir un mejor entorno de envejecimiento.

Por tal motivo la atención al adulto mayor en la detección de factores de riesgo en patologías o enfermedades crónicas degenerativas entre las que se encuentran: hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad. Los pacientes con diabetes presentan hipertensión arterial frecuentemente, aumentando el riesgo de presentar un evento vascular (infarto de miocardio, angina de pecho y ataque cerebrovascular). Por todo lo expuesto, se ha denominado a la hipertensión arterial y la diabetes, una asociación ilícita por los daños que producen. La obesidad es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes. Se consideran factores como la edad, el sexo y la etnia del paciente, el grado de gravedad de la hipertensión, la presencia de otros trastornos, como diabetes o valores elevados de colesterol y triglicéridos.

En este año habrá en México más de 70 mil defunciones debido a la diabetes mellitus, primera causa de muerte en el país desde hace algunos años; es decir, ocurren, en promedio, 192 fallecimientos diarios. En la Conferencia de la Tercera Reunión Internacional sobre Diabetes. Realizada en el Auditorio Alfonso Caso de la Ciudad universitaria. El Doctor Enrique L. Graue Wiechers⁴, director de la Facultad de Medicina, de la UNAM, recordó que en los años 80 la diabetes apareció como la novena causa de muerte en la nación; la siguiente década subió al cuarto sitio, y ahora, junto con complicaciones, ocupa el

³ (CONAPO) Consejo Nacional de Población. www.conapo.gob.mx

⁴ Gaceta UNAM, 13 de octubre de 2008. Tercera Reunión Internacional sobre Diabetes. En el Auditorio Alfonso Caso de la Ciudad universitaria.

primero de mortalidad. A su vez, Elvia de Mejía, de la Universidad de Illinois, expuso que la diabetes no es un padecimiento exclusivo de México, pues la población de Estados Unidos presenta graves complicaciones y, en especial, la hispana. En su oportunidad, el rector José Narro Robles de la Universidad Nacional Autónoma de México, señaló que en este 2008 habrá más de 70 mil defunciones debido a la diabetes, primera causa de muerte en el país, las cuales explican prácticamente 14% de los fallecimientos en México. En el mundo, añadió, 4 de cada 100 personas padecen diabetes mellitus, esto es, 250 millones de los 6 mil 500 millones de seres humanos que habitan la tierra; sin embargo, añadió, la cifra va en aumento, con tendencia a agravarse. En el territorio la situación no es diferente y sí peor. Cerca de 10 millones; 1 de cada 10 mexicanos, o por lo menos 1 de 11 padece este mal, puntualizó el rector.

Esa pandemia, tiene múltiples impactos en lo social, familiar y económico, pues sus complicaciones, cada vez más severas, implican un costo financiero adicional considerable. De hecho, abundo Narro Robles en su intervención, la conmoción por neuropatía diabética es capaz de conducir a la bancarrota a los sistemas de seguridad social. Ante este panorama, insistió a actuar con oportunidad, en beneficio de quienes presentan factores de riesgo. Nuestra población los tiene, incluso agravados por el estilo de vida, la dieta y el sedentarismo que acompañan la vida urbana, aunque, estas condiciones ya están penetrando a las zonas rurales⁵.

Por su parte, Salvador Villalpando Hernández⁶, director de vigilancia de la Nutrición, del Instituto Nacional de Salud Pública, indico que la desnutrición aún prevalece en México; sin embargo, dada su disminución, dejó de ser un problema de salud pública. Ahora predomina la obesidad, debido al sedentarismo y a la dieta del mexicano. Esa tendencia se percibe mejor después de los 5 años de edad; en el país, 1 de cada 3 niños de 11 años presenta sobrepeso y obesidad; en edades más tardías, entre los 20 y 70, la prevalencia es de 70%, y si sólo se considera a mayores de 50, la cifra se eleva a 85%. El peso excesivo se asocia con alteraciones de sanidad; si la media del Síndrome Metabólico es de 3.9% en los jóvenes mexicanos, entonces casi 1 millón de ellos están en riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes. No obstante, resalto, para que el peligro disminuya considerablemente basta con reducir algunos kilogramos, llevar una dieta adecuada y practicar ejercicios.

El doctor Uriel Badillo, geriatra miembro del Programa de Envejecimiento Exitoso del ISSSTE, agregó que ante estas cifras se requerirá de más geriatras (médicos especializados en atención clínica de los adultos mayores) ya que actualmente existen poco más de 200 con formación⁷.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Se sabe que los pacientes con diabetes presentan hipertensión arterial frecuentemente, aumentando el riesgo de presentar un evento vascular (infarto de miocardio, angina de pecho y ataque cerebrovascular). Por todo lo expuesto, se ha denominado a la

⁵ Idem.

⁶ Idem.

⁷ Idem.

hipertensión arterial y la diabetes, una asociación ilícita por los daños que producen. La obesidad es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes. Se consideran factores como la edad, el sexo y la etnia del paciente, el grado de gravedad de la hipertensión, la presencia de otros trastornos, como diabetes o valores elevados de colesterol. Es importante tener en cuenta que la obesidad no es un problema estético, como habitualmente se considera, sino un problema médico importante. Además, las personas con sobrepeso en la edad adulta presentan problemas osteoarticulares, que llevan al padecimiento de columna, cadera y dolores de rodilla. La obesidad, a diferencia de la hipertensión, es visible a simple vista, pero como ocurre con la hipertensión, nadie piensa que es una enfermedad que debe tratarse. Estas enfermedades, que concentran más de la mitad de las muertes ocurridas (52%), que bien, no causan una gran mortalidad, si incidieron en la pérdida de un importante número de años de vida saludable, alteraciones en la dinámica familiar y una gran carga considerable al Estado, por la dependencia a instituciones de salud, sus secuelas y las discapacidades que generan⁸.

Es necesario desarrollar una intensa campaña de detección, ya que en nuestro país el 61% de las personas con hipertensión arterial y el 25% de las personas con diabetes mellitus desconocen que padecen estas enfermedades. Estas personas en ocasiones no reciben el tratamiento correspondiente, ni la orientación apropiada para proteger su salud y la de su familia. El 46% de las personas con diabetes mellitus también tienen hipertensión arterial, y el 38% de los hipertensos son obesos. (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial 2002 pag. 7)

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad son un problema de salud pública en nuestro país. En relación a la información de la ENSA (Encuesta de Salud) 2000, se refiere una prevalencia de diabetes mellitus del 10.9%, sobrepeso 16.1% y obesidad de 46.3%, considerando un índice de masa corporal (IMC) 25-26.9 para sobrepeso y >- 27 para la obesidad. (Ibídem.)

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad tienen factores de riesgo comunes y afectan a los mismos grupos de edad, por lo que es pertinente orientar a las personas para que las identifique oportunamente. (Ibídem.)

2.1. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de mayor prevalencia en México, ya que existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco de más de ocho millones no ha sido diagnosticado. En efecto es frecuente que por lo general no causa síntomas, pero implica un elevado riesgo. La hipertensión se refiere al aumento de la presión arterial, independientemente de la causa. Es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. Así pues, las

⁸ “Programa Nacional de Salud 2001-2006” Secretaría de Salud, México. 2001. pp. 43 a 45.

enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte. La hipertensión se le considera "el asesino silencioso" porque, generalmente, no causa síntomas durante muchos años hasta que lesiona un órgano vital, como el corazón, el cerebro o los riñones, según la NON-030-SSA2-1999 pag. 9. De ahí, la necesidad de hacerse controles periódicos de la presión arterial desde edad temprana y aunque no aparezcan síntomas. Es importante también cambiar hábitos en el estilo de vida que pueden ser perjudiciales, como el exceso de peso, sedentarismo y tabaquismo. La hipertensión arterial afecta a alrededor de 25% de los adultos mayores. (Campillo, J. E. 2006).

¿Qué es la hipertensión arterial? Cada vez que late, el corazón impulsa la sangre, que transporta oxígeno y nutrientes, a través de los kilómetros de arterias y venas del organismo. La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias. Todo el mundo ha de tener cierto grado de presión arterial para que la sangre llegue a los órganos y músculos del organismo. (Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial 2002 Págs. 5-12). La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente que no causa síntomas en la gran mayoría de los casos e implica un elevado riesgo para personas de cualquier condición. Dado que usted no nota si tiene la presión alta ni sabe en qué condiciones funciona su corazón, quizás no entienda del todo por qué el médico se preocupa ni lo que tiene que hacer. La hipertensión arterial es generalmente una afección sin síntomas en la que la elevación anormal de la presión dentro de las arterias aumenta el riesgo de trastornos como un ictus, la ruptura de un aneurisma, una insuficiencia cardíaca, un infarto de miocardio y lesiones del riñón. (NON-030-SSA2-1999 Págs. 12-39)

Habitualmente, la hipertensión arterial es asintomática, a pesar de la coincidencia en la aparición de ciertos síntomas que mucha gente considera (erróneamente) asociados a la misma: cefaleas, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y cansancio. Algunos pacientes presentan dolor de cabeza, visión borrosa, mareo, zumbido de oídos, nerviosismo y cansancio. En otros la elevación de la presión arterial no produce síntomas, pero si aumenta el trabajo del corazón, lo debilita al paso del tiempo y aumenta el riesgo de alguna complicación. Como ataque al corazón, embolia cerebral, problemas en los riñones, problemas en los ojos y hasta llegar a la muerte. (Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial Op. Cit. Págs. 10-12).

La palabra hipertensión sugiere tensión excesiva, nerviosismo o estrés. Sin embargo, en términos médicos, la hipertensión se refiere a un cuadro de presión arterial elevada, independientemente de la causa. Se la llama "el asesino silencioso" porque, generalmente, no causa síntomas durante muchos años (hasta que lesiona un órgano vital). La hipertensión arterial afecta a muchos millones de personas con marcada diferencia según el origen étnico. En los países desarrollados, se estima que solamente se diagnostica este trastorno en dos de cada tres individuos que lo padecen, y de ellos, sólo alrededor del 75% recibe tratamiento farmacológico, y éste es adecuado sólo en el 45% de los casos. (Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial 2002 Págs. 5-12).

La presión arterial se expresa mediante un par de valores: 120/80 ó "120 sobre 80". Que es el valor más frecuentemente encontrado en población sana. Esto es así porque la presión que la sangre ejerce sobre las arterias no es siempre la misma. Se alcanza la máxima presión cuando el corazón bombea. Entre latidos, cuando el corazón está en reposo, la presión desciende a su nivel más bajo. Tanto la presión máxima como la mínima son importantes, y por eso la medición tiene siempre dos componentes. Los médicos llaman "presión sistólica" a la cifra más alta, se produce en la aorta en el momento de la contracción ventricular, cuando el corazón envía sangre oxigenada al cuerpo y "presión diastólica" a la más baja, es originada cuando, la sangre no oxigenada regresa al corazón, los ventrículos se relajan, la resistencia periférica hace que la tensión arterial disminuya. La presión arterial sana normal es inferior a 130/85 y se mide en milímetros de mercurio (mm Hg). Se considera ya definitivamente anormal el tener estos valores constantemente en una medida igual o mayor a 135/85 y así es como se define a la hipertensión arterial. (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial 2002 Págs. 18-24)

La presión arterial elevada se define como una presión sistólica en reposo superior o igual a 140 mm Hg, una presión diastólica en reposo superior o igual a 90 mm Hg, o la combinación de ambas. En la hipertensión, generalmente, tanto la presión sistólica como la diastólica son elevadas. En la hipertensión sistólica aislada, la presión sistólica es superior o igual a 140 mm Hg, pero la diastólica es menor de 90 mm Hg (es decir, esta última se mantiene normal). La hipertensión sistólica aislada es siempre más frecuente en la edad avanzada. Casi en todas las personas la presión arterial aumenta con la edad, con una presión sistólica que aumenta hasta los 80 años por lo menos y una presión diastólica que aumenta hasta los 55 a 60 años, para luego estabilizarse e incluso descender. Con la edad se produce disminución en la elasticidad de los vasos sanguíneos, que hacen que aumente la resistencia periférica, como consecuencia la presión arterial se incrementa. La arteriosclerosis suele asociarse al envejecimiento. (NON-030-SSA2-1999 Págs. 15-39)

La hipertensión maligna es una presión arterial muy elevada, que si no es tratada, suele provocar la muerte en un período de 3 a 6 meses. Es bastante rara y se produce solamente en alrededor de una de cada 200 personas con hipertensión arterial, aunque los índices de frecuencia muestran variaciones en función de diferencias étnicas (mayor frecuencia en pacientes de raza negra), de sexo (siendo más frecuente en los varones) y de condición socioeconómica (con mayor incidencia en pacientes de clase baja). La hipertensión maligna es una urgencia médica. (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial 2002 Págs. 22-24)

En aproximadamente el 90 por ciento de las personas con presión arterial elevada, la causa es desconocida. Tal situación se denomina hipertensión esencial o primaria. La hipertensión esencial puede tener más de una causa. Probablemente, una combinación de diversos cambios en el corazón y en los vasos sanguíneos produce la subida de la presión arterial. Cuando la causa es conocida, la afección se denomina hipertensión secundaria. Entre el 5 y el 10%

de los casos de hipertensión arterial tienen como causa una enfermedad renal. Entre el 1 y el 2% tienen su origen en un trastorno hormonal o en el uso de ciertos fármacos como los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad). Una causa poco frecuente de hipertensión arterial es el feocromocitoma, un tumor de las glándulas suprarrenales que secreta las hormonas adrenalina y noradrenalina. (Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial Op. Cit. Págs. 10-12)

Algunas condiciones presentes o ausentes, propias de cada persona, pueden favorecer el desarrollo de la hipertensión arterial. A estas condiciones se les conoce como factores de riesgo. Estos factores para llegar a desarrollar hipertensión arterial son: exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal y alcohol, insuficiente ingesta de potasio, tabaquismo, estrés, presión arterial normal alta (130-139/85-89 mm de Hg), antecedentes familiares de hipertensión y tener más de 60 años de edad. (Ibídem.)

La obesidad, un hábito de vida sedentario, el estrés y el consumo excesivo de alcohol o de sal probablemente sean factores de riesgo en la aparición de la hipertensión arterial en personas que poseen una sensibilidad hereditaria. El estrés tiende a hacer que la presión arterial aumente temporalmente, pero, por lo general, retorna a la normalidad una vez que ha desaparecido. Esto explica la "hipertensión de bata blanca", en la que el estrés causado por una visita al consultorio del médico hace que la presión arterial suba lo suficiente como para que se haga el diagnóstico de hipertensión en alguien que, en otros momentos, tendría una presión arterial normal. Se cree que en las personas propensas, estos breves aumentos en la presión arterial causan lesiones que, finalmente, provocan una hipertensión arterial permanente, incluso cuando el estrés desaparece. Sin embargo, esta teoría de que los aumentos transitorios de la presión arterial puedan dar lugar a una presión elevada de forma permanente no ha sido demostrada. (Idem. Págs. 25-31)

La presión arterial se determina después de que la persona haya estado sentada o acostada durante 5 minutos. Una lectura de 140 /90 mm Hg o más es considerada alta, pero el diagnóstico no se puede basar en una sola medición. A veces, incluso varias determinaciones elevadas no son suficientes para efectuar el diagnóstico. Cuando se registra una medición inicial elevada, debe determinarse de nuevo y luego dos veces más en días diferentes, para asegurarse de que la hipertensión persiste. Las lecturas no sólo indican la presencia de hipertensión arterial sino que también permiten clasificar su gravedad. (Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial OP.Cit.)

Cuando la presión arterial elevada no se trata, aumenta el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca (como insuficiencia cardíaca o infarto de miocardio), una insuficiencia renal y un ictus a una temprana edad. La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante de ictus y es también uno de los tres principales factores de riesgo de infarto de miocardio junto con el hábito de fumar y los valores de colesterol elevados.

La hipertensión esencial no tiene curación, pero el tratamiento previene las complicaciones. Debido a que la presión arterial elevada en sí misma no produce síntomas, el médico trata de evitar los tratamientos incómodos, molestos o que interfieran con los hábitos de vida. Antes de prescribir la administración de fármacos, es recomendable aplicar medidas alternativas. En caso de sobrepeso y presión arterial elevada, se aconseja reducir el peso hasta su nivel ideal. Así mismo, son importantes los cambios en la dieta en personas con diabetes, que son obesas o que tienen valores de colesterol altos, para mantener un buen estado de salud cardiovascular en general. Si se reduce el consumo de sodio a menos de 2,3 gramos o de cloruro de sodio a menos de 6 gramos al día (manteniendo un consumo adecuado de calcio, magnesio y potasio) y se reduce el consumo diario de alcohol a menos de 750 mililitros de cerveza, 250 mililitros de vino, o 65 mililitros de whisky, puede que no sea necesario el tratamiento farmacológico. Es también muy útil hacer ejercicios aeróbicos moderados. Las personas con hipertensión esencial no tienen que restringir sus actividades si tienen controlada su presión arterial. Por último, los fumadores deberían dejar de fumar. Es recomendable que las personas con presión arterial elevada controlen su presión en su propio domicilio. Dichas personas probablemente estarán más dispuestas a seguir las recomendaciones del médico respecto al tratamiento. (NON-030-SSA2-1999 Op. Cit.)

Enfermedades asociadas con la hipertensión arterial. A continuación, trataremos tres enfermedades que se asocian frecuentemente con la hipertensión arterial: el colesterol elevado, la diabetes y la obesidad, las denominadas “las malas compañías”. (Guía para mantener bajo el colesterol. 2006. Págs. 1-16)

El nombre de aterosclerosis proviene de las palabras griegas *athere* (pasta), *sklerosis*, endurecimiento. La aterosclerosis comienza en edad temprana de la vida, y puede manifestarse mediante una angina de pecho o infarto de miocardio a los 30 años, y más frecuentemente entre los 40 y los 50 años. Generalmente comienza con un daño en una delgada capa en el interior de las arterias, llamada endotelio, y luego, se producen varios mecanismos que llevan a la obstrucción de la arteria, mediante un trombo, o una hemorragia dentro de la placa de aterosclerosis. El daño endotelial se produce como consecuencia de la hipertensión arterial, la diabetes, el tabaquismo y el colesterol. La prevención de la aterosclerosis es uno de los campos de investigación más fecundos de la actualidad. El colesterol puede normalizarse a los pocos meses de iniciado el tratamiento, pero debe pasar un año, promedio, para que actúe sobre la placa aterosclerosa para estabilizarla e impedir que se “rompa” y evitar así el infarto de miocardio o el ataque cerebrovascular. (Ibíd.)

El colesterol lo entendemos como colesterol bueno y colesterol malo son de uso corriente en la actualidad. El cuerpo necesita colesterol para funcionar bien. Pero demasiado colesterol puede ocasionar problemas serios, hasta ataques al corazón. El colesterol va por los vasos sanguíneos en sustancias llamadas lipoproteínas. Si tiene demasiadas, podrían ir depositándose el colesterol en los vasos sanguíneos, estrechándolos y bloqueando el paso de la

sangre. Entonces surgen preguntas: ¿Qué es el colesterol?, ¿Qué lo produce?, ¿Cuál es su relación con la aterosclerosis? (Ibídem.)

¿Qué es el colesterol? Es una sustancia que se encuentra normalmente en la sangre y es vital para la formación de algunas hormonas necesarias para el organismo. El colesterol se produce en el hígado y se encuentra en muchos alimentos que ingerimos en nuestra alimentación. Es transportado en la sangre por lipoproteínas (partículas de la sangre que transportan lípidos o sustancias grasas). Existen varias clases de ellas, pero las más importantes son las LDL (low density lipoproteins –[lipoproteínas de baja densidad]) y las HDL (high density lipoproteins –[lipoproteínas de alta densidad]). Las LDL transportan el colesterol depositándolo en las arterias y de este modo favorecen el desarrollo de aterosclerosis. Por este motivo, reciben el nombre de “colesterol malo”. Las HDL cumplen la función contraria. Eliminan el exceso de colesterol de las arterias. Transportan este colesterol al hígado, que lo metaboliza y lo elimina del organismo. De allí que se denominen “colesterol bueno”. El colesterol alto. Ni se ve, ni se siente, ni se oye. Pero, si el colesterol sube mucho, aumentan las posibilidades de tener enfermedades del corazón graves o hemorragia cerebral. Si además hay enfermedades del corazón en su familia, es hombre mayor de 45 años o mujer de 55 años, fuma, tiene presión alta o diabetes, podría tener problemas más graves. (Ibídem.)

¿Y los triglicéridos? Son sustancias grasas que, al igual que el colesterol, se encuentran normalmente en la sangre. Adquieren mayor relevancia para el desarrollo de la enfermedad coronaria cuando su exceso se acompaña de otras alteraciones (disminución de las HDL, aumento de las LDL) y en los pacientes con diabetes. A continuación puede observarse la clasificación del colesterol. Con respecto al colesterol, los niveles que hay que lograr son un colesterol LDL menor de 100 mg/dl, (miligramos sobre decilitros). (Ibídem.)

¿Cuáles son las causas del aumento del colesterol? Si come demasiada grasa, su hígado produce mayor cantidad de VLDL que después se convierten en LDL, lo que hace que quede más colesterol en los vasos sanguíneos. Si no hay suficiente HDL para recogerlo, los vasos sanguíneos podrían taponarse. Si esto sucede en un vaso sanguíneo del corazón, podría darle un ataque al corazón. El hígado produce la mayor parte del colesterol que hay en el cuerpo. El resto del colesterol que tiene el cuerpo proviene de los alimentos que come. Por eso, cuando se come alimentos con muchas grasas animales, está comiendo alimentos con mucho colesterol. El colesterol elevado es el resultado de un exceso en el consumo de alimentos ricos en esta sustancia y/o una alteración en su metabolismo. Como el colesterol forma parte de la grasa de los alimentos, lo que usted come afecta la cantidad de colesterol en su cuerpo. Esta alteración puede heredarse. (Ibídem.)

La presión arterial alta ejerce parte de su efecto perjudicial haciendo que el revestimiento de las arterias, que suele ser liso como un cristal, se vuelva áspero. Cuando esto ocurre, es más fácil que las grasas y el colesterol se deposite en ellas, lo cual, si la arteria se obstruye, puede ocasionar un infarto. (Ibídem.)

Controlar el riesgo innecesario: Mantenga la presión arterial al nivel adecuado de acuerdo a metas indicadas por el médico. Mantenga el nivel de colesterol donde corresponda. Mantenga el peso adecuado para su organismo con dieta y ejercicio aeróbico. Encuentre un programa de ejercicio del que pueda disfrutar. Si fuma, debe suspender totalmente el consumo de cigarrillos. (Ibídem.)

La prevención primaria de la hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición entre la población general. Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada. (NON-030-SSA2-1999 Op. Cit. Págs. 11-20).

El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas, utilizando los criterios específicos en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas. Perder peso sobrante: Si pesa más de lo debido, su hipertensión puede empeorar. El organismo se ve obligado a mover más sangre, por lo que el corazón ha de trabajar más. Si el médico opina que debe perder peso, pero si le ha costado mucho perderlo en alguna ocasión anterior, pida consejo a al médico sobre la dieta y el ejercicio. Ya que si el peso es demasiado alto, su cuerpo almacenara también una mayor cantidad de grasa y colesterol. Esto podría ocasionar un aumento en el nivel de colesterol. Debido a que la grasa tiene más calorías (9 por gramo) que la proteína (4 por gramo), la forma más rápido de perder peso es reducir la cantidad de grasa en los alimentos que come. Los lineamientos de una alimentación saludable se describen en la NOM-015-SSA-1994, "Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes", entre los que destaca la moderación en el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples. Específicamente, en relación con la presión arterial debe promoverse el Hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados conforme a lo establecido en el apéndice normativo de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la Previsión, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Págs. 15-17.

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la presión arterial. En el caso de personas con escasa actividad física, o sedentaria, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.) Ya que su corazón es un músculo. Como cualquier otro músculo, que necesita estar activo. Esa es una de las razones por las que el ejercicio es tan importante para estar sano. El ejercicio que se suele recomendar es el ejercicio aeróbico moderado durante 30 minutos cada día de tres a cinco veces por semana. Muchas personas descubren que al principio les va bien con el ejercicio, pero al cabo de un tiempo encuentran razones para dejarlo. Descubrirá que resulta más fácil mantener un programa de ejercicio si

incluye una actividad que le guste, y que se adapte a su rutina diaria. La variedad también le ayudará a mantenerlo: quizás dar un paseo largo una o dos veces por semana y natación los fines de semana. Busque la variedad, haga lo que le apetezca, no empiece demasiado bruscamente. Y, sobre todo, ¡disfrute! (Ibídem.)

Evitar el consumo de alcohol, la recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml. De etanol (dos a tres copas) al día; las mujeres y personas delgadas deberán reducir aún más el consumo. Así como, también evitar el tabaquismo, ya que si deja de fumar disminuye los niveles de colesterol HDL (colesterol bueno) y aumenta el riesgo de que usted sufra un ataque al corazón, una hemorragia cerebral y/o cáncer, por lo que deberá evitarse el tabaquismo. (Ibídem.)

Evite el exceso de sal: como sabe cualquiera que haya comido una bolsa de galletas saladas, la sal hace que el organismo requiera agua. Cuando el sodio de la sal llega a la sangre, arrastra agua con él. Este exceso de líquido hace que aumente la presión arterial y obliga al corazón a trabajar más de lo debido. El truco está en "vigilar al sodio". Lea las etiquetas de los alimentos preparados como sopas en lata, salsas y alimentos congelados. Busque alternativas bajas en sal o en sodio, ya que la reducción de cuya ingesta no deberá exceder de 6 gr. /día (2.4 g. de sodio). (Ibídem.)

Vigile la sal escondida: Algunas personas pueden ingerir enormes cantidades de sal y tener una presión arterial normal; otras, con muy poca sal, son hipertensas. No hay forma de saber quién tiene una presión arterial sensible a la sal o al sodio sin probar primero una dieta pobre en sal. Si su hipertensión arterial es sensible al sodio, debe mantener un consumo de sal reducido. Hay otros condimentos que pueden dar sabor a la comida. La clave está en vigilar la sal de los alimentos preparados que emplea al cocinar, como las sopas de lata. No es necesario dejar de comer bien para vivir bien. Esto debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, (Ibídem.)

La ingesta adecuada de potasio, que demuestran las investigaciones sobre el consumo de una dieta rica en potasio disminuye el riesgo de presión arterial elevada. En algunos estudios se han encontrado una reducción del 60% del riesgo de ataque cardíaco en individuos que consumen 1 gr. de potasio al día en forma de suplemento en comparación con individuos similares que no consumían ese suplemento de potasio. Por esto, los expertos recomiendan que sea mejor consumir el potasio de una fuente natural. Este mineral se encuentra en la mayoría de las frutas y verduras. A manera de ejemplo cabe señalar que si se consumen 2 jitomates y una ración de espinacas proporciona un gramo de potasio al día. (Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial Op. Cit. Págs. 17-18)

La alimentación equilibrada, es una dieta recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer. Que deben estar apegadas a los

lineamientos de una alimentación saludable, que describe la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la Previsión, Tratamiento y Control de la Diabetes. Algunos consejos para comer menos: tome alimentos cocidos o a la plancha, no fritos. Evite los aderezos de ensalada cremosos (mayonesas, etc.). No consuma botanas o aperitivos a base de queso. Pida que le pongan la salsa a un lado del plato. Controlar la grasa: la reducción de la grasa de la dieta, sobre todo de las grasas saturadas, le ayuda de dos formas: Facilita la pérdida de peso. Ayuda a reducir el colesterol. Aperitivos adecuados: Frutas y hortalizas. Pastas sin grasa y sin colesterol. Galletas sin sal. Maíz inflado o bajo en grasas para microondas. Jugos frutales. Helados y yogures Light o descremados

2.2. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados de variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. La elevación de las concentraciones de azúcar en sangre después de comer o beber estimula el páncreas para producir la insulina, la cual evita un mayor aumento de los valores de azúcar y provoca su descenso gradual. Dado que los músculos utilizan glucosa para producir energía, los valores de azúcar en la sangre también disminuyen durante la actividad física. (NOM-015-SSA2-1994 para la Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en la Atención Primaria a la Salud. Págs. 6-13)

La diabetes mellitus se ha vuelto cada vez más frecuente debido al estilo de vida actual en las ciudades. Ya que estos han alcanzado proporciones epidémicas en nuestro país. Su prevalencia en México es una de las más altas del mundo, y su presentación muestra una preocupante tendencia, alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general. La diabetes es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. Es también uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares. (Ibíd.)

Los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. A fin de enfrentarse a tan grave problema, la NON-015-SSA2-1994 define las acciones preventivas que realizan los sectores público, social y privado, así como los procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control. Su aplicación contribuye a reducir la incidencia que actualmente registra, evita o retrasa sus complicaciones y disminuir la mortalidad por esta causa. (Ibídem.)

La diabetes mellitus es un trastorno en el que los valores sanguíneos de glucosa (un azúcar simple) son anormalmente altos. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en la sangre. La diabetes se manifiesta cuando el cuerpo no produce la cantidad suficiente de insulina para que los valores sanguíneos de azúcar se mantengan normales, o cuando las células no responden adecuadamente a la insulina. El estilo moderno de vida, preponderantemente urbano y con una tendencia a la falta de ejercicio físico, han llevado a que el número de personas que padecen esta enfermedad crezca significativamente en las últimas décadas. La diabetes se ve a menudo acompañada por otras complicaciones como lo son la hipertensión y la aterosclerosis. (Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes. 2002. Págs. 7-45).

La glucosa se mantiene, en las personas no diabéticas, dentro de unos límites normales muy estrechos, sobrepasando muy rara vez los 130 mg/dl (miligramos por decilitros), incluso cuando se han tomado alimentos muy ricos en azúcares o grasas. (Ibídem.) Las concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre varían durante el día. Aumentan después de cada comida, recuperándose los valores normales al cabo de 2 horas. Éstos se sitúan entre 70 y 110 miligramos por decilitro (mg/dl) de sangre por la mañana después de una noche de ayuno normal, resultando menores de 120 a 140 mg/dl al cabo de 2 horas de la ingestión de alimentos o líquidos que contengan azúcar u otros hidratos de carbono. Los valores normales tienden a aumentar ligeramente y de modo progresivo después de los 50 años de edad, sobre todo en las personas que llevan una vida sedentaria. (NON-015-SSA2-1994 para la Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, Op. Cit.)

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglucemia [elevación de la glucosa (azúcar) en sangre], como un resultado de defectos en: la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas alteraciones. La elevación continua de la glucosa en sangre en pacientes diabéticos se asocia con complicaciones en los siguientes órganos: Ojos, Riñones, Nervios, Corazón y Sistema circulatorio (arterias y venas del cuerpo) Los pacientes diabéticos presentan anormalidades del metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas, como resultado de la acción deficiente de la insulina, generalmente debido a que el páncreas no la secreta en cantidad suficiente o porque la insulina no lleva a cabo su función de manera adecuada (introducir la glucosa en las células). (Guía de detección integrada de diabetes, obesidad e hipertensión arterial. 2002.)

Se considera como síntomas clásicos de los pacientes con diabetes mellitus, a la Poliuria (incremento de la frecuencia de orinar), Polidipsia (mucho sed, o

boca seca), Pérdida de peso, Polifagia (mucho hambre), y Visión borrosa. Los primeros síntomas de la diabetes mellitus se relacionan con los efectos directos de la alta concentración de azúcar en sangre. Cuando este valor aumenta por encima de los 160 a 180 mg/dl (miligramos por decilitros), la glucosa pasa a la orina. Cuando el valor es aún más alto, los riñones secretan una cantidad adicional de agua para diluir las grandes cantidades de glucosa perdida. Dado que producen orina excesiva, se eliminan grandes volúmenes de orina (poliuria) y, en consecuencia, aparece una sensación anormal de sed (polidipsia). Asimismo, debido a que se pierden demasiadas calorías en la orina, se produce una pérdida de peso y, a modo de compensación, la persona siente a menudo un hambre exagerada (polifagia). Otros síntomas comprenden visión borrosa, somnolencia, náuseas y una disminución de la resistencia durante el ejercicio físico. Por otra parte, si la diabetes está mal controlada, los pacientes son más vulnerables a las infecciones. A causa de la gravedad del déficit insulínico, es frecuente que en los casos de diabetes tipo I se pierda peso antes del tratamiento. En cambio, no sucede lo mismo en la diabetes tipo II. (NON-015-SSA2-1994 para la Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en la Atención Primaria a la Salud. Op. Cit. Págs. 6-13)

Existen 3 formas clínicas de diabetes:

La alteración de la tolerancia a la glucosa, la diabetes mellitus gestacional o del embarazo y la diabetes mellitus que por su importancia se subdividen en la diabetes tipo I (insulino dependiente), donde el organismo no puede producir insulina y la tipo II (no insulino dependiente), principalmente. (Guía de detección integrada de diabetes, obesidad e hipertensión arterial. 2002. Op. Cit. Págs. 7-17)

Para fines de la clasificación de la diabetes mellitus y registro se utilizará la CIE-10 (10ª. Clasificación Internacional de Enfermedades). Con fines de diagnóstico y tratamiento se empleará la siguiente clasificación:

Diabetes mellitus tipo 1 (anteriormente llamada diabetes de la juventud o diabetes dependiente de la insulina). La diabetes mellitus tipo 1 es provocada por una destrucción (inmunológica) de las células productoras de insulina del páncreas. Los pacientes con este tipo de diabetes deben de aplicarse insulina, de no hacerlo, pueden ser propensos a presentar un coma diabético y por esta razón el tratamiento desde el momento del diagnóstico es con insulina en inyecciones subcutáneas.

Diabetes mellitus tipo 2 (anteriormente llamada diabetes del adulto o diabetes no dependiente de la insulina). La diabetes mellitus tipo 2 es la forma más frecuente de diabetes y se presenta como resultado de una resistencia a la acción de la insulina con una secreción insuficiente de la misma por el páncreas.

Los pacientes con diabetes tipo 2 permanecen sin diagnóstico entre 5 a 10 años, como consecuencia de que los síntomas que presentan son leves, en otras palabras, presentan ligera elevación de la glucosa en sangre y por ello no manifiestan los síntomas de la enfermedad arriba señalados.

El riesgo de presentar diabetes se incrementa con la edad, la obesidad, la falta de ejercicio físico, hipertensión arterial (elevación de la presión arterial), dislipidemia (elevación de las grasas en la sangre, como son el colesterol y los triglicéridos). Esta fuertemente asociada con una predisposición genética y además ocurre con mayor frecuencia en mujeres que presentan diabetes gestacional.

Diabetes Gestacional, se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se presenta durante el embarazo. Seis semanas después del parto, la paciente debe ser nuevamente evaluada, ya que en la mayoría de los casos las pacientes con diabetes gestacional retornan a valores normales de glucosa en sangre, pero en otras ocasiones pueden persistir con diabetes o intolerancia a glucosa.

Otros tipos de diabetes:

Defectos genéticos en la función de células del páncreas.

Defectos genéticos de la acción de la insulina.

Enfermedades del páncreas.

Enfermedades endocrinas.

Inducida por fármacos o productos químicos.

Infecciones.

Formas infrecuentes de diabetes autoinmune.

Otros síndromes genéticos que se asocian a veces con diabetes. (NON-015-SSA2-1994 para la Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en la Atención Primaria a la Salud. Op. Cit.)

Causas que favorecen el desarrollo de la diabetes mellitus, son el exceso de peso y la obesidad, que es la acumulación excesiva de grasa, que se presenta en las personas con sobrepeso u obesidad dificulta la utilización de la glucosa y altera la producción de insulina. La falta de actividad física, la cual es aquella que contribuye al aumento de peso, lo cual dificulta la utilización de la glucosa en el cuerpo humano, ya que mayor parte de la glucosa es utilizada por nuestros músculos, por lo que la falta de actividad física o ejercicio impide se utilice gran parte de la glucosa, manteniendo los niveles de glucosa elevados. La edad, la cual es un riesgo de diabetes que aumenta con la edad, debido a que con el transcurso de los años se reduce la capacidad de nuestro organismo para producir insulina y utilizar adecuadamente la glucosa, que proviene de los alimentos. La herencia, que en aquellas personas con familiares de primer grado (padre o hermanos) diabéticos tienen mayor riesgo de sufrir diabetes, debido a que su organismo puede heredar mayor dificultad para manejar la glucosas. La capacidad de manejar la glucosa es diferente de persona a persona. La población de nuestro país muestra mayor riesgo de diabetes que otros países debido al estilo de vida actual en las ciudades y su factor genético. (Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes. 2002. Op. Cit. Págs. 7-45).

Los Factores de Riesgo, son muy importante tenerlos en mente, ya que todos los factores de riesgo que en un momento dado son desencadenantes de diabetes tipo 2. Cuantos más factores de riesgo se presenten en una misma persona, más estará en riesgo de desarrollar diabetes.

- ✓ Factores Genéticos
- ✓ Características Demográficas
- ✓ Estilo de Vida
- ✓ Alteraciones Metabólicas

2.3. Obesidad

La obesidad es una enfermedad caracterizada por exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un IMC (Índice de Masa Corporal >27 y en población de talla baja mayor o igual de 25 (NOM-174SSA-1998). (Talla baja, en la población masculina 1.60 y en 1.50 metros en la femenina). (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial 2002 Págs. 5-25)

La obesidad es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. Con la excepción de las personas que son muy musculosas, aquellas cuyo peso supera en un 20% o más el punto medio de la escala de peso según el valor estándar peso/talla, son consideradas obesas. La obesidad puede ser clasificada como leve (del 20 al 40% de sobrepeso), moderada (del 41 al 100% de sobrepeso) o grave (más del 100% de sobrepeso). La obesidad es grave solamente el 0.5% de las personas obesas. (Ibídem.)

La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza. Los factores genéticos y ambientales influyen en el peso del cuerpo y la acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo. La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones. (Ibídem.)

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona interior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos. Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas). (Ibídem.)

Las complicaciones en las personas obesas corren un riesgo mayor de enfermar por cualquier enfermedad, lesión o accidente, y este riesgo aumenta proporcionalmente a medida que aumenta su obesidad. También influye en el riesgo la ubicación del exceso de grasa. Esta tiende a acumularse en el abdomen (obesidad abdominal) de los varones y en los muslos y las nalgas (obesidad de la parte inferior del cuerpo) de las mujeres. (Ibídem.)

La obesidad abdominal se ha vinculadas con el riesgo mucho más elevado de enfermedad coronaria y con tres de sus principales factores de riesgo:

hipertensión arterial, la diabetes mellitus de comienzo en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre. La pérdida de peso hace bajar la presión arterial en la mayoría de las personas que tienen hipertensión arterial y permite a más de la mitad de las personas que desarrollan diabetes del adulto suprimir la insulina u otro tratamiento farmacológico. (Ibídem.)

La obesidad, al igual que la hipertensión, es una enfermedad, una cifra y un factor de riesgo de presentar otras enfermedades cardiovasculares. Además, hoy en día se considera una epidemia. Y se define la obesidad mediante un valor llamado índice de masa corporal. Este índice se calcula dividiendo el peso por el cuadrado de la altura. Se considera un valor normal cuando es menor o igual a $25 \text{ Kg} / \text{m}^2$; se considera sobrepeso cuando está entre 25 y $29 \text{ Kg} / \text{m}^2$, se considera obesidad cuando es mayor o igual a $30 \text{ Kg} / \text{m}^2$.

La obesidad es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes. Es importante tener en cuenta que la obesidad no es un problema estético, como habitualmente se considera, sino un problema médico importante. Además, las personas con sobrepeso en la edad adulta presentan problemas osteoarticulares, que llevan al padecimiento de columna, cadera y dolores de rodilla. La obesidad, a diferencia de la hipertensión, es visible a simple vista, pero como ocurre con la hipertensión, nadie piensa que es una enfermedad que debe tratarse.

La obesidad no tratada tiende a agravarse, pero los efectos a largo plazo del tratamiento son decepcionantes. Aunque se han realizado progresos considerables para ayudar a las personas a disminuir de peso, por lo general el peso se recupera en el término de 3 años. La preocupación acerca de que la recuperación del peso, denominada ciclo del peso, provoque determinados problemas de salud es infundada, de modo que dicha preocupación no debe impedir a las personas obesas intentar disminuir su peso. (Ibídem.)

Para perder peso, las personas obesas deben consumir menos calorías que las que gastan. Los métodos utilizados para conseguir este objetivo se pueden clasificar en tres grupos: autoayuda, en el que las personas, solas o en grupos con intereses comunes, usan información proveniente de libros u otras fuentes; programas no clínicos suministrados por consejeros que no son licenciados sanitarios; y programas clínicos suministrados por especialistas sanitarios. (Ibídem.)

La mayor parte de los programas para perder peso se basan en la modificación del comportamiento. Los regímenes, por lo general, se consideran menos importantes que los cambios permanentes en los hábitos alimentarios y de ejercicio físico. Los programas acreditados enseñan cómo hacer cambios seguros, sensatos y graduales en los hábitos alimentarios que aumenten el consumo de hidratos de carbono complejos (frutas, vegetales, pan y pasta) y que disminuyan el consumo de grasas. Para los levemente obesos, se recomienda sólo una modesta restricción de calorías y de grasas. (Ibídem.)

Para los moderadamente obesos que desean perder peso más rápidamente, se han desarrollado programas con regímenes con un bajo contenido calórico, de 800 calorías diarias o incluso menos. Estas dietas son seguras cuando cuentan con una supervisión médica. Sin embargo, ha declinado el entusiasmo por ellas porque son caras y las personas tienden a recuperar peso al abandonar el régimen. (Ibídem.)

Procedimientos para la detección del paciente obeso, es a través de técnicas factibles de ser aplicadas en el primer nivel de atención, se procederá a evaluar el peso, sobrepeso y grado de obesidad del sujeto, en donde se deriva del peso y la talla, para ser calculado el Índice de Masa Corporal (IMC), como se refiere en la NOM-174-SSA-1998 Para el Manejo Integral de la Obesidad. (Ibídem.) *El Índice de masa corporal se obtiene con la fórmula siguiente: $IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$.

Peso: En condiciones ideales se tomará el peso durante la mañana, de preferencia en ayuno y posterior a la evacuación de la vejiga e intestino. La persona deberá vestir una mínima cantidad de ropa sin calzado y el peso de ésta debe estar registrado, se obtiene mayor exactitud con prendas estandarizadas por ejemplo: una bata hospitalaria. El peso se tomará sobre una báscula con estadímetro.

Pueden existir variaciones en el peso hasta de 2 Kg. Por lo tanto es necesario anotar el horario del día en el cual se realizan las mediciones, además se deberá investigar la presencia de ascitis y/o edema que pueda alterar el peso.

Talla: Para este procedimiento se requiere un estadímetro deslizante en la parte superior, que hará contacto con el máximo punto superior sobre la cabeza. La persona deberá estar descalza vistiendo una ropa mínima, (con el objeto de poder observar la posición de su cuerpo), pisando sobre una superficie libre y plana que forme un ángulo recto en la base vertical del estadímetro de tal forma que el peso del paciente este distribuido sobre ambos pies; la cabeza debe estar en un plano horizontal (viendo directamente hacia el frente), con el borde orbitario inferior en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo; los brazos deberán colgar libremente a los lados del tronco con la palma de las manos colocadas hacia la parte lateral externa del muslo, los talones deberán estar juntos tocando ambos la base de la barra vertical del estadímetro, con los bordes internos medios de los pies formando un ángulo de 60%, los glúteos y las escápulas deben estar en contacto con la barra vertical.

Finalmente se le pedirá al paciente que inhale profundamente y mantenga una posición erguida; prosiguiendo a deslizar la cabecera sobre el punto superior máximo en la cabeza, con la suficiente presión para comprimir el cabello. Registrará al 0.1 cm. Más cercano. (Ibídem.)

III. EL TRABAJO SOCIAL

Este trabajo está sustentado en un análisis comprensivo que vincula y contextualiza hechos y acontecimientos relacionados con las formas de ayuda y de acción social. No interesa presentar sólo una suma de datos, fechas o hechos relevantes, intentaremos a la vez otorgarles orden, coherencia y significado, ubicando las formas de ayuda social como parámetros de comparación frente a Trabajo Social, y ubicando a las formas de acción social como multiprocesos de transformación entre el ser humano colectivo y su contexto socio-económico y político, frente a sus necesidades y problemáticas sociales.

En todo tiempo y espacio las diferentes sociedades a través de sus grandes pensadores, de sus corrientes filosóficas y de sus variadas paradojas económicas, políticas y sociales, nos han mostrado su doble rostro, han revelado su dicotomía, su contradicción; la existencia de explotados y explotadores, desheredados y poderosos, abandonados y favorecidos, dolientes e inmunes, ilustran aquellas facetas de injusticia. Para entender y atenuar esas situaciones ambivalentes numerosos y diversos grupos humanos, organizaciones e instituciones, de acuerdo a determinados intereses, creencias, urgencias y voluntades, se han encargado de idear formas de ayuda y de acción social y a través de ellas aligerar, reducir, mediatizar o resolver los crecientes problemas y las urgentes necesidades de los grupos sociales marginados, desamparados o explotados.

De tal manera presentaremos los datos y hechos que ejemplifiquen las modalidades de ayuda al necesitado, optando por hacer principalmente un análisis de las ideas que, en forma más o menos directa, nos permiten reconstruir cómo se concebía la ayuda al necesitado. Esto no significa que estas ideas reflejan lo que se hacía. Como muchos investigadores que se formaron y desarrollaron sus habilidades durante un periodo embrionario del Capitalismo burgués, sus obras estuvieron influenciadas abiertamente por los diferentes procesos sociales, culturales y económicos que la atraviesan. Estas obras fueron de gran importancia para algunas sociedades por sus novedosos y valiosos aportes científicos e iluministas de la época.

En este contexto se desarrollaron nuevas concepciones teóricas de las cuales parten aún múltiples investigaciones en el campo de las ciencias sociales, y que constituyen la base epistemológica de Trabajo Social como disciplina científica en su surgimiento, estrechamente vinculado al desarrollo del Capitalismo. Estos aportes no desconocen, en ningún momento, las anteriores formas de acción social que le anteceden. Ezequiel Ander-Egg fundamenta en su libro sobre *Historia del Trabajo Social*, momentos en la historia, que le anteceden por muchos siglos al desarrollo del capitalismo, en que se demuestran los antecedentes del Trabajo Social. Entre ellas se destacan algunos documentos antiguos que reflejan diferentes formas de "acción social", formando parte de las leyes culturales de un pueblo. Ander-Egg, E. (2003). Probablemente en el hombre primitivo se dio el comienzo de la ayuda al otro,

cuando los hombres advierten problemas comunes y se acercan a sus semejantes en busca de apoyo y defensa contra el mundo circundante. Sólo mucho más adelante, los hombres establecen normas morales o religiosas, en las que se encuentran las primeras y más rudimentarias formas de ayuda y de asistencia.⁹

El Código de Hammunrabí (2100 a.C.) demuestra como ley acciones de "ayuda al necesitado", así como a la "ética del hombre en las relaciones sociales". Otro de los documentos antiguos que antecede al Trabajo Social fueron, la "Doctrina de la armonía", desarrollado por Confucio (551-478 a. C); y las "Técnicas budistas" de los brahmanes (siglo V). Al poner en práctica la doctrina de la armonía el hombre no solo hacía culto a los antepasados y el dominio de sí, sino que además desarrollaba cualidades como la bondad y la humanidad hacia sus semejantes. Estas enseñanzas fueron difundidas por Confucio y su discípulo Mencio, los primeros en promover el ideal de beneficencia en la civilización China. Las técnicas budistas, si bien no forman parte de ninguna de las categorías del pensamiento occidental, ayudaban a liberar al hombre de la ignorancia, el sufrimiento, hasta alcanzar un estado de paz absoluta de la mente en su relación con el medio social.

La civilización de la Grecia clásica también se aportó algunos textos que demuestran su interés por ayudar de los más necesitados, en figuras como Platón (La República) y Aristóteles (La Política). Dos "filósofos que persiguieron una misma línea de pensamiento aristocrática", y por ello aplicarían la misma teoría del orden natural de las cosas tanto al hombre como a la sociedad. Esta concepción filosófica solo permitía justicia a los hombres en la medida que las ciudades eran justas, y esto solo se conseguía manteniendo la estructura clasista que por naturaleza le fue consagrada a cada hombre en la ciudad. Todo ello justificaría la inexistencia de instituciones de beneficencia durante este periodo; el surgimiento de las mismas hubiese atentado en contra del supuesto "orden natural" que los hombres establecían dentro de la sociedad. Cabe destacar que la realización de estas obras respondía principalmente a su propia condición de hombres pobres, característica que predominaba en la población griega conjuntamente con los esclavos, la cual condujo a Aristóteles a plantear, en los finales de su obra, la importancia de dividir las propiedades sobre la tierra para socorrer la necesidad común y la de otros.

Estas ideas representan un modesto esfuerzo por llegar a lo que más adelante Roma convertiría en instituciones de beneficencia. Estas, que serían las primeras instituciones de "acciones sociales benéficas" fueron autorizadas por el emperador romano Marco Nerva entre los años de su mandato (96 al 98 d. C.), quien instituyó todo un sistema alimenticio para ayudar a los pobres y asegurar la nutrición de los niños. Por lo demás, durante los tres primeros siglos de nuestra era y a medida que el Imperio Romano fue degradándose, elevando su corrupción, ahondando las diferencias de clase y aumentando los impuestos, con el lógico incremento de la pobreza, la iglesia fue desarrollando progresivamente su influencia, logrando a principios del siglo IV un nuevo status, son el consiguiente poder en virtud del famoso Edicto de Constantino

⁹ Como muy bien lo resumió la problemática Maidagán de Ugarte.

del año 313, por el que se reconocía al cristianismo como la religión oficial del Imperio.

En la época de los primeros cristianos, todavía influenciados por el espíritu evangélico transmitido y vivido por los Apóstoles, se facilita la organización de ayuda a los más necesitados. Con este propósito se conformaron las diaconías y los ágapes para ofrecer "servicios de asistencia". En el cristianismo primitivo vemos desde las Actas de los Apóstoles hasta los textos de los Padres, existe una continuidad admirable respecto a la doctrina y práctica de la ayuda al pobre y al necesitado. Es que está muy presente y vivo el espíritu evangélico transmitido y vivido por los apóstoles y testigos de la vida de Jesucristo. Este espíritu se trasunta en aquel texto de las Actas de los Apóstoles¹⁰. Es muy interesante ver que las ideas de ayuda al necesitado de ningún modo implican un paternalismo, ni parasitismo: se debe ayudar al que lo necesita, para estimularlo a que él mismo provea por sí. Ahora bien, la práctica de la caridad no se limitó, naturalmente a la ayuda mutua que los primitivos cristianos se prestaban entre sí, para hacer frente a la pobreza y a las persecuciones de los primeros tiempos. Se extendió también al socorro de todos los indigentes sin excepción, alcanzando un florecimiento tal, que aconsejó a la iglesia encomendar su dirección a los obispos y no a los sacerdotes y a los diáconos. Valero Chávez, Aída compiladora. (1981).

Entre los siglos XVI y XVIII, algunos hechos históricos importantes acontecidos en Europa guardan relación con el análisis, mencionando que a comienzos del siglo XVI, en Alemania se intensificó al extremo la lucha social y política. Lucha que se dio entre las clases dominantes¹¹ por el dominio del poder económico y político de las ciudades. Las clases inferiores se iban empobreciendo cada vez más: a ellas se les exigía el pago de tributos y las jornadas de trabajo obligatorio. Los campesinos explotados al máximo comenzaron a renegar de la Iglesia y de los señores. Esta situación permitió comenzar un movimiento social que, inicialmente, tendió a transformar a la Iglesia Católica, la cual se había ganado el descontento y odio no sólo del pueblo sino también de los príncipes, nobles y ciudadanos pudientes. La reforma, que en un primer momento pregonó como móvil de su acción el ideal de transferir la propiedad de las tierras de manos de los representantes del clero a los campesinos desposeídos, abandono este objetivo. Una vez cumplido su fin de desplazar al catolicismo, la Reforma más bien proporcionó a los príncipes mayores beneficios. La Iglesia Protestante significó en manos de los príncipes un nuevo medio para afianzar su poder. Este movimiento sólo favoreció a la nueva clase¹² que buscaban afirmarse como clase dominante.

Los capitalistas empiezan a desplazar cada vez más a los feudales como clase dominante, siendo los únicos perjudicados las densas capas que eran víctimas de la opresión y el odio. Para mediados del siglo XVIII la situación estaba claramente definida en dos polos antagónicos: de un lado la clase dominante¹³, y por el otro, el pueblo hambriento, que vagaba sin rumbo fijo y que estaba

¹⁰ IV-32-27

¹¹ Emperador y príncipes.

¹² Príncipes y burguesías.

¹³ El rey, los feudales, el clero, la nobleza y la burguesía.

dispuesto a luchar para vivir. La realidad del momento configuraba un marco ideal para el surgimiento de los llamados "precursores del Trabajo Social". Vemos así, que en el terreno de la caridad y la filantropía trabajaron: Juan Luis Vives, San Vicente Paul, Benjamín Thompson y Thomas Chalmers, quienes trataron de colocar la asistencia sobre bases más sistematizadas. Valero Chávez, Aída compiladora. (1981) Op. Cit.

Si bien estas acciones se desarrollaron a lo largo de la historia, en épocas distanciadas en el tiempo, en situaciones económicas, sociales y culturales distintas, mantuvieron un ideal común como punto de partida: la intención de ayudar a aquellas personas que, por su condición social, les resultaba difícil hacerlo por sí mismos; formaciones económico sociales en las cuales, diferencias cada vez más crecientes entre los hombres, podrían revertir el orden socialmente establecido. Las acciones de atención, ayuda, asistencia o beneficencia, de las cuales hace mención E. Ander-Egg en su obra referida (Ander-Egg, E. 2003) *Ibidem.*, si bien representaron los esfuerzos de una época por disminuir las contradicciones de una sociedad para socorrer las necesidades más inmediatas del ser humano, ocultaban en sí la verdadera esencia del problema en la base del sistema social imperante. Estas contradicciones encubiertas a lo largo del tiempo estallaron en un momento histórico, de las "sociedades tradicionales" ya agotadas, cansadas y místicas, para desarrollarse con mayor fuerza dentro de las "sociedades modernas" del Capitalismo burgués, al diferenciarse más aún las relaciones sociales de producción.

Con el surgimiento del Trabajo Social a finales del siglo XVIII y su pleno desarrollo en los siglos XIX y XX, unidos al fortalecimiento del capital industrial y el recrudecimiento del hambre y la explotación de los pueblos, se extiende una nueva concepción que nuevamente tendría entre sus objetivos: mejorar la calidad de vida del hombre en los sectores más marginados de la sociedad. Partiendo del conocimiento de una problemática social concreta surgen nuevas tendencias o enfoques que, desde otras disciplinas científicas, y sin rechazar completamente los anteriores aportes, tributaron nuevos conceptos, hipótesis y técnicas, para el estudio y la aplicación del Trabajo Social. Tendencias que, en su esencia, seguirían ocultando detrás de acciones benéficas o de caridad asistencialista, el verdadero motivo de las diferencias sociales y de producción, cada vez más crecientes, erigido sobre la base de la explotación del hombre por el hombre para conservar un sistema social en decadencia. Las nuevas elaboraciones conceptuales y metodológicas que sobre el Trabajo Social se dieron a conocer desde entonces, constituyen la génesis epistemológica que la evalúa como disciplina científica.

Según Ezequiel Ander Egg, en la historia del Trabajo Social se definen tres momentos esenciales: Asistencia Social, Servicio Social y Trabajo Social; definiendo este último sobre la base de una concepción operativa, expresando al respecto: " El Trabajo Social tiene una función de concientización, movilización y organización del pueblo para que en un proceso de formación del autodesarrollo, individuos, grupos y comunidades realizando proyectos de trabajo social, inserta críticamente y actuando en sus propias organizaciones, participen activamente en la realización de un proyecto político que signifique el

tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra plena participación del pueblo en la vida política, económica y social de la nación que cree las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre". El Trabajo Social es concebido como un modo superior de Asistencia y de Servicio Social. (Ander-Egg, E. 2003) Ibid.

El programa de investigación de "Trabajo Social de la Liberación", desarrollado en Latinoamérica, propone dimensionar el desenvolvimiento histórico de la disciplina, por lo que su propuesta se orienta a un tipo de reconstrucción racional de la emergencia genética de, los diversos núcleos teóricos, sus aplicaciones propuestas, realizadas por distintas comunidades de trabajadores sociales en distintos momentos históricos y ubicaciones geográficas. El núcleo duro de las teorías ensambladas en el contexto de este Trabajo Social de la liberación, tiene herencias conceptuales de diversas variantes de materialismo histórico y de materialismo dialéctico. Tienen particular peso para su ensamblaje teórico, las primeras obras de Karl H. Marx en su etapa hegeliana, los marxismos neohegelianos como los de George Lukács y Antony Gramsci y de algunas vertientes de la sociología económica neomarxista, a partir de posturas como la de Paul Baran y Paul M. Sweezy en su obra. Capital monopolista (Baran, Paul y Paul M. Sweezy, 1996) y Harry Braveman en su obra: Trabajo y capital monopolista. La degradación del Trabajo en el siglo XX. (Braveman, Harry, 1974).

Así el programa de investigación de Trabajo Social de la liberación, ensambla en su núcleo teórico, algunos encapsulamientos conceptuales, heredados y adaptados a partir del núcleo teórico del materialismo histórico. Uno de estos encapsulamientos conceptuales heredados, es que cualquier dinámica social puede ser explicada en los profundos de sus relaciones o estructuras económicas. La denominada ideología: la política, la religión, la filosofía, reproduce conceptualmente lo sustentado por las relaciones de producción que se encuentran en su infraestructura o base económica. En este sentido Karl H. Marx, en su obra: "Prólogo de la Contribución a la crítica de la economía política", lo sintetizó de la siguiente manera: "Mi investigación desemboca en el resultado de que, tanto las relaciones jurídicas como el estado (y sus políticas), no pueden comprenderse ni por sí mismas no por la llamada evolución del espíritu humano (las ideas), sino que deben explicarse por las condiciones materiales de vida que Hegel resume como sociedad civil, cuya anatomía hay que buscar en la economía política". No obstante, la investigación original de K. H. Marx, sobre las estructuras y procesos económicos, estaba sustentado en el modo de producción de su tiempo, que él mismo denominó como: "capitalismo", de perfil competitivo. Este tipo de capitalismo contaba con industrias relativamente pequeñas, que competían entre sí, pero que ninguna industria particular tenía las condiciones materiales para crecer de tal manera que pudiera ejercer un control total sobre las actividades del mercado. No obstante, a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, aun cuando el modo de producción general no cambió, las relaciones particulares de producción capitalista, sí cambiaron, por lo que se tiene una mutación del capitalismo competitivo al capitalismo oligopólico y monopolístico. La emergencia de este nuevo estilo de capitalismo, el monopolista u oligopolista, está determinado porque una pequeña cantidad de capitalistas controlan sectores específicos de

la economía (v.g.: materias primas, industrias), por lo que es posible evitar la competencia e incluso suspender los principios de oferta y demanda, en los que se sustentaba las teorías del mercado en la economía liberal clásica. Al anularse la competencia, las grandes compañías o firmas surgidas, controlan el mercado y por ello se concentran en la optimización de ingentes ganancias, por medio de ventas masivas, promovidas por sofisticados medios publicitarios, que atraigan a los consumidores potenciales y que terminen de crear toda una cultura de consumismo conspicuo.¹⁴ (Baran, Paul y Paul M. Sweezy, 1996) Op. Cit.

3.1. Antecedentes de Trabajo Social en México

El abordaje de las formas de ayuda y de acción social en México implica complejidad dada la diversidad de realidades regionales y la multiplicidad de lineamientos económicos, políticos y socio-organizativos que confluyen en el desarrollo histórico del país.

Con la Conquista de México-Tenochtitlán el panorama novohispano se divide en dos vertientes; emergieron del seno mismo de la violencia los conquistados y los conquistadores, los explotados y los explotadores, los marginados y los favorecidos, los indígenas y los españoles. El mundo indígena emerge, y se transforma el mundo prehispánico. El nuevo universo fue puesto a debate; sus masas quedaron cubiertas por ideas diversas y encontradas. Inicialmente, la Corona Española, influenciada por los religiosos regulares, formulas normales en las que se afirmó la racionalidad de los indios, y se convirtieron en preceptos que aminoraron, al menos en el papel, la esclavitud del indígena y los servicios personales que estos debían proporcionar a las encomiendas. Flores González, María Luisa. (1988).

La actuación de la iglesia y la influencia de los preceptos religiosos fueron fundamento para programar las formas de ayuda social propuestas por la Corona. Inicialmente, los esfuerzos de las autoridades par aplicar las Leyes de Separación Residencial fueron transferidas al grupo de misioneros regulares. Estos esfuerzos contentan intereses económicos y de poder muy notorios, sin embargo, religiosos regulares como Pedro de Gante, Motolinia, Bartolomé de la Casas y Vasco de Quiroga realizan acciones que tratan de concretizar la protección al indígena, aunque evidentemente dentro de los marcos del sistema de explotación.

Una vez que la Corona propone la creación de las republicas de indios con la finalidad de aprovechar al máximo la mano de obra indígena y explotar las riquezas naturales de sus territorios, los misioneros dan impulso a la idea pero con otra visión, ven la formación de estas comunidades como forma de evitar los excesos y atropellos de los conquistadores. Las labores sociales de los regulares consistían en convertir al cristianismo a los naturales y pugnar por que la fraternidad reinara y normara su proceder. En el seno de las diferentes

¹⁴ El término consumismo conspicuo fue acuñado por el economista estadounidense Thorstein Veblen, en referencia al fenómeno del consumo opulento de la sociedad estadounidense, observado desde finales del siglo XIX e inicios del siglo XX

misiones, comunidades o pueblos aparecen organismos de ayuda que rebasan en alcance a la caridad y logran cobertura para la mayoría de los miembros de la comunidad, en razón de la fraternidad. Evidentemente, no se pudo generalizar y referirse a un uniforme grupo de indios, pero desligando a algunos caciques y a otros tantos principales la sobrante y heterogénea masa indígena, aún con sus propias costumbres y sus inevitables diferencias, quedó envuelta bajo el brazo conquistador, permaneció con el yugo de la tutela y el sometimiento. *Evangelista, Eli.* (2001). Valero Chávez, Aída. (1994).

En El México actual, sobreviven y cohabitan diferentes formas de ayuda y acción social, desde las de óptica religiosa hasta el Trabajo Social, cada una con sus características específicas y sus espacios de intervención delimitados, pero la práctica del Trabajo Social constituye una actividad que rebasa en alcance, cobertura y trascendencia a las demás, aunque dentro de la misma práctica profesional existían propósitos y finalidades diversas y enfrentadas que le imprimen orientaciones contradictorias en su quehacer. *Evangelista, Eli.* (2001).

3.2. Definición y Concepto de Trabajo Social

El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas (1957) definen El Servicio Social como una actividad organizada cuyo objetivo es contribuir a una adaptación mutua entre los individuos y su medio social. Este objetivo se logra mediante métodos y técnicas destinados a que los individuos, grupos y comunidades, puedan satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de adaptación a un tipo de sociedad que se halla en proceso de evolución, así como por medio de una acción cooperativa para mejorar las condiciones económicas y sociales.¹⁵ A partir de la crítica y de las propuestas que emergieron al desarrollarse este quehacer sociales como surge una forma de acción social alternativa, el Trabajo Social.

Según Ezequiel Ander Egg, el Trabajo Social se define como: “Un modo de acción social que supera los enfoques y la concepción asistencialista, y pretende ser una respuesta alternativa a la problemática social. De ahí que se atribuya una función de concientización, organización y movilización de los sectores populares o marginados. Función que es compartida por otros ámbitos profesionales y otras esferas de actuación. Lo específico de este quehacer, son los proyectos o intervenciones propias, ya sea en la presentación de servicios o en la acción social, que pretenden generar la autogestión de individuos, grupos o comunidades, para que insertos críticamente y dentro de lo posible, actuando o participando dentro de sus propias organizaciones contribuyan a la transformación social”. (Ander-Egg, E. *Historia del Trabajo Social*. Edit. Félix Varela. La Habana, 2003.)

La definición que aporta la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM sintetiza de manera clara y precisa la labor de la profesión: “Trabajo Social es la profesión que interviene directamente con los grupos sociales que presentan

¹⁵ Citado por Ezequiel Ander Egg. Op. Cit. (2003).

carencias, desorganización o problemas sociales. Por ello, es que promueve la organización de la población para satisfacer sus necesidades y lograr la adecuada actuación de ésta en una sociedad en permanente cambio, buscando con ello, mejorar sus niveles de vida". (Sección Académica de Psicopedagogía. Tríptico Informativo, el Licenciado en Trabajo Social. ENTS UNAM. Mayo, 1991)

3.3. Modelos de intervención de trabajo social

Los modelos o métodos de intervención utilizados por el Servicio Social (que todavía actualmente son operados por muchos trabajadores sociales en su práctica profesional y son condensados en la llamada Metodología Tradicional del Trabajo Social), intervienen en los aspectos individuales (o de Caso), grupales y comunitarios (desarrollo y organización de la comunidad) aisladamente, es decir, no determinan, analizan y contextualizan las relaciones existentes entre diferentes niveles de intervención y por ello, brindan una visión y una práctica parcializada y fragmentada en los procesos sociales.

En el caso de las intervenciones sociales, el profesional debe realizar diversos tipos de asesoramiento social, así como realizar análisis de caso, de comportamiento grupal o institucional, sustentar sus acciones interventivas en métodos derivados de la socio-antropología y de la terapia familiar; asimismo, diversos tipos de intervenciones sociales requiere acudir a estrategias y técnicas administrativas, jurídicas y de planificación institucional, para que diversos grupos humanos obtengan servicios y recursos comunitarios.

El Trabajador social para intervenir de manera científica necesita hacerlo sobre la base de unos conocimientos basado en la comprensión y explicación de los problemas, normalmente lo ha obtenido de otras ciencias y de otras disciplinas que han estado orientadas históricamente a la investigación básica. Otra fuente de conocimiento es la que proviene de la práctica social y que es usada para guiar la acción de los Trabajadores Sociales. Todos estos conocimientos junto con otros valores, le servirán para llevar a cabo una intervención competente.

3.3.1. Modelo individual

Este modelo individual, es el método de caso, que en su carácter pragmático brinda una acción orientada básicamente a intervenir en el interés subjetivo del individuo.

3.3.2. Modelo de grupos

Este modelo de grupos, es el método de grupo que se ubica en el trabajo grupal con una intencionalidad recreativa o terapéutica.

3.3.3. Modelo comunitario

Este Modelo comunitario, es el método de desarrollo y organización de la comunidad que su finalidad es trabajar a nivel comunidad para incidir y atenuar determinados efectos sociales, además de coadyuvar en la adaptación e integración de los individuos “disfuncionales” al sistema social prevaleciente.

IV. GRUPOS DE AYUDA MUTUA

El Grupo de Ayuda Mutua (GAM) es el conjunto de personas que comparten un mismo problema o situación común y que deciden reunirse siempre de forma voluntaria y periódica para mejorar su situación social y colectiva. Se dan información e intercambian experiencias, también se dan apoyo emocional, algunos realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos. Sensibilizan a la población y en algunas ocasiones hacen presión social.

Por tanto son reuniones entre "iguales", pueden ser personas directamente afectadas, familiares, amigos, cuidadores. Decimos que la ayuda mutua es un recurso comunitario y una de las redes de participación comunitaria que cada vez van desarrollándose más en las sociedades modernas. A la gente que hace ayuda mutua, y que están ya colaborando con estos principios y sobre todo a los profesionales de la salud, que lo estimulen y para que faciliten su constitución, es decir ayudaran a crearlos.

Cada uno aporta aquella información que tiene y lo interesante es el contrastar, el ver que hay personas que han podido superar aquella situación de crisis nos ayuda, este contrastar, este ejemplo, este intercambio, nos ayuda a poder superar nuestro problema.

Producen una mayor integración social y participación en la comunidad. El grupo también da apoyo emocional, pues las personas del GAM, comparten aspectos íntimos de sus sentimientos. Se realizan actividades sociales, muchos grupos realizan actos sociales. Superándolos gracias a los profesionales que les estaban ayudados, y sobre todo que en estos momentos están creando un programa porque El grupo da fuerza y protege

También el grupo ofrece servicios (servicios médicos, psicológicos y sociales etc.) y recursos. Hay grupos que crean servicios para recuperación o de rehabilitación. Muchas veces hay servicios que no están dentro de programas de la salud, o que son caros de encontrar y a nivel individual no se podrían hacer, las asociaciones o los grupos de ayuda mutua ayudan a crear estos servicios y consiguen muchas veces fondos.

Este es un campo que cada vez más se irá introduciendo y tendrá que colaborar, siempre que podamos presentar proyectos interesantes y justificados. Pero hay que ir pensándolos y trabajarlos. Desde los distintos servicios que se ofrecen en los Centros de Salud, en donde se intenta ayudarlos y sobretodo que sean útiles a sus necesidades. Una de las características importantes es la sensibilización pública de sus problemas. Esta sensibilización del problema ayuda, da fuerza, nos informa a los profesionales y por otro lado también el grupo hace una presión social directa o indirecta.

El apoyo de un profesional es poder ayudar, porque el grupo se beneficia, aquel grupo crece con mucha más fuerza, con implicación directa del profesional dentro del GAM, que crea el proceso de autonomía del grupo.

Y no podemos obviar que complementan las instituciones existentes y ayudan a generar un mayor bienestar social y comunitario de la población.

Sería interesante animar, a los distintos sectores implicados, a que así lo hagan. No podemos limitarnos a intuiciones, hay que demostrar de manera técnica y científica el ahorro en el costo hospitalario, ambulatorio y de farmacología, que supone la participación en un GAM.

Son los contactos espontáneos de las personas afectadas por una enfermedad, en los centros de tratamiento, etc. En reuniones de grupos. Las personas afectadas por la enfermedad se reúnen. Entre ellos encuentran comprensión y apoyo, el grupo se responsabiliza del control de su salud y se sentirán más autónomos.

4.1. Definición y Concepto de grupo de ayuda mutua

Para hablar de este tema, se hará una breve historia de la ayuda mutua y conceptualizar esta práctica. Ya que muchos documentos realizados por estudiosos del tema nos dicen, que la ayuda mutua es una condición natural en el ser humano de buscar contacto con otras personas, en las que confiar ante una situación de enfermedad, peligro o de ansiedad. También de algunas especies animales que, cuando tienen alguna dificultad o estrés o situación de miedo, necesitan buscar a otro para compartir aquella situación, y en la medida en que se comparte, nuestro estrés, nuestro temor, nuestro miedo se alivia. En el momento que contrastamos nuestro problema con otra persona, aquel problema ya no es tan grave, porque muchas veces resulta que lo vivimos con tanta intensidad, encerrados en nuestro individualismo que deja de ser tan intenso en el momento que lo compartimos con otros y podemos, aunque solo sea hablar o intercambiar información. Resulta que nos podíamos ayudar. En este intercambio es lo que se dice que nace la ayuda mutua. En el intercambio de Dar y Recibir. Uno de los principios mundiales de Ayuda Mutua dice: "el que más da, más recibe". Barrón, A. (1996).

Según nos cuentan los estudiosos, la ayuda mutua ya nace en el útero, dicen que cuando estamos en el vientre de nuestra madre ya empieza una ayuda mutua, porque hay un intercambio de información y comunicación entre nuestra madre y nosotros. Más adelante, en la infancia, también se vive esta ayuda debido a la relación que establecemos con los padres, con los amigos. En la adolescencia, en el mundo laboral, en la medida que los seres humanos podemos compartir, aprendemos a compartir, a intercambiar y a contrastar, estamos más preparados para que en un momento dado podamos efectuar ayuda mutua. Si nos hemos implicado en alguna experiencia asociativa, también nos será más fácil ser solidarios y formar parte de alguna organización. (Schaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R.S. 1981). Por lo tanto, la ayuda mutua está ubicada en el sistema de ayuda informal, tanto a los afectados por diferentes problemáticas de salud, como a sus familiares. Es por esto que cuando los afectados por algún problema de salud requieren de consejo o apoyo emocional, se sienten mejor acudir a familiares, amigos,

vecinos, compañeros de trabajo o grupos de iguales antes que a gente profesional. (Villalba, 1997)

Históricamente, fue en la década de los años 70 que aparece en EE.UU. y centro Europa las asociaciones y los grupos de ayuda mutua, como un recurso a una necesidad no cubierta por la atención primaria y derivada de la crisis industrial y económica. Una de las organizaciones pioneras fue Alcohólicos Anónimos creada en EE.UU. hacia los años de 1935. Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua (2008)

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) nacen al amparo de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). También coincidió que, a nivel de atención primaria, hubo un movimiento social importante entre los profesionales de la salud y personas afectadas por alguna enfermedad - familiares de enfermos mentales principalmente -, que empezaron a trabajar en lo que eran los temas de grupo y sobre todo en los grupos sociales, grupos de apoyo, grupos terapéuticos, etc. Los planes de acción de la OMS (1998).

La Asamblea Mundial de la Salud reunida en Alma-ata en 1978, manifestó *que la Asistencia Primaria de Salud es el punto donde convergen todos los problemas sanitarios de la comunidad y es el lugar desde donde se ha de desarrollar acciones para resolverlos y poder llegar a la "salud para todos en el año 2000". La O.M.S. apoyó y redactó 38 objetivos para conseguirlo y dio apoyo y crea un Centro Internacional de Información y de apoyo a las Asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua en Lovaina (Bélgica)*

Pero fue en el año 1986 que se efectuó la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Otawa (Canadá) (Octubre de 1986), donde se sentaron las bases para impulsar la capacidad de la comunidad y la participación social.

Los grupos de ayuda mutua nacieron amparados por dicho contexto. En Europa llegó un poco más tarde, en el año 1984 todos los estados miembros de las regiones de Europa también adoptaron estos objetivos y trabajaron para ello.

Todos los objetivos van encaminados a una participación de todos los agentes implicados en la salud: no sólo el personal médico y sanitario sino también los propios enfermos, los familiares, los cuidadores, y aquellas asociaciones que existan en la comunidad. Todos deben estar implicados, y para ello se tienen que crear canales, dijeron, de participación en esta salud. Los planes de acción de la OMS (1998).

La OMS dio su apoyo creando un centro europeo de apoyo para la ayuda mutua (Clearinghouse) en Lovaina(Bélgica) que da información, promoción y formación para la auto-ayuda o ayuda mutua, así como congresos, seminarios y documentaciones sobre investigaciones en esta materia, de las distintas organizaciones de la comunidad europea.

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social, define que “el hombre, por el sólo hecho de su condición, tiene el derecho de seguridad social, concebido como la cobertura integral de sus contingencias y la garantía de los medios para el desarrollo pleno de su personalidad y su integración permanente en la comunidad”. Sin embargo, la complejidad social en que vivimos se caracteriza por la disminución de los vínculos afectivos de apoyo social que permitían a los individuos y grupos sociales enfrentar situaciones problemáticas en formas solidarias, esto se debe a las carencias, necesidades o problemas sociales que cada vez se hacen más extensos y la capacidad del Estado para atender las demandas de la población resulta insuficiente. Debemos entender que la ayuda para el desarrollo no es una cuestión de caridad, sino todo un proceso que implica diversidad de factores; la Dimensión Social y su organización tiene una responsabilidad específica. A través del contacto con los individuos, debemos utilizar el conocimiento notable que se posee de cómo viven las personas y transmitirlo al resto de la sociedad. Los planes de acción de la OMS (1998).

Dentro del modelo aportado por Rocío Fernández-Ballesteros (1996) sobre los elementos componentes de la calidad de vida en las personas mayores, las relaciones interpersonales ejercen una notable influencia sobre su bienestar. Así, tanto en la dimensión objetivo-subjetiva como en la personal-socioambiental se sugiere el apoyo social como factor condicionante.

El apoyo social es un proceso por medio del cual los recursos de la estructura social permiten satisfacer necesidades en situaciones cotidianas o de crisis. El apoyo social promueve la ayuda mutua, favorece la acción colectiva (solidaridad y pertenencia). Lo que nos lleva a conformar una red, misma que se define como el conjunto de vínculos que entrelazan a grupos e individuos dentro de una sociedad determinada y puede ocurrir de varias formas: por medio de las redes sociales personales, en los grupos de apoyo creados en la comunidad y a través de los profesionales de ayuda. (Villalba, 1997).

A través del contacto con los individuos, debemos utilizar el conocimiento notable que se posee de cómo viven las personas y transmitirlo al resto de la sociedad. El conocimiento forma parte de la toma de decisiones, para ello necesitamos trabajar con las estructuras de poder existentes para promover, desarrollar y poner en práctica los cambios que se necesitan.

Las Redes sirven para coordinar pensamientos y acciones y se crean a partir de la existencia de esquemas de prioridades compartidas, es decir, con base en las relaciones entre personas que se basan en criterios comúnmente aceptados por todos o la mayoría de los individuos que participan en ella. Se trata de un tejido de relaciones e interacciones que se construyen con una finalidad y se interconectan a través de intercambios líneas de trabajo conjunto entre individuos, grupos, países, etc. Schaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R.S. (1981).

Las Redes de Apoyo se pueden clasificar en Primarias y Secundarias (Barrón, A. 1996):

- Las redes primarias o naturales (Familia, Amigos, Compañeros de

Trabajo, de estudio).- Es el conjunto de personas relacionadas entre sí por lazos familiares, de amistad, de trabajo, de estudio, etc., cuyos vínculos existentes son afectivos y se basan en la reciprocidad mediata o inmediata, las personas que la integran no necesariamente deben poseer una educación profesional o especializada para brindar apoyo, es suficiente el interés de ayudar a sus semejantes.

- Las redes secundarias u organizadas (Grupos de Ayuda Mutua, Voluntariado Institucional, Ayuda Profesional).- Son conjuntos sociales institucionalizados, es decir estructurados de manera precisa para desarrollar actividades específicas de atención a las necesidades y problemas en forma especializada, se requiere que sus miembros cuenten con los conocimientos técnicos o profesionales adecuados y que cumplan con los roles determinados.
- La influencia que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar de los adultos mayores, se hace necesario delimitar el nivel de referencia y la perspectiva desde la que se puede abordar. Así, atendiendo la referencia, encontramos tres niveles de análisis:
 1. *Nivel comunitario o macro*, entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.
 2. *Nivel medio*, que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, vecindario, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación.
 3. *Nivel micro o de relaciones íntimas*, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Así mismo, en función de la perspectiva desde la que se estudie, se distinguen dos tipos de abordaje: Hace referencia tanto a las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras). Desde la que se analizan los efectos o consecuencias que le reportan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red. (Riquelme, 1997).

Desde una perspectiva funcional, tres han sido los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones: emocional, tangible o instrumental e informacional. El primero representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona. El apoyo instrumental, tangible o material hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa (por ejemplo, cuidar de la casa cuando uno se ausenta, cuidar de un familiar, facilitarle alojamiento, etc.). La última de las funciones, consiste en la provisión de

consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas. Así, cuando las personas se enfrentan con un problema que no puede resolverse de un modo fácil y rápido, tratan de buscar información acerca de la situación, posibles modos de solucionarla o recursos adecuados para disminuir los perjuicios que ocasiona. En este proceso de búsqueda de ayuda, las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona necesitada. (Barrón, 1996; Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981).

Dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. Así, la primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto. Si esto lo aplicamos al campo psicogerontológico, supone que aumentos en el apoyo social incrementan igualmente la salud y el bienestar personal del adulto mayor, sin que esa relación se vea mediada por las condiciones estresantes que pueda padecer. Según esto, la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente. (Barrón, 1996).

La segunda de las teorías, denominada del *Efecto Buffer o Amortiguador*, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. Entonces el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria. Sobre la primera, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales, como instrumentales o de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación. (Barrón, 1996).

La Teoría de la Comparación Social de Wills (1981), propone que las personas tienden a validar sus nociones sobre la realidad social comparando sus propias actuaciones y opiniones con los de otras personas. Esto supone un mecanismo teórico a través del cual las relaciones sociales pueden proveer un tipo de apoyo cognitivo. En este sentido, cuando el resultado de la comparación es positivo, las personas se ven beneficiadas de las interacciones sociales en las que participan. Lo que hace que, por ejemplo, en el caso de las personas mayores, vean incrementada su autoestima a través del contacto con otros individuos comparativamente “peores”. Del mismo modo, recibir aprobación por parte de otras personas significativas para el individuo incrementa su autoconcepto. Así, los contactos sociales mantenidos por un individuo, y la red social resultante, actúan de referente en los procesos de evaluación interna o autopercepción que lleva a cabo. (Wills, 1981)

Decimos que la ayuda mutua es un recurso comunitario y una de las redes de participación comunitaria que cada vez van desarrollándose más en las sociedades modernas. A la gente que hace ayuda mutua, y que están ya colaborando con estos principios y sobre todo a los profesionales de la salud,

que lo estimulen y para que faciliten su constitución, es decir ayudaran a crearlos.

Las características básicas de estos grupos de ayuda mutua, se dice que son compartir información y experiencias. En los grupos se comparte la información, las experiencias, cada uno aporta aquella información que tiene y lo interesante es el contrastar, el ver que hay personas que han podido superar aquella situación de crisis nos ayuda, este contrastar, este ejemplo, este intercambio, nos ayuda a poder superar nuestro problema. (Sheidlinger, 2004).

El concepto de Grupos de Ayuda Mutua nace como un movimiento que se caracteriza por la existencia de reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada entre sus miembros que comparten una problemática en común. Para ellos, es necesario que éstos se vean a si mismos como equivalentes, y el problema de salud común establece una equivalencia que permite dejar en segundo plano la diversidad individual y social de los componentes del grupo. Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua (2008).

Los grupos de ayuda mutua se definirían como un movimiento caracterizado por funciones de soporte, educacionales, y con una orientación al cambio personal. Dichas metas están dirigidas a la solución de un problema de la vida diaria o a una condición compartida por todos sus miembros. (Kurtz, 1997).

Los grupos de ayuda mutua están compuestos de personas que comparten un problema o situación, que se reúnen para hacer alguna cosa para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales. Y estos grupos enfatizan la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades de sus miembros. Suelen proporcionar ayuda material o emocional y promueven unos valores a través de los que sus miembros pueden reforzar la propia identidad. (Borman, 1992).

Un grupo se define como dos o más individuos interactuantes e independientes que se han reunido para alcanzar determinados objetivos específicos. En este caso es el conjunto de personas que comparten un mismo problema para mejorar su situación social y colectiva. Se dan información e intercambian experiencias, también se dan apoyo emocional, algunos realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos. Sensibilizan a la población y en algunas ocasiones hacen presión social. Por tanto son reuniones entre iguales, pueden ser personas directamente afectadas, familiares, amigos, cuidadores. (Canals, 1995).

Los grupos pueden ser:

A. Formales.- Aquellos definidos por la estructura organizacional, con funciones de trabajo designadas que les establecen tareas. En estos grupos el comportamiento que uno debe observar está establecido por las metas organizacionales y dirigido hacia ellas (Ejemplo, los miembros de la tripulación de vuelo de un avión).

B. Informales.- Son alianzas que no están estructuradas desde el punto de

vista formal ni han sido determinadas por la organización. Estos grupos son formaciones naturales en el ambiente de trabajo, que aparecen en respuesta a la necesidad de contacto social. Tres empleados de diferentes departamentos, que tienen la costumbre de almorzar junto, son ejemplo de un grupo informal.

Hay grupos muy distintos y variados y asociaciones y grupos de ayuda mutua de enfermedades, adicciones y de situaciones que denominamos especiales. (Barrón, 1996). Propone una clasificación integradora basada en dos criterios:

Según el tipo de problemas:

1. Grupos de personas que atraviesan situaciones problemáticas semejantes, las crónicas y situaciones puntuales o de crisis vitales.
2. Grupos de acción social cuyo objetivo principal es un cambio en la legislación o en las actitudes públicas, por ejemplo, grupos de vecinos, grupos de defensa de derechos, etc.

Dentro de los tipos de grupos de ayuda mutua encontramos una gran diversidad. Constituidos tanto por personas afectadas de una enfermedad o problema como por sus familiares o cuidadores. Algunos grupos de ayuda mutua se centran en una enfermedad crónica (Por ejemplo, la diabetes, la hipertensión, etc.). Otros grupos de ayuda mutua acogen personas con un problema de comportamiento personal (abuso de alcohol o drogas, obesidad por exceso de alimentación, anorexia) a los que les es muy difícil dar un cambio de forma de vida aisladamente. Últimamente han proliferado los grupos de ayuda mutua de personas que sufren problemas psicosociales (Por ejemplo separaciones de parejas, duelos, pérdida de hijos, problemas creados por la vejez, recién salidos de la cárcel, del hospital, soledad) o un problema generado por la propia sociedad (marginación a causa de la delincuencia, homosexuales, minorías), pero la diversidad de los grupos se va extendiendo mucho más. (Sheidlinger, 2004).

4.2. Promoción y difusión

El motivo para incorporarse a un grupo de ayuda mutua es diferente para cada uno de sus miembros. Los participantes del grupo de ayuda mutua tienen oportunidad no solo de discutir los motivos, los deseos y expectativas que los han llevado a reunirse, sino también sus preocupaciones, angustias y contrariedades. Los motivos pueden ser diversos:

- Conocerse mejor uno mismo
- Obtener información
- Hallar la comprensión de otras personas que están en la misma situación
- Hacer amistad con personas que te comprenden y te aceptan
- Dar apoyo a los otros miembros del grupo de ayuda mutua
- Clarificar la información que se tiene sobre el problema

➤ Salir del propio aislamiento

Las funciones de un grupo de ayuda mutua es facilitar e intercambiar información: Estimular el intercambio de experiencias y conocimientos entre los miembros. Se pueden valorar los conocimientos sobre nuevas formas de tratamiento o recibir información sobre un problema concreto, que puede adquirirse invitando a “expertos” al grupo de ayuda mutua. Gracias al intercambio de experiencias se suavizan problemas. Además a través de la información que se recibe se conocen contactos y recursos. La información al público puede ser útil a las personas que se hallan en la misma situación y no gozan del soporte de un grupo, porqué desconocen su existencia para ponerlos en contacto. También es importante dar a conocer al conjunto de la población las necesidades especiales de los afectados: como hacen los disminuidos físicos cuando piden la supresión de barreras arquitectónicas. (Canals, 1995).

Apoyo emocional entre sus miembros: Por apoyo emocional entendemos saber escuchar y ver a otro que sufre un problema parecido o más grave. Este apoyo se da durante las reuniones del grupo de ayuda mutua, pero muchas veces también fuera del grupo, a menudo hablando por teléfono, por carta, etc. Este apoyo es permanente o bien puntual en situaciones de crisis. Este aspecto puede ser esencial del grupo de ayuda mutua, o puede añadirse a las actividades del grupo.

Prestación de servicios: La prestación de servicios puede ser la finalidad del grupo, pero en alguna ocasión sucede que el grupo presta unos servicios determinados a sus miembros. Por ejemplo organización de colonias para niños diabéticos. Los servicios se los pueden ofrecer los miembros entre sí, el grupo puede crear un centro de servicios atendido por voluntarios o por personal retribuido.

Organización de actividades sociales: Un grupo puede reunirse para jugar a cartas, ir a una cafetería, etc. Estas reuniones, a menudo pretenden romper el aislamiento en que se encuentran muchas personas con enfermedades crónicas que, sin este estímulo, no saldrían de casa.

Defender intereses y presionar: Puede ser que el objetivo del grupo sea defender sus intereses y hacer presión social. Ya que el grupo posee unas características comunes, si no están cubiertas ciertas necesidades, un grupo puede emprender acciones para darse a conocer a las autoridades y a la opinión pública. La forma de ejercer esta presión va desde dirigir una petición formal a la autoridad pertinente, hasta organizar una manifestación de afectados. (Barrón, 1996).

Los Grupos de Ayuda Mutua, un modelo social de salud, porque está respondiendo a una canalización de sus necesidades y a la vez participan y complementan los vacíos socio-sanitarios existentes con respecto a estas enfermedades. Una manera de implicarse y a la vez de participar en su proceso de salud, entendiendo siempre salud a nivel general, a nivel global, no salud solamente física, sino salud psicológica y salud social.

Cada Grupo de Ayuda Mutua (GAM), para poder conseguir sus objetivos, busca los apoyos necesarios. Pues cada grupo como cada persona tiene sus ritmos y por ello es necesario que los profesionales respetemos y acompañemos sus ritmos. Y es desde esta interrelación práctica que hablemos de la teoría de la experiencia de trabajo conjunto, pero lo más importante que quiero resaltar, es que esta práctica que hacen el grupo, unida a los apoyos teóricos de los distintos profesionales que se necesitan, según sus necesidades, es este un buen camino para un buen funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua. (Sheidlinger, 2004).

Los beneficios que aportan estos grupos de ayuda mutua son muchos:

- ✓ A escala personal: La persona al participar en un GAM y adquirir información, adquiere al mismo tiempo conocimientos y sobretodo habilidades para poder manejar mejor sus dificultades. Al descubrir sus propias necesidades hace que puedas poner remedio a los problemas que tenias, y sobre todo te responsabiliza y te capacita para afrontar las situaciones.

Ayuda a salir del aislamiento, esto es una de las cosas importantísimas que tiene el grupo, hay personas que muchas veces no saldrían de su casa debido a su problema, y el hecho de ir al grupo les anima, y les da mucha más fuerza. Y por otro lado, el compartir la solidaridad y la participación. Está comprobado que las personas que han tenido experiencias positivas en grupos, no solo de ayuda mutua, sino en cualquier otro tipo de grupo, son más solidarias, son más participativas en la sociedad.

Y por último, da mucho soporte, mucha seguridad, y mucha fuerza para poder convivir cada día con aquella dificultad, y se llega a convertir, aquella dificultad, en muchas veces en un compañero de viaje inseparable. Sentimos que forma parte de nosotros y vale más que nos aliemos con ella.

- ✓ Los beneficios sociales que los grupos nos aportan: La normalización de la enfermedad.

Refuerza y complementa delante de los tratamientos. Hay muchos estudios de los especialistas, sobre todo aquí en América que son tan dados al estudio, han comprobado que muchas veces las personas que participan en los grupos de ayuda mutua, mejoran incluso el sistema inmunológico, disminuye el consumo de fármacos o medicaciones, y sobre todo las personas no tiene tantas recaídas ni ingresos sobre todo en enfermos de trastornos mentales, disminuyen los reingresos hospitalarios y las bajas laborales.

Hay mayor integración social y participación en la comunidad. Una comunidad con muchas asociaciones democráticas y participativas, es una sociedad con un gran patrimonio y riqueza de valores, es más abierta, acogedora y solidaria. De la experiencia recogida y de los estudios realizados en otros países más avanzados en estos temas, nos indican que en la medida que se fomenta y se de apoyo a los grupos de ayuda mutua, la salud, la solidaridad y la participación de la sociedad aumenta. (Canals, 1995).

Debemos destacar el dinámico papel de algunos profesionales de la salud, generalmente críticos ante los modelos existentes de atención institucionalizada. También es importante destacar la presencia de numerosas entidades con objetivos de asesoramiento y/o defensa de determinados colectivos, los que sirven de soporte organizativo para la creación de los Grupos de Ayuda Mutua (Gallardo, 2001).

Los Grupos de Ayuda Mutua aparecen como una más de las opciones que son consideradas a la hora de configurarse los itinerarios terapéuticos. Como todas las demás, no será exclusiva, sino que tendrá a compatibilizarse con ellas. Dentro de los procesos asistenciales, los Grupos de Ayuda Mutua presentan ciertas peculiaridades por el hecho de basarse en la reciprocidad simétrica y horizontal, incorporando al mismo tiempo algunos saberes especializados. El Grupo de Ayuda Mutua se apropia y sintetiza aportaciones de profesionales distintos con quienes interactúa. Esta interacción mantiene su horizontalidad mientras que el Grupo de Ayuda Mutua toma la iniciativa dentro de sus formas y contenidos. (Comelles, 1985b).

La colaboración para la promoción de la salud es un acuerdo voluntario entre dos o más socios que deciden trabajar en cooperación para obtener un conjunto de *resultados de salud* compartidos. Dicha colaboración pueden formar parte de una *colaboración intersectorial* para la salud o basarse en *alianzas* para la promoción de la salud. Pueden limitarse a la búsqueda de un fin claramente definido (como conseguir el desarrollo e implantación de legislación) o ser continuadas, abarcando una amplia gama de cuestiones e iniciativas. La *promoción de la salud* está explorando cada vez más las colaboraciones entre el sector público, la sociedad civil y el sector privado.

Integración de los Grupos de Ayuda Mutua

Como la mayoría de los Grupos de Ayuda Mutua, están integrados por adultos mayores, se deben tener en cuenta las características positivas y negativas del adulto ante el aprendizaje, siendo esencial la oportunidad de participar activamente, para que lo sientan parte de sus propias experiencias. Es recomendable tener desde el principio Grupos cerrados, es decir, que el número de participantes que lo integren no fluctúe durante el tiempo de permanencia de los pacientes en el Grupo, a fin de poder darles un seguimiento verdadero en las tres dimensiones biológica, psicológica y social. Por lo que se deberá registrar en un directorio los datos generales del paciente, así como en hojas específicas de seguimiento los avances y condiciones generales de su estado de salud. (Comelles, 1985b).

Para lograr el proceso enseñanza-aprendizaje, se hace evidente que el Equipo Multidisciplinario de Apoyo cuente con elementos cognoscitivos que lo favorezcan, como son:

Dado que la capacitación se define como un proceso de formación y adquisición continua por el cual se actualizan y desarrollan conocimientos, actitudes y habilidades tanto de los trabajadores para desempeñar mejor sus

labores como de los pacientes para adquirir conductas más saludables, siendo uno de los objetivos el propiciar y fortalecer el conocimiento técnico, para aplicar las técnicas didácticas que mejor se adecuen a dicho objetivo. Rodríguez Marín, J. (1995).

En el proceso enseñanza-aprendizaje interactúan cuatro elementos principales:

1. El participante, que es el sujeto que aprende.
2. El instructor o moderador.
3. El contenido del curso o tema, que es el objeto de conocimiento.
4. Medio ambiente, circunscribe la práctica del instructor o moderador y el aprendizaje de los participantes, y en el que pueden influir toda clase de problemas de los capacitados o receptores de la información.

La **Educación para la Salud**, como una herramienta de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad y un eje fundamental de la Atención Integral en salud. Identifica los niveles de intervención de la Educación para la salud y le ofrece al Asistente Técnico de Atención Primaria las herramientas para la construcción de Programas de Educación para la salud, en forma conjunta con los miembros del Equipo Multidisciplinario de Apoyo. La estrategia de atención primaria pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. Tanto la comunidad como los individuos deben tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas deben, resolver por sí mismos y sobre cuáles aspectos tienen derecho a exigir a otros niveles.

Esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan. Por lo tanto, la misión de **Educación para la Salud** es crear estos espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a su salud.

La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva. San Martín, H., y Pastor, V. (1988).

La Educación para la Salud es un instrumento de la Promoción de la Salud que pretende facilitar los cambios de comportamientos hacia conductas saludables y eliminar factores de riesgo. Ya que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es

el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. (Rodríguez Marín, J. 1995).

La **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. (Octubre de 1986), identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son la *abogacía* por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; *facilitar* que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y *mediar* a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Los *escenarios para la salud* ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales. La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La *alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario* fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el *empoderamiento* de las personas y las comunidades. La **Declaración de Yakarta** en Conferencia sobre Promoción de la Salud, (julio de 1997). Identifica de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI. Definiendo a La alfabetización para la salud la cual supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los *estilos de vida* y de las *condiciones* personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el *empoderamiento para la salud*. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar la *salud* de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud.

La acción de la *Carta de Ottawa* destinada a crear ambientes favorables para la *salud* se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud. En *promoción de la salud*, es un proceso mediante el cual los distintos intereses (personales, sociales, económicos) de los individuos y de las *comunidades*, así como diferentes sectores (público y privado) son puestos de acuerdo de forma que promuevan y protejan la salud. La introducción de cambio en los *estilos de vida* y en las *condiciones de vida* de las personas produce inevitablemente conflictos entre los distintos sectores e intereses de una población. Dichos conflictos pueden surgir, por ejemplo, frente a dificultades con respecto al acceso, uso y distribución de los recursos o a limitaciones impuestas a las prácticas individuales u organizativas. La resolución de tales conflictos por vías que promuevan la salud puede suponer una aportación importante por parte de los que trabajan en promoción de la salud, incluida la aplicación de sus habilidades para *abogar por la salud*.

La atención médica integral reconoce tres dimensiones: biológica, psicológica y social las cuales se encuentran involucradas con la cobertura de los aspectos de prevención, curación y rehabilitación. Asimismo representa lo multidisciplinario, cuyas competencias profesionales expresan distintos métodos, técnicas y procedimientos, en conjunto se yuxtaponen para ofrecer una interdisciplinaria heterogénea al servicio de la atención médica.

Es así en esta forma de trabajo el bienestar común debe tener la preferencia al igual que una actitud desinteresada que nos permitirá recordar que una forma de ayudarnos a transitar una enfermedad determinada es unirnos a otros. Es restablecimiento personal dependerá, entre otras cosas, de la unidad del Grupo de Ayuda Mutua.

La Unidad es una sola pieza conformada por cada integrante del Grupo. Procura a los demás como miembro particular, es sinónimo de bienestar común; también lo es cuidar a nuestros compañeros respetando su manera de pensar, de ser y de actuar, sin importar los antecedentes del individuo, no se le va a castigar. En el Grupo es un miembro más que por lo que al interior de Grupo siempre debe tenerse presente que existe una vida colectiva, además de las vidas personales, y que toda decisión que se tome debe considerarse de manera conjunta y valorarse con cuidado para que no se dañe a otros. (Rodríguez Marín, J. 1995).

Para conocer el impacto de la Educación para la Salud, así como en cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje, es necesario contar con la evaluación que permita constatar el grado en que se logran los objetivos del programa. Hay dos términos dentro de esta evaluación: la medición y la calificación; la medición se define como la descripción cuantitativa de aptitudes, habilidades y destrezas, siendo el resultado un número que expresa el grado en que el participante posee dicha característica. Es importante señalar que la evaluación no se reduce a una medición o a una calificación, sin embargo el personal que integra los Equipos Multidisciplinarios de Apoyo deberá establecer mecanismos de evaluación que permitan conocer el grado de avance de los Grupos de Ayuda Mutua.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad*. Deberán realizarse actividades que signifiquen compartir información, conocimientos y habilidades, así como, que faciliten la comunicación intergrupala.

Este tipo de educación apoya el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la *salud*, sino también la que se refiere a los *factores de riesgo* y *comportamientos de riesgo*, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de

información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la *salud*. La **Declaración de Yakarta** en Conferencia sobre Promoción de la Salud, (julio de 1997).

En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la *abogacía* por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término *promoción de la salud*, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la *educación para la salud* para distinguir entre estos dos términos.

Pudiendo distinguirse dos tipos de prácticas que hacen referencia a la resolución del problema del paciente: una que se refiere a cuidar, proteger y dar apoyo moral en el trance, otra destinada explícitamente a curar, a intervenir directamente sobre el trastorno. Mucho más a menudo, las sociedades, ante trastornos que saben de pronóstico funesto ponen en pie terapéuticas rituales o simbólicas que no van dirigidas a resolver la enfermedad, sino a aligerar la ansiedad del enfermo y de su red social. En todas juega un papel fundamental la calidad de vida del paciente, y la asistencia que recibe.

Por lo que se debe estimar el papel que cumple el Grupo de Ayuda Mutua en la actitud para la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por determinadas enfermedades principalmente crónicas degenerativas, así como de sus familiares y cuidadores, ubicados en la estructura social y sanitaria, bajo la perspectiva de los miembros participantes y de los profesionales de la salud. (Rodríguez Marín, J. 1995).

El desarrollo de los niveles de intervención es debido a que la Educación para la salud depende del problema de salud que se quiera abordar, de la o las personas a que va dirigida y del escenario en el cual se va a implementar-ejecutar o realizar.

Antes de cualquier intervención que se realice e independientemente del escenario (escolar, servicios de salud, laboral, comunitario, medios de comunicación social), se han de considerar los contenidos que siguen:

Un abordaje integral de la salud requiere de implementar intervenciones orientadas a promover la salud, prevenir la enfermedad y curar y rehabilitar a las personas en sus problemas de salud. Para ello, se requiere de la aplicación de actividades educativas en salud que se desarrollan a través de diferentes niveles de intervención. (Rodríguez Marín, J. 1995).

La Atención Integral se sustenta en tres ejes esenciales, a saber: la Educación, la Participación Social y la Evaluación Integrada. Estos tres ejes se deben desarrollar en los Centros de Salud con Participación Social y Atención Integral. No se puede hablar de Atención Integral con la sola ausencia de uno de estos ejes. En este particular la educación para la salud, se constituye en una estrategia para la construcción social de la salud.

Este proceso de construcción y puesta en marcha de los conocimientos, hábitos y actitudes frente a la salud, se desarrolla generalmente en las interacciones informales de los individuos y sus grupos de referencia como lo son: la familia, los amigos, los compañeros, la comunidad y los medios de comunicación masiva (radio, televisión).

4.3. Equipo interdisciplinario y multidisciplinario de profesionales y Técnicos de la salud con especialidad en gerontología y geriatría

El Equipo Multidisciplinario de Apoyo en el Grupo de Ayuda Mutua o Autoayuda: Es un Grupo organizado por pacientes con alguna enfermedad o problemática común, que bajo la supervisión y apoyo multidisciplinario del Equipo de Apoyo reciben la capacitación necesaria para controlar o prevenir su padecimiento. El Equipo Multidisciplinario de Apoyo es el equipo de salud multidisciplinario que apoya y monitorea a pacientes que padecen una enfermedad en común y que se reúnen de una a tres horas en forma regular para compartir experiencias afines, estrategias de cuidado, resolución de dudas de los Grupos de Ayuda Mutua. Los equipos multidisciplinarios tienen reuniones periódicas en donde analizan la información generada al interior de los Grupos de Ayuda Mutua e implementan acciones de mejora. (Barrón, 1996).

Se debe designar un coordinador para las actividades del Equipo Multidisciplinario de Apoyo, debe ser el Trabajador Social, dadas las características de formación académica y de participación permanente en todos los Grupos de Ayuda Mutua. A veces es beneficioso contar con personal administrativo de apoyo. Es necesario recordar que el estrés organizacional está inversamente relacionado con la colaboración grupal. Es recomendable que en la primera sesión de integración, participen todos los profesionales del Equipo Multidisciplinario de Apoyo, para que se incorporen adecuadamente y el Grupo de Ayuda Mutua los identifique.

Un aspecto importante es que el instructor, facilitador o moderador del Equipo Multidisciplinario de Apoyo, debe adoptar un papel diferente al del “maestro”, quien se desenvuelve en situaciones más formales y frente a auditorios distintos. El moderador debe centrar sus actividades al logro del aprendizaje grupal, si él sabe como descubrir, enfrentar y aprovechar las tipologías de los participantes, la tarea será más fácil, por las características del personal de Trabajo Social, es el idóneo para inicialmente tomar este rol. (Canals, 1995).

La intervención del personal de Trabajo Social desde su perfil académico, profesional y cultural, aporta conocimientos y experiencias en su interacción con la población en lo particular al otorgamiento de la atención médica integral que proporcionan las Instituciones de Salud a la población a través de la investigación, organización, capacitación, educación para la salud y redes de apoyo en beneficio del desarrollo bio-psico-social del individuo, del grupo y de la comunidad.

La atención a la salud, por su propia naturaleza biopsicosocial, requiere de un equipo de trabajo de profesionales de diferentes disciplinas, que puedan interactuar entre sí, con un enfoque holístico que no es intercambiable. El trabajo en grupo, permite que las personas que tienen habilidades diferentes y que dependen unas de otras funciones eficientemente para lograr metas y objetivos comunes. Este trabajo con grupos puede ser apasionante, pues se da el intercambio de experiencias, se propician discusiones enriquecedoras y se retroalimenta a la información que cada participante posee; así enfocado a los Grupos de Ayuda Mutua, cada participante tiene características especiales y un acumulo de experiencias sobre su patología, que bien orientadas pueden incidir en otros participantes. (Comelles, 1985b).

Así también el Equipo Multidisciplinario de Apoyo, pueden ser vistos como equipos de trabajo, y se pueden definir de la siguiente manera (Canals, 1995):

- a. Equipo multidisciplinario: Está formado por miembros de varias disciplinas, que trabajan en forma separada y que entregan sus servicios a una misma población, a través de interconsultas y referencias. A pesar de la interacción entre los miembros del equipo, el trabajo es hecho en forma independiente, algunas veces en diferentes lugares físicos y la mayoría de veces con la perspectiva de una sola disciplina.
- b. Equipo interdisciplinario: Los miembros de las diferentes disciplinas interactúan, cambiando el foco de la atención centrando en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional, etc.), a la entrega de servicios conjuntos, pero centrados en el problema, que no tiene límites disciplinarios (conducta de alto riesgo, control de diabetes, hipertensión, cáncer, embarazo, deserción escolar, etc.)

Requisitos para trabajar en un equipo interdisciplinario. (Gallardo, 2001).

Los ingredientes básicos del trabajo diario requieren la capacidad para la interacción y reciprocidad:

- El equipo debe ser capaz de manejar conflictos, mantener buenas relaciones interpersonales y aceptar nuevos miembros.

El equipo debe poseer flexibilidad, comprendiendo el punto de vista de los diferentes componentes del Equipo Multidisciplinario de Apoyo, y de los Grupos de Ayuda Mutua sin perder la perspectiva más amplia dada por la interacción.

Los problemas del trabajo en equipo, pueden ser de tipo administrativo, de los profesionales y de los pacientes.

Administrativos

La falta de apoyo institucional para el trabajo en equipo. Falta de apoyo político para este tipo de actividades. Énfasis a la productividad, sin considerar otras variables como tiempo invertido e indicadores que no miden las actividades sustantivas de impacto etc. (Gallardo, 2001).

Profesionales

- Discrepancias en las expectativas y en las percepciones de los profesionales. Este problema tiene su origen en la ambigüedad de la identidad profesional individualmente, que origina conflictos por la dominancia de uno de los profesionales (meta de territorios profesionales, antes que metas orientadas a las tareas basadas en las necesidades de los pacientes).
- También se originan por la diferente manera de abordar los problemas, diferencias en el entrenamiento y perspectivas del propio paciente, ambigüedad de los roles y orientación de los problemas.
- Discrepancias en las metas grupales: aquí se hacen además presentes los problemas de territorio y soberanía de los profesionales, tanto dentro como fuera del sistema médico.
- Discrepancia en el sueldo y el status. Las dificultades económicas que agobian los servicios de salud, públicos y privados, tienden a exacerbar conflictos relacionados con sueldos y estatus y a medida que el presupuesto deba repartirse entre los profesionales, aparece la competencia entre ellos, lo que dificulta la integración.
- La dominancia médica habitualmente produce tensión dentro del equipo, especialmente cuando los profesionales como las enfermeras o las trabajadoras sociales son vistas como “de colaboración médica”. La eventual aparición de nuevas profesiones (en conserjería, nutrición) también puede crear situaciones conflictivas por superposición de roles. (Gallardo, 2001).

Pacientes

La actitud refleja aquella de los profesionales, que dan prioridad a la medicina de alta especialización y basada en la atención de morbilidad, donde el paciente debe aceptar las órdenes del doctor o la enfermera.

Los objetivos en los grupos de ayuda mutua es importante que marque su finalidad y que sea el grupo mismo quien decida qué quiere hacer. Las actividades fijadas en grupo dependerán de los intereses y aspiraciones de sus componentes.

Así como uno de los objetivos prioritarios en la integración de Grupos de Ayuda Mutua es la Educación para la Salud; con lo que se busca modificar los hábitos y la adquisición de conductas que permitan mejorar los estilos de vida y el empoderamiento de la salud, situación que el Equipo Multidisciplinario de Apoyo realizara a través de la capacitación y desarrollo de técnicas didácticas para favorecer el logro de este objetivo y sus resultados.

Puesto que el personal que participa en los Equipos Multidisciplinario de Apoyo capacitará (educará) para la salud y jugara el rol de instructor o moderador ante el grupo, deberá asumir la responsabilidad de preparar los temas, precisar los objetivos, delimitar los contenidos, seleccionar las técnicas y recursos didácticos, pero sobre todo evaluar el aprendizaje. Además hay que recordar que se trabajará en su mayoría con adultos, los cuales ya cuentan con experiencias y conocimientos previos. Otro aspecto importante es estar

preparado para los imprevistos y en algún momento cambiar la técnica, los tiempos e incluso el orden de los contenidos temáticos. (Gallardo, 2001).

Requisitos que debe tener el instructor o moderador:

- a) Deseo de compartir con otros sus conocimientos y experiencias.
- b) Que sepa y domine el tema.
- c) Que sepa como comunicarlo en términos pedagógicos, esta pendiente de los mensajes no verbales del grupo, ya que brindan información del grado de comunicación.
- d) Que sepa como aprenden los adultos mayores, así como el conocimiento y habilidades en el manejo de técnicas audiovisuales.
- e) Que sepa comunicarse, transmitir imágenes, más que conceptos, ya que estos últimos al ser abstractos son más difíciles de retener que las imágenes.
- f) Que sea flexible, a pesar de plantear las sesiones, los tiempos didácticos, si es necesario debe realizar ajustes de acuerdo al nivel e interés del grupo; sin embargo, ser flexible no significa “cambiar por cambiar”.
- g) Que sea sensible a los sentimientos del grupo, ser empático con los intereses y temores, atento para solucionar dudas e inspirar confianza para que el grupo plantee dudas y expectativas. (Gallardo, 2001).

El Equipo Multidisciplinario de apoyo debe tener capacitación gerontológica básica, consiste para dar un buen servicio a la gente que acude a nuestra unidad médica, mediante esquemas preventivos y de control y de una constante capacitación a los médicos, enfermeras, promotores de salud y auxiliares para que tengan conocimientos necesarios sobre la atención al envejecimiento y la sensibilidad para darles una atención de calidad.

El Equipo de Atención Gerontológica: Grupo comunitario insertado en el programa de atención al adulto mayor, que pretende crear alternativas que permitan conocer las necesidades individuales y colectivas de éste y darles solución a nivel local mediante estructuras sociopolíticas, el sistema nacional de salud y organizaciones del adulto mayor.

Evaluación integral: Evaluación multidimensional a través de un equipo multidisciplinario que exige del médico geriatra una formación integral sobre aspectos que le permitan abarcar hechos muy diferentes y al mismo tiempo un equipo de especialistas y técnicos que lo auxilie para profundizar en las áreas problemáticas del anciano (Geriatría y Gerontología).

V. ACTITUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Abordar el fenómeno de las actitudes, debe ser desde una perspectiva psicosocial. Históricamente, el concepto de actitud ha sido y es uno de los temas centrales de la psicología social. La afirmación de Gordon W. Allport (citado en Smith y Mackie, 1997, pag. 198) según la cual “el concepto de actitud es probablemente el más distintivo e indispensable de la Psicología social”, este precepto parece seguir vigente hoy en día a juzgar por el ingente número de publicaciones científicas que tienen como objetivo principal el fenómeno actitudinal (por ejemplo Albarracín, Johnson, y Zanna, 2005; Eagly y Chaiken, 1993; Fazio y Olson, 2003; Haddock y Maio, 2004; Maio y Olson, 2000); citados por Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado (2007).

5.1. Definición y Concepto de actitud

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser, J.R. (1989) define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Rodríguez, A. (1991). Para el mismo autor, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez (1991) definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

¿Por qué son importantes las actitudes? Debido a que el estudio de las actitudes resulta muy relevante para la comprensión de la conducta social humana por diversas razones, algunas de las cuales se mencionan a continuación.

En primer lugar, las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas.

Segundo, las actitudes desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo.

En tercer lugar, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas.

En cuarto lugar, las actitudes permiten conectar el contexto social en el que vivimos con la conducta individual o, dicho de otro modo, nuestras actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecemos. De hecho, distintos grupos sociales pueden ser distinguidos entre sí por las actitudes diferenciales que hacia determinadas cuestiones o asuntos comparten los individuos que los forman.

En quinto lugar, cambios en las actitudes de las personas pueden cambiar el contexto. Si las actitudes de un gran número de personas cambian, posiblemente las normas sociales puedan cambiar también. Por ello, el estudio de cómo se adquieren y modifican las actitudes resulta esencial para comprender las bases de posibles cambios más amplios.

Por último, la investigación sobre las actitudes permite conectar áreas de investigación tradicionalmente dispersas. Por ejemplo, el estudio del prejuicio hacia grupos minoritarios puede enfocarse como el estudio de las actitudes, generalmente negativas, hacia estos grupos: De la misma forma, el estudio de la autoestima puede definirse como el estudio de las actitudes que mantenemos hacia nosotros mismos. Morales y cols. (2007).

¿Qué son las actitudes? Desde su aparición en la Psicología social, a principios del siglo pasado, y hasta la actualidad, se han propuesto distintas definiciones de actitud, de mayor o menor complejidad. En la actualidad, la mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en definir las actitudes de la siguiente forma. Al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud (Eagly y Chaiken, 1998; Petty y Wegener, 1998) citados por Morales y cols. (2007).

No es difícil entender, por tanto, que las personas tengamos actitudes hacia cualquier objeto de actitud imaginable, tales como objetos materiales, personas, situaciones o ideas. A su vez, dichos objetos de actitud pueden ser muy concretos (por ejemplo un nuevo modelo de coche o los matrimonios homosexuales), o muy abstractos (por ejemplo la igualdad, la democracia o la salud).

Aunque hay muchas propuestas para definir el concepto de actitud destaca la propuesta como menciona Gordon W. Allport (citado por Smith y Mackie, 1997 pag. 331) "Las actitudes determinan lo que hará cada individuo", este principio básico de la psicología social (que las actitudes dirigen la conducta) impulso la investigación sobre cómo se forman y cambian las actitudes. Después de todo,

si las actitudes dirigen las acciones, saber algo sobre las actitudes de las personas permitirá predecir su conducta.

Según Backman y Secord (1964, en Raven, 1981), hablan de cierta regularidad de sentimientos, pensamientos, y tendencias de las personas para obrar sobre un aspecto de su medio ambiente, según Raven (1981), la actitud es una evaluación positiva o negativa de un objeto.

Morales (1994, cita a Fazio, 1989) quien menciona que “una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada” (pag. 497). Y morales (1994) dice, “Así por ejemplo, las situaciones sociales, las personas, y o los problemas sociales constituyen objetos actitudinales. Evaluación significa el efecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas” (pag. 497). Este mismo autor nos habla sobre las actitudes, y dice que las actitudes constituyen el objeto de muchas campañas de comunicación orientadas a la promoción de la salud, la protección del medio ambiente, la prevención de accidentes, etc. Pero para la psicología social la actitud va más allá, ya que desempeña un papel central en los procesos de cambio social, dado su carácter de factor mediador entre persona y el contexto social al que pertenece.

Precisamente la actitud se concibe como algo que media e interviene entre los aspectos del ambiente externo, que son los “estímulos”, y las reacciones de la persona, es decir, sus “respuestas evaluativas” manifiestas. Ya que es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una actitud (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad.

Según la base de datos de la Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. “La Actitud, es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo, y las actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas”. Según para el psicólogo estadounidense Gordon W. Allport, La actitud social es compartida y favorece los intereses sociales por encima de los individuales, Ya que los principios básicos de las actitudes nos dicen que cada uno de nosotros es responsable de sus propias actitudes. Ya que si mis actitudes son mi propia creación la única persona que las puede cambiar soy yo mismo. Esto porque, ninguno de nosotros es un sistema cerrado, creamos nuestras actitudes para entender el mundo que nos rodea y, por tanto, nuestras actitudes están permanentemente abiertas a la influencia del entorno. (Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. 1993-2001 Microsoft)

Las actitudes están en continua transformación. No tenemos más que mirar hacia el pasado para darnos cuenta de cómo y cuánto hemos cambiado nuestra manera de pensar sobre un tema concreto. Las cosas que creemos a los cinco años no tienen mucho que ver con las cosas que creemos a los veinte años y no digamos a los sesenta o más años. Y este es un sistema más o

menos duradero de valorizaciones positivas o negativas, estados emocionales y tendencias actuar en pro o en contra respecto a un objeto social.

Las actitudes representan un determinante de primera importancia en la orientación del individuo con respecto a su medio físico y social, a través del proceso de formación llamado sociabilización. Esta es la razón por lo que la psicología social asigna gran importancia al estudio de las actitudes tanto a nivel individual como colectivo, dada la trascendencia que posee en las conductas de las personas y los grupos.

5.1.1. Componentes de la actitud

Dentro de los componentes y características de las actitudes, Whittaker (1979) considera que las actitudes están compuestas de tres elementos: a) uno cognoscitivo; b) otro afectivo; c) el tercero conductual. Y Arreola (1995) añade que una actitud hacia algo tiene tres componentes principales: ideas acerca del objeto, sentimientos hacia él y las tendencias conductuales a él. Las ideas incluyen hechos, opiniones y el conocimiento general sobre el objeto. Entre los sentimientos figuran el amor, odio, simpatía, aversión y otros sentimientos afines. Las tendencias conductuales comprenden las inclinaciones a obrar de determinada manera ante el objeto: acercarse a él, rehuirlo, etc.

Rodríguez (1991) distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo -.
- **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

Para explicar la relación entre actitud y conducta, Fishbein y Ajzen, (citado en Rodríguez 1991) han desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual, ha sido llamada Teoría de la acción razonada.

Otras de las características esenciales de las actitudes es que constituyen un fenómeno mental. Es decir, las actitudes reflejan una tendencia evaluativa que no es directamente observable desde fuera del propio sujeto. Por tanto, se hace necesario inferir las actitudes de las personas a partir de ciertos indicadores. Conocer los componentes de una actitud puede ayudar a inferir dicha actitud. De forma muy resumida, las actitudes se organizan mentalmente de acuerdo a lo que se ha dado en denominar concepción tripartita de las actitudes.

- Componente cognitivo: Incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objetivo de actitud.
- Componente afectivo: Agrupa los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud.
- Componente conductual: Recoge las intenciones o disposiciones a la acción así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud. Morales, J. y cols. (2007).

El componente cognoscitivo de las actitudes según Whittaker (1979) menciona que se necesita la representación cognoscitiva de un objeto para poder formarnos una actitud hacia él. Ya que el objeto, será conocido hacia la cual manifestará sentimientos a favor o en contra. Por lo tanto, es necesario tener una representación cognoscitiva de un objeto para sentirnos a favor o en contra de él. Este conocimiento o esta representación cognoscitiva del objeto de una actitud constituyen el componente cognoscitivo.

Mann (1972) señala que este componente consiste en la percepción del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto. Este componente se refiere a la cantidad de información con que cuenta la persona con respecto a un objeto o fenómeno en específico.

Dentro del componente afectivo Mann lo designa como afectivo, se refiere a este componente como sentimental, aunque la diferencia radica únicamente en el término, ya que también señala que se refieren a las emociones y sentimientos de las personas vinculadas a un objeto. Algunos psicólogos sociales, creen que el aspecto afectivo es el único componente característico de una actitud. Para ellos actitud es el sentimiento que a favor o en contra de un objeto tiene una persona.

El componente comportamental dice Whittaker (1979) que según los psicólogos sociales suelen aceptar en lo general que las actitudes poseen un componente activo que produce conductas congruentes con las cogniciones y los afectos relacionados con el objeto de actitud. Mann (1972) lo menciona como un componente reactivo y señala que una actitud incluye toda una inclinación a actuar de manera determinada entre el objeto de dicha actitud, y lo considera como la tendencia a actuar o reaccionar de un modo con respecto al objeto. Este componente se refiere a la manera del individuo ante un fenómeno específico.

Como Smith y Mackie, (1997) mencionan que “las actitudes establecidas a veces pueden dirigir las conductas de un modo muy directo. Las actitudes también influyen en la conducta de un modo más considerado a las intenciones para actuar de ciertas formas. Las intenciones a su vez, pueden desencadenar mecanismos que hacen que sean más posible que la conducta sea congruente con la actitud” (pag. 332).

El desarrollo de las actitudes ¿Cómo adquirimos una actitud? Y ¿De dónde proviene? Muchas de las actitudes centrales proceden de la experiencia personal en los primeros años de vida. A los niños se les premia con un estímulo positivo cuando agradan a sus padres; se les castiga con la desaprobación cuando no los agradan. Estas vivencias crean en el niño actitudes positivas y negativas de gran persistencia frente a los objetos (Oskamp, 1977, citado por Arreola, 1995).

Las actitudes también se forman por imitación. Los niños remedan los actos de sus padres, y compañeros, con lo cual adquieren actitudes aun cuando no se trate de influir en sus ideas. Pero los padres no constituyen la única fuente de las actitudes, y con frecuencia ni siquiera son las fuentes más persistentes en la vida de sus hijos, los maestros, los amigos e incluso los personajes más famosos pueden ser más importantes. Así, si un joven se une a un grupo estudiantil, posiblemente modele su comportamiento y actitudes ajustándolos a los de los demás miembros. Si una joven idolatra a una de sus maestras, tal vez adopte muchas de las actitudes de ella respecto a cuestiones debatidas, aun cuando van en contra de las opiniones de los padres.

También la televisión y la prensa ejercen profundo impacto sobre la formación de actitudes en la sociedad moderna. La televisión nos bombardea con mensajes y no sólo mediante comerciales sino en forma más sutiles: la violencia como parte de la vida cotidiana -las mujeres están subordinadas a los hombres- sin posesiones la vida es vacía y así nos imponen otros estereotipos. De manera análoga, Hartmann y Husband (citados por Arreola, 1995) han demostrado que sin experiencia personal, los niños forman sus actitudes sociales a partir de lo que ven en la televisión. Observaron que los niños de raza blanca en Inglaterra que tenían poco contacto con otra raza tendían a asociar las relaciones con los conflictos y hostilidad más a menudo que los que vivían en vecindarios integrados. El primer grupo no tenía más información que la que proporcionaban los noticieros de la televisión, los cuales se centraban en los problemas provocados por la integración.

5.1.2. Función de las actitudes

¿Para qué sirven las actitudes? Hasta ahora hemos visto cómo se define el concepto de actitud en Psicología social, y se han puesto de relieve algunas de sus características más importantes. Cabe ahora tratar de responder a una pregunta sencilla pero esencial para comprender el concepto de actitud, ¿por qué tenemos actitudes? O, dicho de otro modo, ¿por qué la tendencia a responder evaluativamente ante cualquier cosa o situación es un fenómeno omnipresente en nuestras vidas? La respuesta a este planteamiento nos lleva

directamente al análisis de las funciones que cumplen las actitudes y de las motivaciones que ayudan a satisfacer. Morales, J. y cols. (2007).

Ajzen y Fishbein (1980, en Arreola, 1995) afirman que el comportamiento guarda estrecha relación con las intenciones del sujeto. Y éstas a su vez no son más que una parte de sus actitudes; reflejando asimismo su aceptación de las normas, entre ellas las presiones sociales para realizar o no una acción.

Dentro de las funciones de las actitudes se encuentra la relación que guardan directamente con la conducta; actitud y conducta están en relación, con respecto a esto Salazar (1999) menciona que, este es un término que también puede ser dicotomizado. En un extremo puede ubicarse a aquellos que consideran a la actitud propiamente como una respuesta tal, y en el otro, a aquellos que la consideran solamente como una disposición a responder.

Aunque existen otras formas en las que las actitudes afectan a la organización y procesamiento de la información, quizá esta tendencia a buscar información congruente con la actitud sea la más importante. Como se ha señalado, el conocimiento proporciona control sobre el ambiente, y mantener nuestras cogniciones organizadas de formas coherentes y libres de tensiones aumenta la certeza en lo que sabemos y, por tanto, nuestra sensación de control. Sin duda, la búsqueda de equilibrio y coherencia constituye otra motivación humana fundamental. Morales, J. y cols. (2007).

La función instrumental o utilitaria tiene su base en las teorías del aprendizaje, según las cuales las actitudes ayudan a la persona a alcanzar los objetivos deseados, y que les proporcionarán recompensas, así como a evitar los no deseados, y cuya consecuencia sea el castigo. Al promover la aproximación a estímulos gratificantes y la evitación de estímulos aversivos, las actitudes optimizan las relaciones de los individuos con su entorno, maximizan los “premios” y minimizan los “castigos”. Dicho de otro modo, a través de las actitudes podemos conseguir lo que queremos y evitar aquello que no nos gusta, contribuyendo de esta forma a crear sensaciones de libertad y competencia (Katz, 1960) citado por Morales, J. y cols. (2007). Esta función de las actitudes a la hora de perseguir los intereses personales de una forma coherente y eficaz se puede observar, por ejemplo, en los abogados que adoptan actitudes positivas hacia sus clientes (para poder defenderlos mejor), o los empleados que desarrollan actitudes positivas hacia las organizaciones para las que trabajan (lo cual les puede colocar en una relativa posición de ventaja para ascender).

La función de identidad y expresión de valores, se ve en las personas que suelen manifestar públicamente sus actitudes expresando opiniones y valoraciones sobre multitud de asuntos o cuestiones. La expresión de las actitudes personales, así como sus correspondientes comportamientos, sirven para informar a los demás (e incluso a ellos mismos) de quiénes son, Nos ayudan, por tanto, a conocernos y darnos a conocer a los demás. Así las actitudes juegan un importante papel en la definición y el fortalecimiento de la propia identidad. Además, la expresión de las actitudes permite a las personas mostrar sus principios y valores, así como identificarse con los grupos que

comparten actitudes similares (Katz, 1960) citado por Morales, J. y cols. (2007). Es decir, la expresión de actitudes sirve para acercarse a otras personas con actitudes similares, contribuyendo de esa forma a satisfacer la necesidad básica de aceptación y pertenencia grupal (Baumeister y Leary, 1995; Brewer, 1991) citado por Morales, J. y cols. (2007).

5.1.3. Modificación de la actitud

Desde el punto de vista de la Psicología social, por persuasión se entiende cualquier cambio, intencionalmente buscando, que ocurre en las actitudes de las personas como consecuencia de su exposición a una propuesta persuasiva (Petty y Cacioppo, 1986) citado por Morales, J. y cols. (2007). Aunque la persuasión se utiliza a veces como sinónimo de influencia, se pueden establecer diferencias entre ambos términos.

El concepto de influencia o influencia social, como también se denomina, sería de mayor alcance conceptual que el de persuasión, reflejando diversos contextos de cambio y paradigmas experimentales, dentro de los cuales también se encontraría el de la persuasión tal y como se ha definido. Así, el concepto de influencia englobaría, además de los procesos persuasivos, los fenómenos que caen bajo la etiqueta de influencia interpersonal (por ejemplo, tácticas del compromiso, la reciprocidad, y similares; véase Cialdini y Trost, 1998) citado por Morales, J. y cols. (2007), influencia grupal (normalización, conformidad, desindividuación, pensamiento grupal) y un amplio conjunto de fenómenos relacionados,

La formación y cambio de actitudes, son aquellas que se forman a través de la experiencia, y a pesar de su relativa estabilidad, pueden ser cambiados también a través de ellas mismas. Para la formación de las actitudes se ha señalado y se ha llegado a un consenso en el sentido de que las actitudes son aprendidas. Por esto señala Salazar (1999) que se encuentra siempre una referencia a este tema, y podemos señalar que los principales factores determinantes en la formación de las actitudes son la sociabilización y el aprendizaje social.

El concepto de actitud McGuinnis (1970), quien piensa que, dentro de un marco conductual, una actitud es una clase de conductas sujetas al control de una variable social única, llamada referente de la actitud. Por otra parte, Triandis (1971) define actitud como una idea cargada de emociones que permite una clase de acciones ante cierta clase de situaciones sociales. (Ambos citados por Whittaker, 1999).

Dentro de la formación de actitudes en este caso sexuales, muchos cambios en las actitudes tienen su base en el prolongado periodo de la adolescencia, impuesto en la actualidad a la juventud. Durante esta prolongada preparación para la vida adulta, los dos sexos comienzan a desarrollar actitudes divergentes hacia la actividad sexual prematrimonial (McCary, 1996).

Dentro de las cuatro teorías del cambio de actitudes encontramos:

- a) Teoría del reforzamiento en la adquisición y cambio de actitudes.
- b) Teoría del equilibrio.
- c) Teoría del balance de Heider.
- d) Teoría de la disonancia cognitiva.

La implicación que se deriva de todo esto es que, cuando se quiere conseguir que el cambio de actitud sea estable, resistente y capaz de predecir la conducta, deberá tenerse en cuenta qué procesos psicológicos subyacen al cambio que queremos que se produzca. Motivar al receptor y permitirle que disponga de todos sus recursos cognitivos para procesar una información persuasiva dará lugar a una mayor elaboración y, como consecuencia de ello, a que se produzca un cambio de actitudes a través de algún proceso de alta elaboración.

El concepto de fuerza de las actitudes se refiere a la capacidad de una actitud para ser relativamente estable y resistente en el tiempo, y con capacidad para predecir la conducta de las personas (para una completa revisión, véase, Petty y Krosnick, 1995). Las actitudes, denominadas fuertes, tienen mayor probabilidad de producir estos resultados que aquellas a las que se conocen como actitudes débiles. Citados en Morales, J. y cols. (2007).

Se han identificado distintos indicadores objetivos y subjetivos de la fuerza de una actitud.

- Los indicadores objetivos más estudiados son extremosidad, accesibilidad, ambivalencia, estabilidad, resistencia, potencial predictivo sobre la conducta y grado de conocimiento asociado con el objeto de actitud.
- Los indicadores subjetivos tienen que ver, en la mayoría de los casos, con la estimación subjetiva o la percepción que las personas tienen de los indicadores objetivos.

Las actitudes se pueden medir de muchas formas, desde preguntar directamente a la persona cuánto la atrae un determinado objeto o propuesta, hasta registrar sus comportamientos no verbales o la velocidad con la que responden a estímulos relacionados con el objeto de actitud. Aunque en algunos casos estas medidas puedan registrar actitudes que se construyen momentáneamente, en la mayoría de los casos lo que se registra son las evaluaciones asociadas de forma estable al objeto de actitud, ubicadas en la memoria. Morales, J. y cols. (2007).

La medición de las actitudes, según Lindgren (1982), no es posible observar directamente las actitudes sino, que debemos inferirlas de la conducta, bien sea al observar las respuestas de un individuo o a los objetos, personas, y otros acontecimientos o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales.

Es difícil observar de un modo directo y sistemático los actos de un individuo, aunque algunas veces ésta es la única manera de determinar la importancia que una actitud tiene para una persona. Por lo general, es más fácil y también

más eficaz, basar estos juicios en las declaraciones verbales (escritas u orales) del individuo. Esto puede llevarse a cabo por medio de entrevistas, aunque es más eficaz y se obtiene mayor precisión valiéndose de escalas y cuestionarios escritos.

El método que se vale del papel y lápiz ofrece ciertas ventajas debido a que permiten reunir mucha información en poco tiempo ya que los instrumentos pueden ser muy perfeccionados y elaborados, los psicólogos sociales lo utilizan más que otros. Los resultados obtenidos con el método de anotación escrita tienen, además, la ventaja de que se analizan más fácilmente por medio de la estadística.

La escala tipo Likert, según Sampieri (1998) menciona que por su simple confección y aplicación, y por poseer un buen nivel de correlación con otras escalas y criterios de medición de las actitudes, la escala de Likert es una de las más utilizadas para medir actitudes. La escala consiste en una serie de afirmaciones relativas a un objeto actitudinal (por ejemplo la legalización del divorcio, democracia, comunismo, psicología, etc.), de modo que la mitad de las mismas sean favorables al objeto actitudinal, y la otra mitad desfavorable al mismo. La conveniencia de dividir el número de afirmaciones favorables y desfavorables en dos mitades, provienen de la necesidad de que sean evitadas ciertas inclinaciones individuales como por ejemplo, la de concordar con mayor frecuencia que discordar. Cada afirmación precede a cinco alternativas:

- Concuerdo plenamente
- Concuerdo en parte
- No estoy seguro
- Desacuerdo en parte
- Desacuerdo plenamente

A cada una de estas cinco alternativas se les otorgan valores numéricos del 1 al 5, correspondiéndole al que elabora la escala determinar en que sentido (positivo o negativo) serán distribuidos los valores más altos.

Para Morales, J. y cols. (2007). Consiste en la presentación a la persona de una serie de afirmaciones relacionadas con el objeto de actitud, pidiéndole a la persona que exprese su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones propuestas, marcando una de las alternativas que, para cada afirmación, dispone en la escala. En una descripción convencional, dichas alternativas, con sus puntuaciones correspondientes, serían, totalmente de acuerdo (+2); de acuerdo (+1); neutro (0); en desacuerdo (-1) y totalmente en desacuerdo (-2). La puntuación final, que reflejará la actitud del sujeto, se halla obteniendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems.

A pesar de su amplia utilización en la investigación, los instrumentos de medición en ocasiones adolecen de ciertas limitaciones provenientes, entre otros, de los factores de respuesta (por ejemplo la deseabilidad social, las características de demanda, la aprehensión ante la evaluación, el control de impresiones y la corrección del juicio), aspectos todos ellos, que pueden llevar

a las personas a ocultar o enmascarar sus actitudes, aunque las conozcan con precisión.

Además de estos factores, se puede señalar también las limitaciones de autoconciencia, que se refieren a diferencias entre distintas personas en el grado de conciencia de sus estados internos, entre los que se incluyen las actitudes. Es decir, uno de los problemas que tienen estos procedimientos de medida es que las personas siempre saben cuáles son sus opiniones sobre ciertos asuntos y que, incluso cuando tienen acceso consciente a dicha información, no siempre están dispuestos a revelarlo públicamente.

5.2. Definición y Concepto de Calidad de vida

El envejecimiento es en si mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. Espinosa, E. y Libreros, M. (1995).

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo (Eigenwelt), en relación con el grupo social (Milwelt) y en relación con el medio ambiente (Umwelt). Max-Neff, M. (1986).

A lo largo de la historia distintos grupos de pensadores y pensadoras (filósofos/as, científicos/as, etc), han tenido en sus discursos y estudios muy presente la inquietud de saber y de explicar el estado de felicidad. Al terminar el siglo pasado y a comienzo de éste, se abrió paso a los estudios acerca de Calidad de Vida, concepto que se define muy bien como "bienestar subjetivo". Esto es la satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social. San Martín, H. y Pastor, Y. (1990).

Bienestar se ha identificado con "desarrollo económico", "con la riqueza familiar o individual", "con el nivel de vida", "con el estado de salud", "con la longevidad individual", con la calidad y cantidad de los "servicios médicos", con los "ingresos o salarios" con "la satisfacción de necesidades y deseos "y con la existencia de la llamada "felicidad", elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos. (San Martín. Idem.).

Como se mencionó anteriormente, muchas personas han intentado teorizar acerca del concepto de calidad de vida, y la forma en que las personas la alcanzarían. Estas teorías, por lo general, se encuentran sesgadas por la visión o enfoque al que se encuentra adscrito quien la plantea, por lo tanto, presentan limitaciones en sus conceptos. En este sentido, es interesante preguntarse qué tanto tiene en consideración la subjetividad, las diferencias personales y la espiritualidad (tales como las vivencias, experiencias, estilos de crianza, lugar

de nacimiento, entre otros) al momento de definir el concepto de calidad de vida y bienestar subjetivo. Estos factores cumplen un rol fundamental en lo que la persona va a entender o va a buscar para su bienestar subjetivo o calidad de vida y cómo enfrentarán las adversidades.

En las sociedades actuales existe una tendencia a sentir temor a vivir el día a día, a mirar hacia delante y no ver nada. Al plantear metas se hace real el futuro, lo que permite, de alguna forma apaciguar la ansiedad que ello produce, mejorando la calidad de vida y obteniendo bienestar subjetivo. Espinosa, E. y Libreros, M. (1995).

Es comprensible que cuando se trata de organismos que desean implantar políticas o mediciones de calidad de vida dentro de alguna población (por ejemplo, la OMS) Organización Mundial de la Salud, sea necesario operacionalizar el concepto en elementos más "objetivos" u observables y que se hace más difícil abocarse a elementos más individuales o subjetivos. En este sentido, Manfred Max-neef (1986) ha sido acertado en lo que se refiere al planteamiento de necesidades centrales dentro de las diferentes culturas, como por ejemplo la alimentación, las que podrían utilizarse en este sentido. Pero también cada persona encontrará la forma de utilizar los satisfactores y de suplir sus necesidades. Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Autores como Dulcey, (1991), hacen referencia a la historia del término calidad de vida, y señala el concepto de supervivencia acuñado en la edad media época en la cual se daban algunos consejos para sobrevivir como: no leer en la cama, no amar demasiado y no hacer mucha fuerza, entre otras. De forma más reciente se ha retomado el concepto de calidad de vida; en la tradición europea antes de la década de los 50, se hacía referencia a los términos de "bienestar" y de "nivel de vida", cuyo enfoque se centraba más en las necesidades de las personas o en sus recursos. Mientras que el desarrollo de este concepto en los Estados Unidos se ubica en la década de los años 60, en un intento por parte de los investigadores de corte social para comprender la contradicción entre los deficientes indicadores de salud pública (violencia, incremento del crimen, aumento del desorden público, entre otros) y el incremento en el bienestar económico. Con lo cual se llegó a la conclusión, que el uso del crecimiento económico como único indicador para la medición de calidad de vida era insuficiente y se requería la inclusión de indicadores sociales que brindaran una visión más objetiva de la calidad de vida de un individuo y de un colectivo.

Con el tiempo, la medida de lo humano fue cambiando y con la industrialización, la ruptura entre producción y consumo, aparece una visión de la persona como recurso y no como fin. De tal forma que aparecen indicadores como el ingreso per cápita y el PIB para hacer relación al bienestar del

individuo. A raíz de esto, la Organización de las Naciones Unidas en la década de los 70 cuestiona esos indicadores de bienestar y desarrollo. Y es así como en 1990 el programa de desarrollo de dicha organización, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), retoma el concepto con el nombre del índice de desarrollo humano, y se comienza a publicar anualmente el informe sobre desarrollo humano en el que se hacen comparaciones entre más de 100 países del mundo y se analizan múltiples indicadores tales como la esperanza de vida al nacer, por zona de residencia, por género, por distribución de ingreso y nivel educativo, que actúan como indicadores equiparables a índice de calidad de vida. El índice de desarrollo humano (IDH) para México en 2010 fue de 0.857 con lo cual se sitúa dentro de los países con alto desarrollo humano, que según el informe sobre el índice de desarrollo humano presentado en 2008 se debe a las variaciones en cada uno de los indicadores que lo componen, aunque no de manera uniforme, los mayores efectos se deben a ganancias notables en el PIB per cápita y avances en la alfabetización y en las tasas combinadas de escolarización. Y se proyecta para el año 2015 que el IDH en México será de 0.854, esto dependerá de los logros que puedan alcanzarse en el campo de la salud y la educación. A pesar de que facilitan una definición operativa y brinda elementos sobre la calidad de vida no refleja una conceptualización clara e integral de esta temática. Informe del Índice de Desarrollo Humano (2010).

Sin embargo, persiste la dificultad para su conceptualización, una de las razones corresponde a su carácter multidisciplinario y complejo, además viene siendo apropiado y empleado en el lenguaje cotidiano sin llegar a un consenso en su definición; como bien lo anota Farquhar (1995)¹⁶, limitándose más a medir conceptos relacionados con las áreas de interés o por disciplinas (salud, economía, política). En general, diversos estudiosos de la calidad de vida han coincidido en el carácter objetivo y subjetivo de este concepto y que por consiguiente se requiere el uso de indicadores de ambas clases para medir en forma más precisa el bienestar de la población. No obstante, en la actualidad a pesar de la evolución de este concepto, existen muchas teorías que intentan dar aproximaciones más abarcadoras o más disciplinares.

Es así, como en la medicina se ha visualizado desde la clínica y el tratamiento hacia el concepto de bienestar; la psicología como bienestar mental y satisfacción; la economía como la satisfacción de necesidades básicas y desde una perspectiva de rehabilitación se ha tomado desde el punto de vista de la funcionalidad.

A este respecto Richart (citado por Kliempt. P. 2000), considera que las definiciones que se han dado alrededor del concepto de calidad de vida son más un reflejo de orientación profesional y áreas de interés de los diferentes autores que un análisis riguroso del concepto como tal. Situación que se ha hecho evidente a través de la revisión de diversos textos, en los cuales varios autores coinciden, así: Kaplan, define calidad de vida como el impacto de la enfermedad y de la incapacidad sobre el funcionamiento diario. Ferruci, diferenciaba incapacidad funcional de la enfermedad dice que para “la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad

¹⁶ Accesado en <http://www.loginet.com.mx/doctores/vejeze.htm>, junio, 2000

terapias de rehabilitación y de apoyo social”. En Kliempt. (2000) Según estos autores, la variable salud es la de mayor valor en la percepción de bienestar del adulto mayor y que los déficit en el estado de salud, constituyen el primer problema para ellos y afectan su calidad de vida. Sin embargo, no toman en cuenta el concepto que emana del adulto mayor ni tienen en cuenta medidas subjetivas como la percepción que este tiene dentro de la institución a cerca de su calidad de vida, de acuerdo con su contexto y cultura.

Montenegro y A. Laguna (1998), en la Universidad de Alicante, entienden como calidad de vida “La satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir, con un funcionamiento físico, social, económico y emocional que permiten lograr todos nuestros deseos, encontrándonos satisfechos, en paz, queridos y consolados”. Esta definición muestra como fin último la satisfacción de los deseos, que en caso de lograrlo, no indican necesariamente que conduzcan al bienestar del adulto mayor o que sean realizables. Además, el empleo del término “consolados”, implica un intento de brindar protección basada en la minusvalía, en la no satisfacción de los deseos y en un estado de resignación frente a su vida actual. Ello llevaría a pensar que esa persona debe ser consolada, pues no alcanzó una buena calidad de vida o no está en condiciones de lograrla.

Gaspar (1998) considera la calidad de vida como “el grado de adaptación del individuo a su propia condición y a su medio, en función de su estado de salud, de sus carencias y del soporte que recibe para suplir esas carencias”.

Según Mosteller, (1989) lo controvertido del término hace que su utilización requiera de ajustes. Pero es, en el sentido médico una representación agregada y contrapuesta a la de malestar, incapacidad y dolor como resultado de enfermedades. Esta posición intenta dar una concepción aproximada a la calidad de vida desde una perspectiva de la salud, sin tener en cuenta que el adulto mayor y el ser humano en general es un ser multidimensional, como bien lo expresa Quintero (1998), quien ofrece una conceptualización más amplia y define la calidad de vida como una categoría multidimensional del bienestar material y espiritual del ser humano, en un marco social y cultural determinado. En esta definición resalta su dimensión objetiva y subjetiva a la vez, que van desde la producción y distribución de bienes materiales y espirituales, hasta la satisfacción de las necesidades humanas.

Curcio (1999), considera que se ha gestado un proceso de reconceptualización y crítica sobre el proceso de salud-enfermedad, en lo que respecta a la búsqueda de reconocimiento de la especificidad de lo social (comportamientos, estilos de vida, cultura e historia cultural y colectiva) frente a lo biológico (genéticos, hereditarios) y su interrelación e influencia directa sobre las condiciones de vida de la persona.

Situaciones que han generado un cambio de paradigma en el concepto de salud, que a su vez ha conducido a un cambio en la concepción de calidad de vida relacionada con salud, puesto que se insiste en los conceptos de bienestar y satisfacción como resultantes de la calidad de vida.

En la actualidad, para comprender la relación entre calidad de vida y salud en el adulto mayor, se insiste en considerar el impacto que tiene el proceso de envejecimiento y la presencia de enfermedades en las funciones primarias de éste. Además, se hace necesario considerar las redes de apoyo primarias y secundarias y las instituciones sociales.

San Martín y Pastor (1990), definen la calidad de vida como la resultante de la interacción permanente de un complejo de elementos de naturaleza muy diversa relacionados con el desarrollo económico, desarrollo social, nivel de vida, necesidades humanas fundamentales, desigualdades económico-sociales modos de vida, nivel de salud-enfermedad del adulto mayor, así como percepciones de la gente acerca de sus condiciones sociales de vida y traducción subjetiva de dicha percepción en sentimientos de bienestar-malestar, satisfacción-insatisfacción, felicidad-infelicidad.

Así mismo Brock en 1996 (citado por Kliempt. P. 2000) hace la claridad de que es necesario revisar investigaciones y obras que no se ocupan explícitamente de la calidad de vida y que sin embargo tienen una importante influencia sobre ella. Ejemplo de ello, son por un lado la ética médica, que involucra la toma de decisiones en los tratamientos médicos dentro de un contexto clínico, se incluyen las descripciones de consentimiento informado y las decisiones en los tratamientos para mantener la vida. La segunda, es el desarrollo de medidas que evalúan los resultados de tratamientos y programas para el cuidado de la salud, las cuales se han diseñado para orientar la política de salud y, por consiguiente, se puede aplicar a un número considerable de personas y de factores de la sociedad; este último aspecto de especial interés en este trabajo.

En este sentido, cuando se diferencia entre la calidad y la cantidad de vida ambos son importantes para el grado en que una persona tiene una buena vida, Brock, dice que completar y terminar un plan de vida es lo que ayuda a muchas personas mayores, próximas a morir a sentir que han vivido una vida plena y completa y aceptar la cercanía de la muerte con dignidad. Gran parte de los estudios filosóficos sobre las teorías del bien para las personas, en este caso del adulto mayor puesto que la buena vida está compuesta tanto de elementos subjetivos como objetivos, y con la interacción de ambos en un momento dado conducen a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Es interesante hacer una descripción de la posición que asume Hoavi Morreim (citado por Kliempt. P. 2000) frente a la calidad de vida en la salud, hace una diferenciación entre los juicios objetivos y subjetivos de ésta. Para determinar el grado de objetividad y de subjetividad se tiene en cuenta en la evaluación de los juicios de valor del adulto mayor, si son compartidos por un grupo más amplio que convivan o por el contrario, pertenecen solo a ese adulto mayor. Cabe mencionar casos particulares, como la de un adulto mayor que requiere incrementar su movilidad para tener una mayor independencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria y por ende una “buena vida”. Mientras que las prioridades de otra persona pueden estar enfocadas en la ocupación del tiempo libre para sentir que posee una mejor calidad de vida.

Otra forma de abordar la calidad de vida, corresponde al propuesto por el economista Chileno Manfred Max-neef (1986) quien ha estudiado el problema de las necesidades existenciales y axiológicas y sus respectivos satisfactores para proponer una forma diferente de comprender el desarrollo. Posición desde la cual las cifras son un dato importante más no suficiente para entender la realidad, ya que por encima de ellos está la calidad de vida del individuo y los diferentes elementos que la conforman.

En conclusión, a lo largo del tiempo, el concepto de Calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, no obstante, se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar o no las situaciones como positivas o no, es decir, aspectos que influyen la escala de valores y las expectativas de la personas: la cultura. Max-neef (1986)

El concepto de **calidad de vida** representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida „objetivas” y un alto grado de bienestar „subjetivo”, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades“. En otras palabras y a modo de síntesis se recalca el valor de la interpretación que se realiza a los hechos y lo objetivo que se tiene en la vida, es decir, el baluarte inmensurable de lo subjetivo: "los lentes con los que nos paramos y vemos el mundo". (Kliempt. P. 2000)

Por lo que la **calidad de vida** se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Los planes de acción de la OMS (1998)

Debe ser subrayado que no ha sido llevado a cabo hasta el momento ningún estudio extensivo ni encuesta que considere de manera comprehensiva todos los aspectos mencionados arriba y que determinan la calidad de vida. Para Berenice L. Neugarten (1974) citado por Espinosa, la satisfacción de vida de los envejecientes se define según los siguientes criterios: satisfacción en las actividades diarias, significado de la vida haciéndose responsable de la misma, percepción del logro de metas de vida, autoimagen y actitud hacia la vida. Espinosa, E. y Libreros, M. (1995).

Rocío Fernández – Ballesteros, psicóloga especializada en envejecimiento y vejez, en varias publicaciones e investigación sobre el tema y sobre otros aspectos de evaluación psicosocial, especialmente en la publicación “Calidad de vida en la vejez en los diferentes contextos” Fernández-Ballesteros R. Zamarrón, M. y Macía, A. (1997), consolida toda la teorización general y específica anterior, resalta como actualmente todos los planes y programas de servicios sociales dirigidos a los mayores y a otros grupos poblacionales tienen como objetivo incrementar la calidad de vida para alcanzar el estado de bienestar. Enfatiza teóricamente y con aplicación en la práctica en la especificidad del concepto de calidad de vida en las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes que inciden en los ancianos como es la autonomía. Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida con el estado de salud del individuo y concreta en la multidimensionalidad con factores personales tales como salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción y factores socioambientales: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.

De acuerdo con Fernández – Ballesteros, la necesidad de que el concepto de calidad de vida contenga elementos subjetivos o sea la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos y elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva (valoración), el apoyo social y factores culturales. Por ello “la evaluación de la calidad de vida tiene que contemplar una visión multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos en la operacionalización de sus distintas condiciones y dimensiones “.

Con estas conceptualizaciones y el modelo práctico de medición utilizado por la autora en su investigación sobre Calidad de vida en la vejez y considerando que, en México como en muchos otros países en desarrollo, la cultura actual está condicionada por la producción y la competencia, el anciano ha perdido poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad creando una serie de estereotipos negativos de persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el anciano tenga adecuada calidad de vida y por ende unas satisfactorias condiciones de bienestar.

Los progresos de la longevidad hoy en día se deben en gran parte a los progresos de la ciencia, de la medicina, de la prevención de las enfermedades y de la información que se da a conocer sobre los mismos. Por supuesto los factores genéticos, la herencia que es transmitida a través de los genes, juegan un papel importante en la salud de las personas. Sin embargo es nuestra propia actitud y participación activa, principalmente en los hábitos de vida, lo que hace que logremos una mejor calidad de vida. Fernández-Ballesteros R. Zamarrón, M. y Macía, A. (1997)

Qué medir en la *Calidad de vida* ya que contiene dos dimensiones principales:
a) Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos”;
b) La percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de *bienestar* (*well-being*)

La *calidad de vida* es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar (*well-being*) y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos

Factores materiales

Los factores materiales son los recursos que uno tiene

Ingresos disponibles

Posición en el mercado de trabajo

Salud,

Nivel de educación, etc.

Muchos autores asumen una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

Factores ambientales

Los factores ambientales son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la *calidad de vida*, tales como:

Presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple

También, las características del hogar son relevantes en determinar la *calidad de las condiciones de vida*.

Factores de relacionamiento

Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales.

La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la *calidad de vida* en las edades avanzadas.

Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden y tienen un rol modesto.

Políticas gubernamentales

La *calidad de vida* no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también que hay que considerar la perspectiva social

La calidad de vida y del bienestar de las personas adultas mayores depende parcial o totalmente de las políticas existentes.

No agregar años a la vida sino vida a los años

Empíricamente la medición de la *calidad de vida* en las edades avanzadas es problemática por dos razones:

1. La falta de una definición clara y,
2. La deficiencia en la teoría que hace difícil la medida de este constructo y la comparabilidad de sus resultados.

En esta presentación, la calidad de vida se define como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a su vida en el hogar y en la comunidad, en el trabajo y de salud y bienestar. Como tal, la calidad de vida es un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo las características personales, condiciones objetivas de vida, y las percepciones de los otros significativos. Así, el aspecto central del estudio de la calidad de vida percibida de una persona incluye la relación entre fenómenos objetivos y subjetivos. Organización Mundial de la Salud (1986).

Los intentos llevados a cabo hasta ahora para medir la calidad de vida de una persona utilizaban uno de los dos enfoques: objetivo o subjetivo. El enfoque objetivo evaluaba indicadores sociales externos y objetivos, tales como niveles de vida, salud, educación, seguridad y ambiente próximo (vecindad) (Andrews y Whithey, 1976; Campbell, Converse y Rogers, 1976). El enfoque subjetivo se basaba en la percepción y evaluación de la persona sobre sus experiencias de vida, centrándose en factores tales como bienestar físico y material, relaciones con otras personas, actividades en la comunidad, desarrollo personal, y ocio (Flanahab, 1982). (citados en Schalock, Robert L. 1994).

La calidad de vida no ocurre simplemente. En realidad, es necesario integrar principios y procedimientos de control de la calidad dentro de la estructura de un programa, así como procesos y objetivos que aseguren que la mejora de la calidad de vida sea tanto un proceso como un resultado. Algunas sugerencias para hacerlo pueden ser Schalock, Robert L. (1994):

- Establecer una meta que conduzca a la mejora de la calidad.
- Desarrollar un compromiso firme con el concepto de calidad
- Identificar un objetivo común.
- Dar la posibilidad a los involucrados de que trabajen para alcanzar la meta.
- Utilizar un enfoque sistemático para encontrar oportunidades y mejorar el rendimiento.
- Utilizar la evaluación basada en la ejecución para recoger información sobre si el programa de habilitación/rehabilitación está obteniendo realmente los resultados de calidad en los beneficiarios.
- Utilizar datos de resultados referidos a la persona como medidas para el control y la mejora personal.

5.2.1. Estilo de vida

El proceso del envejecimiento del organismo humano no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en que se

produce: la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural. Por lo que el envejecimiento no es una enfermedad como algunos lo plantean. El envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo a la vez en el sentido que se produce en el individuo pero es muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida (estilo de vida). Espinosa, E. y Libreros, M. (1995).

Estilo de vida o modo de vida es una expresión que se aplica de una manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende la vida, no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo, como en el de una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo ya sea nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultural, expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento del trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc., fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales (Mahon, 1991).

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Dulcey, Ruiz (1995 citada en Quintero, 1998) lleva a cabo un estudio sobre “Calidad de vida en relación con condiciones y estilos de existencia diferenciales”, entre algunos departamentos, en el cual, el interés estaba centrado en considerar que con respecto a los individuos es importante tener en cuenta las condiciones y estilos de vida de las personas. Tal estudio reveló índices de calidad de vida, en términos de infraestructura, de servicios de salud, educación e ingresos bastante bajos en contraste con otros relativamente altos. Entre otros aspectos como las condiciones y estilos de vida previos, su contexto sociocultural, como elementos coyunturales en la calidad de vida de esta población.

En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped. Rodríguez-Marín J y García JA. (1995).

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población, y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como **Estilos de Vida Saludables**. Los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Pastor Y, Balaguer I y García-Merita ML. (1998).

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Pastor Y. (1999).

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- ✓ Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- ✓ Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- ✓ Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- ✓ Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- ✓ Tener satisfacción con la vida.
- ✓ Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- ✓ Capacidad de autocuidado.
- ✓ Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- ✓ Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- ✓ Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- ✓ Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- ✓ Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Herberto Mahon (1991) reconoce dos campos de aprendizaje en el hombre: "Uno, es el de las aptitudes o habilidades donde el hombre incorpora los conocimientos que amplían su "saber hacer". El otro de los campos, es el de las actitudes o conductas, donde el hombre incorpora los mensajes que el contexto vuelca sobre él, y que, cuando alcanzan la contundencia suficiente, se asimilan y producen así una modificación de conducta". Consideraremos el

aprendizaje de aptitudes o habilidades como la formación profesional y el de actitudes y conductas como la formación personal.

Muchos autores insisten en la formación técnica, aptitudes o habilidades de cada profesión. Sin embargo, reflexionando en aquello de que no hay una "escuela para la vida", se debe pensar que cualquier actividad profesional es una actividad humana; se trata con personas, y de ellas depende el éxito de cualquier actividad y el trato con personas exige calidad de vida por parte del practicante.

Estilo de vida. Aunque el interés por el estudio de los estilos de vida saludables ha tenido su punto más álgido en la década de los 80 del siglo pasado, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Por el contrario, desde hace ya mucho tiempo este concepto ha sido un tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis y desde hace ya relativamente menos por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como "la forma de vida de las personas o de los grupos" (Pastor, 1999).

La promoción de los estilos de vida saludables debe realizarse a partir del diseño de programas adaptados a las características de la población objetivo. Deben ir orientados a modificar los determinantes más potentes de las distintas conductas de salud. Si bien, algunos de estos son imposibles de modificar, como el género, las características biológicas o el estatus socioeconómico. Los determinantes psicológicos y conductuales son los que más suelen introducirse en los programas, sin embargo, su influencia es más débil. En contraste, los determinantes ambientales son de los más potentes y suelen ser dejados de lado en los programas. Los cambios en estos determinantes son vitales para modificar los estilos de vida de la población, cambios como por ejemplo alterar la influencia de los medios de comunicación, restringir el acceso al consumo de productos perjudiciales para la salud y facilitar el acceso a programas de ejercicio (Sallis, 1993).

Así pues, las estrategias de intervención útiles deben tratar de cubrir las siguientes recomendaciones:

- Conseguir que los entornos físicos y sociales faciliten la actividad física. Redactar leyes consistentes con la promoción de las conductas de salud.
- Facilitar el acceso de productos saludables (alimentos bajos en grasas) y restringir el acceso de productos insanos (tabaco, alcohol, alimentos ricos en grasas y azúcares).
- Transmitir la importancia de un estilo de vida saludable (dieta saludable, estar físicamente activos,...), así como el peligro asociado al estilo de vida insano (consumo de tabaco y de alcohol, sedentarismo,...).

Que los programas educativos incorporen la enseñanza de habilidades para la toma de decisiones, habilidades de consumo y habilidades para el cambio conductual; y faciliten el apoyo de los pares y de la familia en la adquisición de los estilos de vida.

Por último, remarcar la importancia de combinar las estrategias que fomenten comportamientos saludables junto a otras que traten de modificar los comportamientos insanos, debido a que los comportamientos saludables pueden ser incompatibles con estilos de vida insanos. En este sentido la práctica de actividad física es fundamental tanto para la prevención como para el cambio de los estilos de vida insanos. Se sabe como las personas físicamente activas se comprometen con más frecuencia con comportamientos saludables y con menor frecuencia con conductas de riesgo para la salud, en comparación con las personas sedentarias (Balaguer y cols., 1999).

En resumen, desde los modelos psicosociales podemos definir el estilo de vida saludable como un "conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud". Por patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones (Rodríguez-Marín y García, 1995). Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar.

Green y cols. (1980) plantean la existencia de tres tipos de factores que influyen en las conductas de salud: los factores predisposicionales que son los antecedentes de la conducta que tienen una gran fuerza motivacional en la toma de decisiones de una conducta de salud (actitudes y creencias). Los factores facilitadores que son las habilidades y los recursos necesarios para la realización de una conducta (habilidades de lavado de dientes o el acceso a dentífricos con flúor). Por último, los factores reforzadores son los refuerzos tangibles o no, los incentivos o los castigos asociados a una conducta que contribuyen a su persistencia o a su desaparición (aprobación de los pares por el consumo de tabaco).

Otra aportación de gran interés para el desarrollo de programas es el denominado Mapa de Intervención (Bartholomew, Parcel y Kok, 1998). Ha sido diseñado para guiar el proceso de desarrollo de programas de educación para la salud basándose en la evidencia empírica y en la teoría.

5.2.2. Beneficio social para los adultos mayores

Al **bienestar social** se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dé lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. El bienestar social es una condición no observable directamente, sino que es a partir de formulaciones como se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio a otro. Aún así, el bienestar, como concepto abstracto que es, posee una importante carga de subjetividad propia al individuo, aunque también aparece correlacionado con algunos factores económicos objetivos. Paul Krugman. (1998).

El Concepto de Beneficio Social, es el fin de una empresa social que consiste en optimizar el beneficio social que genera a través de las actividades que desarrolla. Estas se concretan normalmente en programas o proyectos sociales, que están primariamente dirigidos a satisfacer necesidades no cubiertas –y que de otra forma difícilmente lo serían– de grupos de personas de escasos recursos. Aunque estos recursos sean principalmente de carácter económico, no siempre se trata de la carencia de bienes materiales. Inglehart, (2000).

La empresa social es el conjunto organizado de personas y bienes, que a través de actividades estructuradas, siguiendo los criterios de eficacia y eficiencia, trabajan para mejorar las condiciones de vida (materiales e inmateriales) de grupos de personas, sin buscar ningún tipo de lucro propio. Y el óptimo no tiene necesariamente que coincidir con el máximo absoluto, ya que tiene en cuenta una serie de restricciones. En el caso de los proyectos sociales entre estas restricciones se encuentra la voluntad de los donantes. (Inglehart. idem.).

El beneficio social creado por un proyecto es la mejora del nivel de desarrollo social. El concepto de desarrollo humano y desarrollo social apunta al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. Por tanto, un proceso investigativo que busque comprender el concepto de calidad de vida de una población, específicamente del adulto mayor hace que se generen referentes epistémicos y conceptuales significativos para sugerir políticas sociales y públicas de atención al adulto mayor. (Inglehart. idem.).

Una sociedad tiene una alta calidad de vida, cuando los seres humanos que la integran, dentro de un marco de paz, libertad, justicia, democracia, equidad, tolerancia y solidaridad, tienen amplias y constantes posibilidades de satisfacer sus necesidades y desplegar todas sus potencialidades con miras a lograr su mejoramiento y realización personal y la realización de la sociedad como conjunto. (Nivel de bienestar social o condiciones de vida) Al cual se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea. Krugman. (1998).

En la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en el año de 1982, se inició con un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países. Lo cual quedó consignado en el plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. (Austria. 1983).

Se resalta la importancia de que los países reconozcan y tengan en cuenta las tendencias demográficas y los cambios en la estructura de su población con el fin de optimizar su desarrollo. Y sabiendo que la formulación y ejecución de políticas relativas al envejecimiento son un derecho soberano y una responsabilidad de cada estado, el plan de acción internacional sobre el envejecimiento se apoya en un grupo de principios que se deben ajustar a las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales de cada nación. (Austria. 1983) p. 13-18.

Es importante recordar además, que desde finales del siglo XX la asistencia a los adultos mayores fue sustentada en los conceptos de calidad y beneficencia, ya que en los últimos años se ha evidenciado un notable avance en la elaboración de instrumentos de medición de la calidad de vida. No obstante, se han hecho en términos de enfermedad y salud física. Inglehart, (2000).

El objetivo de la OMS es que todos los pueblos de la tierra puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La Constitución de la OMS define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social", y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. La definición de bienestar social. Se refiere al nivel alcanzado en la satisfacción de las necesidades básicas fundamentales de la sociedad, que se expresan en los niveles de educación, salud, alimentación, seguridad social, vivienda, desarrollo urbano y medio ambiente. El bienestar social, en términos económicos se puede medir en función del incremento del producto per cápita real; el aumento en la participación del gasto social respecto al total de egresos, mejoría en la distribución del ingreso, aumento del empleo y fortalecimiento en la balanza de pagos; en el ámbito social se mediría por el incremento en los niveles de salud, educación, vivienda, alimentación y erradicación de la pobreza extrema; desde el aspecto ecológico a través del combate a la contaminación, reforestación de áreas verdes y fortalecimiento de la red hidráulica y su dosificación, entre otros. (OMS, 2004).

También existen otras formas de abordaje, el estudio de la calidad de vida, es el propuesto por (Manfred Max-neef, 1986), quien ha estudiado el problema de las necesidades humanas existenciales y axiológicas y sus respectivos satisfactores en busca del desarrollo humano y por consiguiente de su calidad. Situación que se lleva a cabo de forma individual, según las posibilidades que este tenga de satisfacer sus necesidades en forma adecuada.

Otros modelos, como el escandinavo se basan en el enfoque de las necesidades humanas básicas tanto materiales como no materiales y en el cual hay que tener en cuenta ambos tipos para evaluar el nivel de bienestar en una sociedad Galtung, (citado por Nussbaum, M y Sen, A. 1996). Su aporte es muy valioso y, en este caso particular, con respecto al adulto mayor, puesto que, esta teoría hace énfasis en la persona, en quien el desarrollo es posible y permite una visión más integral.

Por otra parte, Quintero, G. (1998) en apoyo con un grupo de investigadores realizaron un estudio sobre "salud funcional y el bienestar como componentes de calidad de vida en la vejez", cuya hipótesis de trabajo, parte de que la función es un importante punto de interrogación e indicador sintético del estado de salud de los senescentes, sin embargo, su uso no se encuentra muy generalizado entre las perspectivas, en donde la funcionalidad y el bienestar se complementan para medir aspectos de la calidad de vida de los adultos mayores. Arrojando como resultado, que el estado funcional como indicador sintético de al salud del adulto mayor resulta ser un factor objetivo en las mediciones de calidad de vida de este grupo poblacional, en tanto que, el bienestar complementa esas medidas, como elemento subjetivo. Investigación

que abre otros cuestionamientos como cual es el papel que desempeña la salud funcional como factor objetivo y el bienestar como factor subjetivo en la significación del concepto de calidad de vida del adulto mayor

En los últimos años se ha venido estudiando la calidad de vida desde diferentes perspectivas disciplinares; desde la psicología, cuyo propósito es orientado hacia el bienestar mental, a nivel médico, a partir de la clínica y el tratamiento, desde la economía como la satisfacción de necesidades básicas y, a partir de las instituciones como la adecuada prestación de servicios de salud y la satisfacción que de ellos se derivan.

VI. GRUPO DE AYUDA MUTUA PARA LA ACTITUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Los cambios profundos que se han producido en la sociedad, nos han obligado a adaptar nuevos planteamientos de intervención en el ámbito del cuidado de la salud, entre ellos se contemplan las aportaciones voluntarias de los individuos como una parte importante en los procesos de solidaridad social y un recurso comunitario de iniciativa social organizada, dando lugar a lo que se conoce como grupo de ayuda mutua, es decir, un modo de relación solidaria, canalizada a través de la participación ciudadana.

El grupo de ayuda mutua para mejorar la actitud y la calidad de vida del adulto mayor que detectamos con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud Comunitario Tipo III “Dr. Rafael Carrillo”, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa y por ende a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ubicado en los ocho barrios de la Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa. Este es nuestro universo de trabajo, los 44 adultos mayores que captamos en el modulo la detección con las patologías crónicas degenerativas (hipertensión arterial y diabetes mellitus), durante el periodo que abarco entre el día 7 de Julio hasta el 4 de Agosto del año 2010.

Nuestro universo de trabajo se capto dentro de la población que acude al Centro de Salud, ya que la demarcación de la Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa, cuenta con 90 mil 738 personas adultos mayores, y el Centro de Salud Comunitario Tipo III “Dr. Rafael Carrillo”, cuenta dentro de sus (AGEBs) Áreas Geo-Estadísticas Básicas con 14 mil 649 personas de 60 años y más. Las Personas Adultas Mayores, en la concepción esta basado en un convencionalismo surgido en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, Austria (organizado por la Organización Mundial de la Salud, **OMS** en los 80), México adopta la definición de “toda persona de 60 y más años” es adulto mayor. **La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**, (2007) nos dice el **Artículo 3o.** Para los efectos de esta Ley, se entenderá en el inciso, I. por: Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. Esta es la población de donde captamos nuestro universo de trabajo.

El objetivo general de esta investigación, es lograr la modificación de la actitud dentro del grupo de ayuda mutua para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por medio de actividad física, así como, cambiar los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, incrementar los conocimientos de su enfermedad, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para mejorar la calidad de vida y revertir la vejez patológica a una vejez saludable.

6.1. Integración del grupo de ayuda mutua para la actitud y la calidad de vida

La integración del grupo de ayuda mutua para mejorar la actitud y la calidad de vida del adulto mayor que detectamos con hipertensión arterial y diabetes mellitus, se realizó, con una encuesta de inicio para detección de factores de riesgo, llenando cuestionario general, con los datos personales, para determinar el perfil social y los datos de detección de factores de riesgo, así como llevar una secuencia de los índices de pruebas de laboratorio y gabinete, posteriormente el llenando del cuestionario de control que se realizara cada mes, así con la mayor precisión en el mismo nivel fáctico o distributivo de los hechos. Para ello partimos en relación con los indicadores de laboratorio clínico, como son la glucosa, la presión arterial, el peso, la talla y el índice de masa corporal. Así como los índices demográficos: edad, sexo y nombre.

Este grupo compuesto de personas adultas mayores que comparten las mismas patologías crónicas degenerativas, y que se reúnen para mejorar la actitud y la calidad de vida, así como, conseguir los cambios sociales y/o personales para revertir la vejez patológica a una vejez saludable. Ellos decidieron reunirse en forma voluntaria y periódica para mejorar su situación social y colectiva. Se dan información e intercambian experiencias, también se dan apoyo emocional, algunos realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos. Sensibilizan a la población y en algunas ocasiones hacen presión social.

Por tanto son reuniones entre "iguales", Decimos que la ayuda mutua es un recurso comunitario y una de las redes de participación comunitaria que cada vez van desarrollándose más en las sociedades modernas. A la gente que hacemos ayuda mutua, y que estamos ya colaborando con estos principios y sobre todo a los profesionales de la salud, que lo estimulemos y facilitemos su constitución, es decir ayudar a crearlos.

Cada uno aporta aquella información que tiene y lo interesante es el contrastar, el ver que hay personas que han podido superar aquella situación de crisis nos ayuda, este contrastar, este ejemplo, este intercambio, nos ayuda a poder superar nuestro problema.

6.1.1. Antecedentes, Implementación e Implantación

Históricamente, fue en la década de los años 70 que aparece en EE.UU. y centro Europa las asociaciones y los grupos de ayuda mutua, como un recurso a una necesidad no cubierta por la atención primaria y derivada de la crisis industrial y económica. Una de las organizaciones pioneras fue Alcohólicos Anónimos creada en EE.UU. hacia los años de 1935. Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua (2008)

Institucionalmente desde la publicación de la Carta de Ottawa se efectuó la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá) (Octubre de 1986), donde se sentaron las bases para impulsar la capacidad de la comunidad y la participación social.

Aquí se considera a los Grupos de Ayuda Mutua como un eje principal para la promoción de la salud, pues a través del fomento del auto-cuidado y de la ayuda mutua, se facilitan algunos de sus objetivos fundamentales como lo enmarca en nuestro país el Plan Nacional de Salud 2007-2012, en su estrategia fortalecer e integrar sectorialmente las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades con la participación activa de la sociedad organizada y la industria y en su línea de acción 2.8 que dice “impulsar una política integral para la prevención y atención del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardio y cerebro-vascular”.

Los Grupos de Ayuda Mutua nacen al amparo de la Organización Mundial de la Salud. También coincidió que, a nivel de atención primaria, hubo un movimiento social importante entre los profesionales de la salud y personas afectadas por alguna enfermedad -familiares de enfermos mentales principalmente-, que empezaron a trabajar en lo que eran los temas de grupo y sobre todo en los grupos sociales, grupos de apoyo, grupos terapéuticos, etc. Los planes de acción de la OMS (1998).

Por lo tanto, la ayuda mutua está ubicada en el sistema de ayuda informal, tanto a los afectados por diferentes problemáticas de salud, como a sus familiares. Es por esto que cuando los afectados por algún problema de salud requieren de consejo o apoyo emocional, se sienten mejor acudir a familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o grupos de iguales antes que a gente profesional. (Villalba, 1997)

Todos los objetivos van encaminados a una participación de todos los agentes implicados en la salud: no sólo el personal médico y sanitario sino también los propios enfermos, los familiares, los cuidadores, y aquellas asociaciones que existan en la comunidad. Todos deben estar implicados, y para ello se tienen que crear canales.

Una **implementación** o **implantación** es la realización de una aplicación, o la ejecución de un plan, idea, modelo científico, diseño, especificación, estándar, algoritmo o política. A menudo todos estos pasos son gestionados y dirigidos por un Director de Proyecto que utiliza metodologías de gestión de proyecto. En ciencias políticas, la *implantación* se refiere al cumplimiento de la política pública.

Un **proyecto** es una planificación que consiste en un conjunto de actividades que se encuentran interrelacionadas y coordinadas; la razón de un proyecto es alcanzar objetivos específicos dentro de los límites que imponen un presupuesto, calidades establecidas previamente y un lapso de tiempo previamente definidos. La gestión de proyectos es la aplicación de conocimientos, habilidades, herramientas y técnicas a las actividades de un proyecto para satisfacer los requisitos del mismo.

Un proyecto es un emprendimiento que tiene lugar durante un tiempo limitado, y que apunta a lograr un resultado único. Surge como respuesta a una necesidad, acorde con la visión de la organización, aunque ésta puede desviarse en función del interés. El proyecto finaliza cuando se obtiene el

resultado deseado, desaparece la necesidad inicial, o se agotan los recursos disponibles.

Un proyecto también es un esfuerzo temporal que se lleva a cabo para crear un producto, servicio o resultado único. Un resultado como, por ejemplo, salidas o documentos. Por ejemplo, de un proyecto de investigación se obtienen conocimientos que pueden usarse para determinar si existe o no una tendencia o si un nuevo proceso beneficiará a la sociedad.

Proyecto público o social: Son los proyectos que buscan alcanzar un impacto sobre la calidad de vida de la población, los cuales no necesariamente se expresan en dinero. Los promotores de estos proyectos son el estado, los organismos multilaterales, (las ONG) las Organizaciones No Gubernamentales (son organismos conformados por la Sociedad Civil) y también las empresas, en sus políticas de responsabilidad social.

6.1.1.1. Institución y espacio

En el Centro de Salud Comunitario Tipo III “Dr. Rafael Carrillo”, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa y por ende a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ubicado en los ocho barrios de la Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa. Este Centro de Salud forma parte de la infraestructura de la Jurisdicción Sanitaria en Iztapalapa y es uno de los 13 Centro de Salud Comunitario Tipo III y de una Clínica de Displacías, así como, de 9 Centros de Salud Tipo I.

El Centro de Salud Comunitario Tipo III “Dr. Rafael Carrillo”, con domicilio en la calle de Victoria No. 32, Barrio de San Lucas, C. P. 09000, Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa. Esta demarcación de Iztapalapa cuenta con 90 mil 738 personas adultos mayores y el Centro de Salud Comunitario Tipo III “Dr. Rafael Carrillo”, cuenta con 19 (AGEBs) Áreas Geo-Estadísticas Básicas No. 057-2, 072-7, 073-1, 074-6, 075-0, 096-2, 097-7, 098-1, 122-7, 365-1, 366-6, 367-0, 376-A, 377-4, 396-7, 397-1, 479-1, 491-2 y 492-7, con 14 mil 649 personas de 60 años y más.

Desde los distintos servicios que se ofrecen en los Centros de Salud Comunitario Tipo III, en donde se intenta ayudarlos y sobretodo que sean útiles a sus necesidades. Su estructura organizacional del Centro de Salud Comunitario Tipo III, “Dr. Rafael Carrillo” figura 1.

6.1.2. Equipo interdisciplinario y multidisciplinario de profesionales y Técnicos de la salud

El apoyo de los profesionales beneficia al grupo, el cual crecerá con mucha más fuerza, En el caso de esta intervención social, los profesionales realizaron el comportamiento grupal e institucional, sustentadas en acciones interventivas en métodos derivados de la socio-antropología y de la terapia familiar; asimismo, diversos tipos de intervenciones sociales requiere acudir a estrategias y técnicas administrativas, jurídicas y de planificación institucional,

para que este grupo y otros grupos humanos obtengan servicios y recursos comunitarios.

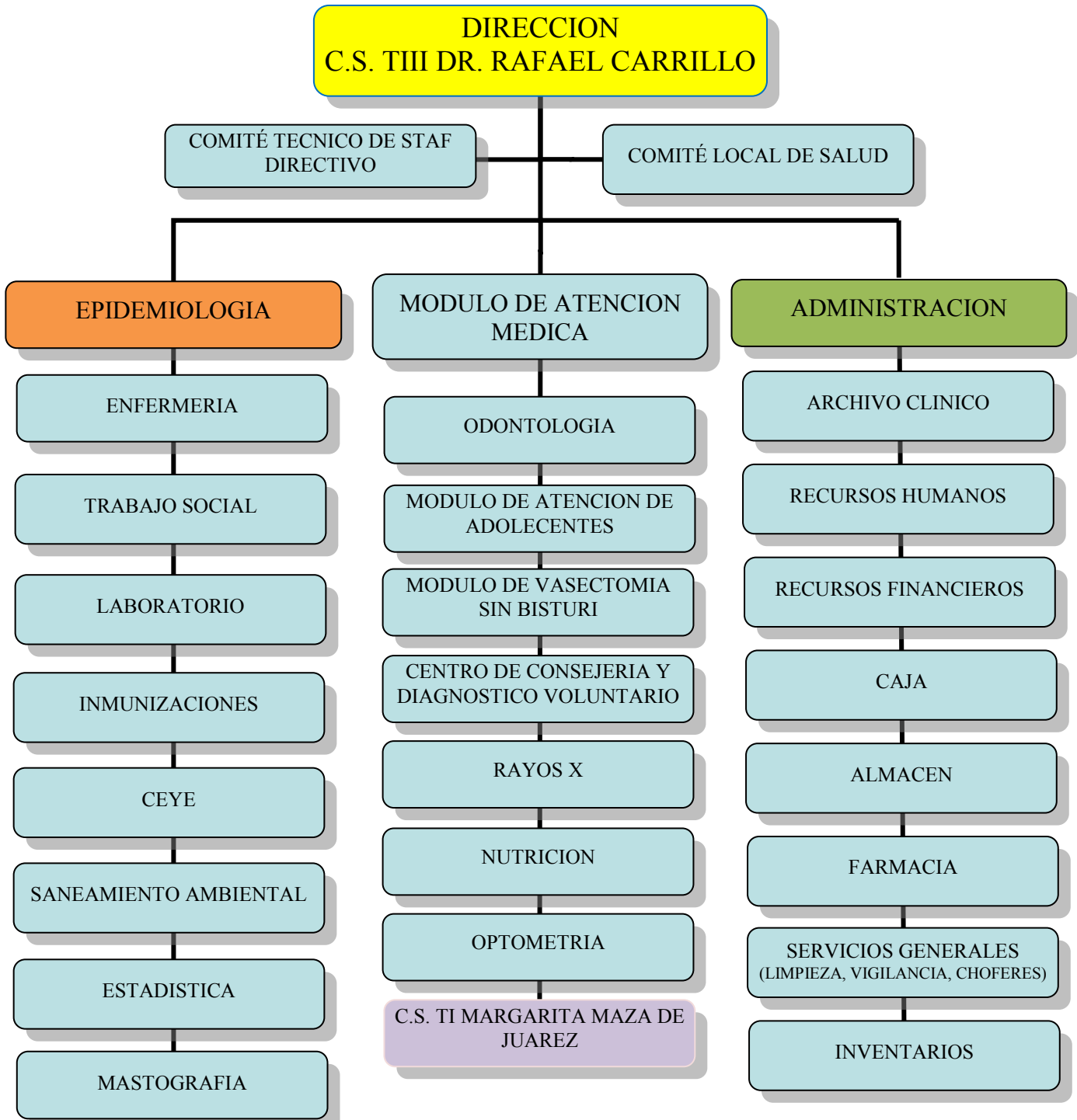


Figura 1. Organigrama del Centro de Salud Comunitario Tipo III, "Dr. Rafael Carrillo."

La atención médica integral reconoce tres dimensiones: biológica, psicológica y social las cuales se encuentran involucradas con la cobertura de los aspectos

de prevención, curación y rehabilitación. Asimismo representa lo multidisciplinario, cuyas competencias profesionales expresan distintos métodos, técnicas y procedimientos, en conjunto se yuxtaponen para ofrecer una interdisciplinariedad heterogénea al servicio de la atención médica.

Es así en esta forma de trabajo el bienestar común debe tener la preferencia al igual que una actitud desinteresada que nos permitirá recordar que una forma de ayudarnos a transitar una enfermedad determinada es unirnos a otros. Es restablecimiento personal dependerá, entre otras cosas, de la unidad del Grupo de Ayuda Mutua que se formó.

La atención a la salud, por su propia naturaleza biopsicosocial, requirió de un equipo de trabajo de profesionales de diferentes disciplinas, que puedan interactuar entre sí, con un enfoque holístico que no es intercambiable. El trabajo en grupo, permite que las personas que tienen habilidades diferentes y que dependen unas de otras funciones eficientemente para lograr metas y objetivos comunes.

El Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo al Grupo de Ayuda Mutua, es el equipo de salud interdisciplinario y multidisciplinario que apoya y monitorea a pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas (diabetes e hipertensión) en común y que se reúnen dos horas diarias en forma regular para hacer ejercicios físicos, compartir experiencias afines, estrategias de cuidado, resolución de dudas del Grupo de Ayuda Mutua.

El Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, Está formado por miembros de varias disciplinas, que trabajan en forma separada y que entregan sus servicios a una misma población, a través de interconsultas y referencias. A pesar de la interacción entre los miembros del equipo, el trabajo es hecho en forma independiente, algunas veces en diferentes lugares físicos y la mayoría de veces con la perspectiva de una sola disciplina, esta forma es multidisciplinaria. Y la interdisciplinaria, son los miembros de las diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención centrando en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, consulta dental, evaluación nutricional, revisión de los factores de riesgo, activación física, etc.), a la entrega de servicios conjuntos, pero centrados en el problema, que no tiene límites disciplinarios (conducta de alto riesgo, control de diabetes, hipertensión y obesidad.).

Los ingredientes básicos del trabajo diario requirieron de la capacidad para la interacción y reciprocidad. El equipo debió ser capaz de manejar los conflictos, manteniendo buenas relaciones interpersonales y aceptar nuevos miembros. Así como poseer flexibilidad, comprendiendo el punto de vista de los diferentes componentes del Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, y de los Grupos de Ayuda Mutua sin perder la perspectiva más amplia dada por la interacción.

El Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, realizó a través de la capacitación y desarrollo de técnicas didácticas de la competencia de sus disciplinas para favorecer el logro de la Educación para la Salud; con lo

que se busco modificar los hábitos y la adquisición de conductas que permitan mejorar los estilos de vida y el empoderamiento de la salud, situación que el Equipo de Apoyo realizo a través de la capacitación y desarrollo de técnicas didácticas para favorecer el logro de este objetivo y sus resultados. Ya que capacitaron (educaron) para la salud y jugaron el rol de instructores o moderadores ante el grupo, asumieron la responsabilidad de preparar los temas, precisaron los objetivos, delimitaron los contenidos, seleccionaron las técnicas y recursos didácticos, pero sobre todo evaluaron el aprendizaje. Por que su trabajo es con adultos, los cuales ya cuentan con experiencias y conocimientos previos.

La evaluación multidimensional a través de equipo que exige del médico geriatra una formación integral sobre aspectos que le permitan abarcar hechos muy diferentes y al mismo tiempo un equipo de especialistas y técnicos con conocimientos en gerontología que lo auxilie para profundizar en las áreas problemáticas de los adultos mayores.

Para dirigir el programa se designo un coordinador para las actividades del Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, y de acuerdo al equipo debía ser el Trabajador Social, dadas las características de formación académica y de participación permanente en todos los Grupos de Ayuda Mutua. Y porque la intervención del personal de Trabajo Social desde su perfil académico, profesional y cultural, aporta conocimientos y experiencias en su interacción con la población en lo particular al otorgamiento de la atención médica integral que proporcionan las Instituciones de Salud a la población a través de la investigación, organización, capacitación, educación para la salud y redes de apoyo en beneficio del desarrollo bio-psico-social del individuo, del grupo y de la comunidad.

El Trabajador social para intervenir de manera científica necesito hacerlo sobre la base de sus conocimientos basado en la comprensión y explicación de los problemas, normalmente lo ha obtenido de otras ciencias y de otras disciplinas que han estado orientadas históricamente a la investigación básica. Otra fuente de conocimiento es la que proviene de la práctica social y que es usada para guiar la acción de los Trabajadores Sociales. Todos estos conocimientos junto con otros valores, le servirán para llevar a cabo una intervención competente.

En la primera sesión de integración, participaron todos los profesionales del Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, para que se incorporen adecuadamente y el Grupo de Ayuda Mutua los identifique.

6.1.2.1. Profesionales

El Médico evaluó la funcionalidad, atendió en consulta, dio platicas de capacitación y reviso constantemente los resultados físicos; **El Psicólogo** evaluó la actitud, atendió en consulta, dio platicas de capacitación y reviso la modificación en la actitud; **El Dentista** evaluó, atendió en consulta, dio platicas de capacitación; **El Trabajadora Social** organizo al grupo y llevo la dirección del proyecto, dio platicas de capacitación de gerontología y geriatría.

6.1.2.2. Técnicos

La Enfermera apoyo al grupo desde la detección de factores, cuidados en las actividades y control; **El Nutriólogo** evaluó los estilos de vida alimentarios, atendió en consulta, dio platicas de capacitación y reviso los resultados de la modificación de estilos de vida alimentarias; **El Promotor de la Salud** promovió la modificación de estilos de vida saludables, dio platicas de capacitación buscando la modificación de su educación de la salud; **El Preparador Físico** atendió en las actividades físicas dando platicas de capacitación y reviso los resultados de la modificación de estilos de vida saludables del sedentarismo, y **Los auxiliares** apoyaron administrativamente las necesidades del grupo y del equipo.

6.2. Incorporación de Adultos Mayores al Grupo de ayuda mutua

El motivo para la incorporación al grupo de ayuda mutua es diferente para cada uno de sus miembros. Los participantes del grupo de ayuda mutua tienen oportunidad no solo de discutir los motivos, los deseos y expectativas que los han llevado a reunirse, sino también sus preocupaciones, angustias y contrariedades.

La incorporación de Adultos Mayores al grupo de ayuda mutua, fue la elección de los elementos sin depender de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de adulto mayor que detectamos con hipertensión arterial y diabetes mellitus, en el Centro de Salud. Aquí, el procedimiento no es mecánico, ni sobre la base de fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso, por lo que, tomamos esta decisión, sobre el propio conocimiento de la población seleccionada para la investigación.

La integración al grupo de ayuda mutua del adulto mayor que captamos con hipertensión arterial y diabetes mellitus, en el Centro de Salud “Dr. Rafael Carrillo”, para mejorar la actitud y la calidad de vida. Ya que el objetivo general, es lograr la modificación de la actitud dentro del grupo de ayuda mutua para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por medio de actividad física, así como, cambiar los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, incrementar los conocimientos de su enfermedad, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para mejorar su calidad de vida.

La integración se realizo por medio de la detección de factores de riesgo, haciendo pruebas de la glucosa, tomando la presión arterial, pesándolos, tomando su talla y realizándoles el índice de masa corporal. Así como registrar los datos demográficos: edad, sexo y nombre. Este grupo fue compuesto de la captación de 44 personas adultas mayores que comparten las mismas patologías crónicas degenerativas, y que se reunieron para mejorar su actitud y su calidad de vida, así como, conseguir los cambios sociales y/o personales para revertir la vejez patológica a una vejez saludable.

6.2.1. Detección de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad tienen factores de riesgo comunes y afectan a los mismos grupos de edad, por lo que es pertinente orientar a las personas para que las identifique oportunamente, la

detección integrada permite un considerable ahorro de recursos y constituye una intervención más eficiente. Los instrumentos y procedimientos de detección de estas enfermedades son complementarios.

Por tal motivo la atención al adulto mayor en la detección de factores de riesgo de estas patologías crónicas degenerativas. En donde los pacientes con diabetes presentan hipertensión arterial frecuentemente, aumentando el riesgo de presentar un evento vascular (infarto de miocardio, angina de pecho y ataque cerebrovascular).

Estos factores para llegar a desarrollar hipertensión arterial son: exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal y alcohol, insuficiente ingesta de potasio, tabaquismo, estrés, presión arterial normal alta (130-139/85-89 mm de Hg), antecedentes familiares de hipertensión y tener más de 60 años de edad.

El riesgo de presentar diabetes se incrementa con la edad, la obesidad, la falta de ejercicio físico, hipertensión arterial (elevación de la presión arterial), dislipidemia (elevación de las grasas en la sangre, como son el colesterol y los triglicéridos). Esta fuertemente asociada con una predisposición genética.

Los factores genéticos y ambientales influyen en el peso del cuerpo y la acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica. Sus principales factores de riesgo: hipertensión arterial, la diabetes mellitus de comienzo en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre.

Para la detección de factores de riesgo de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad. Requerimos de una enfermera y una trabajadora social, un modulo en el cual realizamos en relación con los indicadores de laboratorio clínico, gabinete y los indicadores demográficos, como son los siguientes:

Peso: Se realizo en condiciones ideales la toma del peso fue durante la mañana, de preferencia en ayuno y posterior a la evacuación de la vejiga e intestino. La persona deberá vestir una mínima cantidad de ropa sin calzado y el peso de ésta debe estar registrado en el cuestionario de detección de los factores de riesgo. El peso se tomará sobre una báscula con estadímetro.

Pueden existir variaciones en el peso hasta de 2 Kg. Por lo tanto es necesario anotar el horario del día en el cual se realizan las mediciones, además se deberá investigar la presencia de ascitis y/o edema que pueda alterar el peso.

Talla: Para este procedimiento requerimos de una báscula con estadímetro deslizable en la parte superior, que hará contacto con el máximo punto superior sobre la cabeza. La persona deberá estar descalza vistiendo una ropa mínima, (con el objeto de poder observar la posición de su cuerpo), pisando sobre una superficie libre y plana que forme un ángulo recto en la base vertical del estadímetro de tal forma que el peso del paciente este distribuido sobre ambos pies; la cabeza debe estar en un plano horizontal (viendo directamente hacia el frente), con el borde orbitario inferior en el mismo plano horizontal que el

conducto auditivo externo; los brazos deberán colgar libremente a los lados del tronco con la palma de las manos colocadas hacia la parte lateral externa del muslo, los talones deberán estar juntos tocando ambos la base de la barra vertical del estadímetro, con los bordes internos medios de los pies formando un ángulo de 60%, los glúteos y las escápulas deben estar en contacto con la barra vertical.

Finalmente se le pidió al paciente que inhale profundamente y mantenga una posición erguida; prosiguiendo a deslizar la cabecera sobre el punto superior máximo en la cabeza, con la suficiente presión para comprimir el cabello. Registrará al 0.1 cm. Más cercano

Procedimientos para la detección del paciente obeso, se procedió a evaluar el peso, sobrepeso y grado de obesidad del sujeto, en donde se deriva del peso y la talla, para ser calculado el Índice de Masa Corporal (IMC), como se refiere en la NOM-174-SSA-1998. Para el Manejo Integral de la Obesidad. Se define la obesidad mediante un valor llamado índice de masa corporal. Este índice se calcula dividiendo el peso por el cuadrado de la altura. Se considera un valor normal cuando es menor o igual a $25 \text{ Kg} / \text{m}^2$; se considera sobrepeso cuando está entre 25 y $29 \text{ Kg} / \text{m}^2$, se considera obesidad cuando es mayor o igual a $30 \text{ Kg} / \text{m}^2$.

Medición de la glucosa: llenado del cuestionario de Factores de Riesgo y posteriormente se realiza la toma de la glucemia capilar para medir el nivel de glucosa en sangre con el glucómetro, obtener la muestra de sangre, pinchando la yema del dedo con el lanzador de la lanceta y tomar la gota de sangre en la tira reactiva, ponerle torunda alcoholada en el piquete, introducir la tira reactiva con la muestra que será leída por el glucómetro (determinación por carga de electrones) y esperar el resultado que muestre en la pantalla, asiendo la anotación en el registro del cuestionario. Si la toma de la glucemia capilar en ayuno $\geq 100 \text{ mg/dl}$, o de tipo casual $\geq 140 \text{ mg/dl}$, serán referidos al medico para una evaluación medica mas profunda y comprobar su funcionalidad para apegarse al programa de tratamiento no medico.

Toma de la presión arterial: La presión arterial se determina después de que la persona haya estado sentada o acostada durante 5 minutos. La presión arterial se expresa mediante un par de valores: Una lectura de $140 / 90 \text{ mm Hg}$ o más es considerada alta. Tanto la presión máxima como la mínima son importantes, y por eso la medición tiene siempre dos componentes. Los médicos llaman "presión sistólica" a la cifra más alta, se produce en la aorta en el momento de la contracción ventricular, cuando el corazón envía sangre oxigenada al cuerpo y "presión diastólica" a la más baja, es originada cuando, la sangre no oxigenada regresa al corazón, los ventrículos se relajan, la resistencia periférica hace que la tensión arterial disminuya y se mide en milímetros de mercurio (mm Hg).

Para la toma de la presión arterial se utiliza un esfigmomanómetro de columna de mercurio y estetoscopio, en caso de que esto no sea posible, se utilizara un esfigmomanómetro anerode recientemente calibrado o un equipo electrónico validado. Se utilizara un brazalete (manguillo) de tamaño adecuado, para

asegurar una medición precisa, ubicándose a la altura del corazón. La cámara de aire (globo) debe cubrir al menos 80% de la circunferencia del brazo, algunos adultos con gran masa muscular requerirán un manguillo de mayor tamaño. Deben registrarse los dos valores (sistólica y diastólica); la aparición del primer ruido define el valor de la presión sistólica. La desaparición de sonidos se usa para definir el valor de la presión diastólica. Utilizar el diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial y para escuchar los latidos del corazón.

6.2.1.1. Referencia al médico para evaluación

Se refirieron al medico los casos con padecimientos concomitantes, que interfieran en el tratamiento del paciente con hipertensión y diabetes, en general, aquellos pacientes que se evaluaron en el modulo de detección de factores y que consideren necesario.

También se refirieron a los 44 pacientes detectados que formaron parte del Grupo de Ayuda Mutua para una evaluación medica mas profunda y comprobar su funcionalidad para apegarse al programa de tratamiento no medico.

6.2.1.2. Tratamiento médico y no médico

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa.

Es parte del tratamiento integral para estas enfermedades crónicas, el control con medicamentos, siendo la meta del tratamiento medico para lograr mantener el nivel de azúcar en la sangre dentro o cerca de los valores normales. Aunado al cambio de constantes vitales como la modificación de la tensión arterial, la disminución del peso, hábitos alimenticios y cambios en el estilo de vida sobre todo el sedentarismo.

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es mantener los valores de azúcar en la sangre dentro de los valores normales tanto como sea posible. Aunque es difícil mantener valores completamente normales, se debe intentar que estén en lo posible cerca de la normalidad para que sea menor la probabilidad de complicaciones, ya sean temporales o a largo plazo.

La diabetes puede controlarse. Para llevar una vida confortable, por lo que debe tomar los medicamentos de acuerdo con el plan terapéutico que haya establecido el médico. Respetar los horarios e indicaciones para tomar la medicación, seguir una dieta adecuada y practicar ejercicio constituye una tríada terapéutica eficaz para controlar la diabetes y la hipertensión.

La hipertensión no tiene curación, pero el tratamiento previene las complicaciones. Debido a que la presión arterial elevada en sí misma no produce síntomas, el médico trata de evitar los tratamientos incómodos, molestos o que interfieran con los hábitos de vida. Antes de prescribir la administración de fármacos, es recomendable aplicar medidas alternativas ya que el tratamiento tiene que ser individualizado. Habitualmente, los pacientes toleran bien los fármacos antihipertensivos que se les prescriben. Pero

cualquier fármaco antihipertensivo puede provocar efectos secundarios. Cuando un paciente con hipertensión y diabetes es tratado y llega a estos niveles de presión, el riesgo de presentar un ataque cerebrovascular o un infarto de miocardio es muy bajo.

La obesidad es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes. Es importante tener en cuenta que la obesidad no es un problema estético, como habitualmente se considera, sino un problema médico importante. La obesidad, a diferencia de la hipertensión, es visible a simple vista, pero como ocurre con la hipertensión, nadie piensa que es una enfermedad que debe tratarse. Por lo que debe consultar al médico o la nutrióloga para determinar cuál debe ser el peso ideal. Recuerde que el cambio de los hábitos alimentarios es parte del tratamiento, pero para su familia, incorporar estos nuevos hábitos alimentarios, es una forma de prevención.

El tratamiento no médico de los pacientes con hipertensión y diabetes, el cual consistió en incorporarlos a la educación para la salud, a la promoción de la salud, mantener el control de peso, realizar actividades físicas de manera constante, así como una dieta saludable y nutritiva.

La contribución potencial del ejercicio físico al mejoramiento de la salud, la sensación de bienestar y la calidad de vida es indiscutible. Por lo tanto, cualquier persona debe incorporarlo a su plan general de salud. En la actualidad, el ejercicio físico regular se indica con fines terapéuticos, tanto para la prevención y el control como para la rehabilitación de diversas enfermedades crónicas, el ejercicio es una herramienta esencial en el control de la diabetes y la hipertensión, de la mano de una alimentación adecuada. También, los programas de actividad física, ayudan a reducir el peso corporal

Los programas estructurados de ejercicio tienen un efecto benéfico importante sobre el control de la glucemia, que es independiente del descenso de peso corporal. Una buena condición física en los pacientes diabéticos e hipertensos disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular.

6.2.2. Elaboración y diseño de programas del grupo de ayuda mutua para la actitud y la calidad de vida

Los programas de actuación, estructurados para el grupo de ayuda mutua para mejorar la actitud y la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión y diabetes se elaboró y diseño de la siguiente forma:

El programa de la Educación para la Salud, es la aplicación en donde buscamos informar, motivar y adquirir estilos de vida sanos en el seno del grupo de ayuda mutua en el que trabajamos por lograr unas condiciones adecuadas para ello: justicia social, reparto equitativo, participación, etc.

El objetivo es obtener un desarrollo de una cultura de la salud a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje para lograr “saber”, “saber ser” y “practicar” lo que se sabe y tiene como objetivo genérico enseñar conocimientos adecuados sobre la salud y propiciar conductas o comportamientos facilitadores de salud, atendiendo también el:

- a) Desarrollo de hábitos y costumbres sanas;
- b) Modificar hábitos y comportamientos peligrosos;
- c) Modificar los factores externos al individuo que influyen de manera negativa;
- d) Inculcar el valor salud como fundamental a los individuos y grupos.

Tomando como eje principal la información que es un elemento imprescindible del proceso educativo, sin dejar de lado el proceso de formación que nos lleva a la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectivos.

La Pedagogía que propone énfasis en los efectos. Filosofía neopositivista y método funcionalista. El objetivo: es intervenir sobre los individuos, ayudándoles a comprender las necesidades que le lleven a adoptar o cambiar la conducta de Salud. Aprendiendo conductas que otros dictan a través de la persuasión y los mensajes motivacionales. La imitación.

El cambio de comportamiento es cuando los hábitos o costumbres son insanos o peligrosos para la Salud. Tratando de modificar positivamente los conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la prevención y el fomento de la salud a través de acciones educativas y persuasivas dirigidas hacia el individuo. Con actividades conducentes a informar, motivar hacia el cambio, ayudar a la adquisición de conocimientos y capacidades para adoptar unos hábitos saludables, promover la enseñanza, formación y capacitación

La Educación para la Salud es un proceso de intervención social, educativa y participativa dirigida tanto al individuo como a la comunidad y orientada a conseguir la modificación consciente y voluntaria del comportamiento en beneficio de la salud, y la autoresponsabilidad de las personas en relación a la salud. Para lograr que los avances en los conocimientos sanitarios y médicos tengan su aplicación práctica en la comunidad y sean incorporados en forma de hábitos o nuevas conductas de salud a la vida diaria de los individuos, grupos y colectividades.

Se hace necesaria la participación activa del adulto mayor, sobre todo en las enfermedades crónicas degenerativas en donde incluimos la información y educación del paciente sobre la enfermedad y las medidas de control sobre las que su participación es fundamental. Teóricamente las personas enfermas son muy receptivas a la educación sanitaria. La educación para la salud y la participación son indispensables para: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de los riesgos sociales.

El programa de la Promoción de la Salud, es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre la salud para mejorarla. Y abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar el impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Por medio de la promoción de la salud, le proporcionaremos a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La promoción de la Salud tiene una dimensión social. Y como el objetivo es mejorar el bienestar y calidad de vida de este grupo, mediante acciones que fomenten el autocuidado de la salud y la adopción de estilos de vida saludable, así como impulsar la participación social y la promoción de entornos saludables.

El programa para el control de peso, tiene como objetivo el conseguir que adquieran una alimentación saludable en cuestión de calidad, cantidad y combinación, ya que la nutrición es individualizada en donde deberán aprender a tomar la responsabilidad de realizar elecciones correctas al comparar o adquirir un alimento. El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas, utilizando los criterios específicos en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas. Ya que este es el resultado de una alimentación correcta y actividad física.

La mayor parte de los programas para perder peso se basan en la modificación del comportamiento. Los regímenes, por lo general, se consideran menos importantes que los cambios permanentes en los hábitos alimentarios y de ejercicio físico. Los programas acreditados que enseñaremos cómo hacer cambios seguros, sensatos y graduales en los hábitos alimentarios que aumenten el consumo de hidratos de carbono complejos (frutas, vegetales, pan y pasta) y que disminuyan el consumo de grasas. Para los levemente obesos, se recomendará sólo una modesta restricción de calorías y de grasas.

El programa para la actividad física, hace referencia al movimiento, la interacción, el cuerpo y la práctica humana. Tiene tres dimensiones: biológica, personal y sociocultural. La actividad física es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea. Por esta razón la actividad física esta asociada a la salud de las personas.

No cabe duda que la actividad física regular ofrece una serie de posibilidades para "verse y sentirse mejor" .Estos son algunos de los beneficios con que el ejercicio físico contribuye a mejorar la calidad de vida. Es importante enfatizar que los niveles de actividad física requeridos para la promoción de la salud no necesariamente deben ser de elevada intensidad. No es necesario tener el entrenamiento de un atleta para lograr resultados y las personas sedentarias pueden mejorar su aptitud física comenzando con breves períodos de ejercicios livianos. Lo primero en una persona inactiva es comenzar a ponerse en movimiento, aunque sólo lo haga pocos minutos al día. Tal vez este sea el punto más importante para iniciar un cambio en el estilo de vida para lograr la calidad de vida de las personas:

Las facilidades que aporta la vida moderna llevan a las personas a adoptar estilos de vida menos activos. Una vez tomada la decisión de incorporar el

ejercicio a la vida. Esta actitud puede contribuir a una mayor adherencia al programa y a conocer los progresos logrados. Para ello desarrollamos la planificación del trabajo físico, ya que resulta muy importante la actividad física los 5 días de la semana y un horario por la mañana de 2:00 horas, que serán dedicados a mejorar la aptitud física y mejorar la salud.

La actividad física habitual para mantener la movilidad y flexibilidad articulares, las cuales se realizaron con la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, cinco veces por semana. Mantendremos un programa de ejercicios, iniciando el entrenamiento con bajas intensidades de esfuerzo, también con actividades recreativas y a veces natación los fines de semana.

Los trabajos aeróbicos se plasman en la mejora de la capacidad del músculo para obtener energía de las fuentes aeróbicas. Se aumenta el contenido de mioglobina (proteína que fija el oxígeno, liberándolo cuando hay déficit), el volumen y el número de mitocondrias de las células musculares. El trabajo de resistencia incrementa poco la capacidad de fuerza del músculo; pero el trabajo de fuerza permitirá un mayor engrosamiento de las fibras musculares, dando lugar a la hipertrofia, aumentando la capacidad circulatoria y extrayendo más oxígeno de la sangre.

Las actividades preferidas para lograr mejorías en la capacidad aeróbica y recomendadas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades deben abarcar a grandes grupos musculares y ser de tipo dinámico, empleando, al principio, escasa fuerza muscular.

Al realizar ejercicio físico mejoramos nuestra condición física y, por lo tanto, las capacidades condicionantes o capacidades físicas básicas y capacidades físico-motrices, ya que estas son el conjunto de componentes de la condición física que intervienen, en mayor o menor grado, en la consecución de una habilidad motriz. Son la fuerza, la resistencia, la velocidad y la flexibilidad.

El ejercicio físico regular contribuye a combatir todos estos factores y más aún, al actuar directamente sobre el corazón y los vasos sanguíneos, es uno de los elementos más eficaces para prevenir la aparición y la progresión de la enfermedad.

Los individuos que llevan un estilo de vida más activo se "sienten mejor" y producen en su cuerpo una resistencia superior ante las distintas agresiones que la vida y el paso de los años provocan. Los adultos que conservan una vida activa llegan a edades mayores con mejor predisposición al trabajo y menor dependencia de aquellos que los rodean.

Existen diferentes formas para medir la intensidad del esfuerzo. Quizás la más frecuentemente utilizada sea el registro de los latidos cardíacos por minuto (frecuencia cardíaca). Los ejercicios de moderada intensidad se desarrollan con niveles de frecuencia cardíaca entre el 50 a 75 % de la máxima que corresponde a la persona.

El porcentaje adecuado para comenzar depende del nivel de aptitud física previo, la edad, el tiempo de inactividad o la presencia de alteraciones físicas o enfermedades de distinto tipo. Para personas de mayor edad y con períodos prolongados de inactividad es conveniente comenzar con porcentajes del 50%. El aumento a 60% puede ser rápido, según la tolerancia.

Este es un método sencillo para una propia evaluación y para observar la evolución. A medida que el entrenamiento vaya aportando beneficios se necesitará mayor intensidad de esfuerzo para lograr la misma frecuencia cardíaca. Para utilizar esta metodología es necesario aprender a tomarse el pulso o bien utilizar pequeños instrumentos que permiten medir la frecuencia cardíaca mientras se desarrolla el ejercicio.

Los accesos más fáciles son: A) el cuello (pulso carotídeo). Deben apoyarse (sin apretar) los dedos mayor e índice sobre la zona lateral del cuello, 2 cm, aproximadamente, por debajo de la mandíbula. B) el canal del pulso en la zona donde se flexiona la muñeca del lado del pulgar. Los mismos dedos se apoyan sobre una hendidura (canal) donde es posible palpar el latido de la arteria radial. Una vez localizado el pulso deben contarse los latidos durante 6 segundos y multiplicar por 10. Ese es el valor de la frecuencia cardíaca por minuto.

Realizaremos las actividades donde se sienta placer y no sufrimiento. Esto significa que si aparecen síntomas como fatiga o falta de aire se entienda que el ejercicio está siendo demasiado fuerte y tal vez sea necesario disminuir su intensidad.

Tendremos como meta realizar actividad física de moderada intensidad durante 30 a 40 minutos todos los días. Sin embargo, para muchas personas esta frecuencia puede ser muy difícil de planificar. Es posible, entonces, programar un ejercicio progresivo con tiempos e intensidades que se irán incrementando. Una de las formas de iniciar el programa consiste en la realización durante 3 veces por semana de planes de caminatas. La iniciación es con un tiempo total de 30 minutos divididos de la siguiente forma: **1)** 8 minutos de entrada en calor (incluye caminata lenta inicial de 3 minutos, **2)** 15 minutos de caminatas a ritmo moderado a nivel 3 de la escala o 60% de la máxima frecuencia cardíaca teórica; **3)** vuelta a la calma con ejercicios de elongación. El tiempo de ejercicio se incrementa cada semana para llegar a los 60 minutos totales con 10 minutos de entrada en calor, 40 minutos de caminatas y 10 de vuelta a la calma y elongación.

Las caminatas son una excelente actividad física regular, que cambian los hábitos hacia una vida más activa, y que con las modificaciones cardiorrespiratorias que se generan al bailar. Puede considerarse como un ejercicio de baja-moderada intensidad que, practicado en forma continua y durante tiempos similares a los descriptos para las caminatas, puede tener efectos beneficiosos para la salud.

La actividad física es una herramienta fundamental en la prevención y el tratamiento de la diabetes. Por otra parte, es un elemento indiscutible en la

terapéutica de la hipertensión arterial. No olvidar que el ejercicio físico es una excelente manera para acrecentar los vínculos sociales. Ya vimos que para alcanzar beneficios para la salud no son necesarios ejercicios vigorosos.

ESTRUCTURA DE UNA SESIÓN DE EJERCICIOS: Un programa estructurado de actividad física puede dividirse en las siguientes tres fases:

1. Entrada en calor
2. Ejercicio propiamente dicho (caminata, trote, bicicleta, baile o el deporte elegido, ejercicios de movilidad muscular, recreación)
3. Vuelta a la calma (elongación).

Describiremos algunos de los ejercicios más utilizados para flexibilidad y elongación que forman parte, junto con la caminata inicial, de la importante fase de "entrada en calor". En la "vuelta a la calma", los movimientos pueden ser similares. Esta última fase tiene también gran importancia en la prevención de lesiones, adaptación cardiovascular y regeneración de las sustancias que aportan la energía al músculo que trabaja.

Todas las actividades dinámicas deben estar precedidas por movimientos de calentamiento y elongación de articulaciones y grupos musculares. Tienen una importancia fundamental para prevenir lesiones y preparar al aparato cardiovascular para el ejercicio.

Cada ejercicio tendrá una duración de 10 a 12 segundos y se repetirá en el sentido contrario o con el miembro superior o inferior del lado opuesto. Los movimientos deben realizarse lentamente y sin "rebotes" o insistencias. En personas de mayor edad o muy desacondionadas, los movimientos no deben ser extremos, sino simplemente llegar hasta donde se puede, sin sufrir dolores. Los números de series y las repeticiones son aproximadas y deben adaptarse a las condiciones de cada persona. Estos ejercicios pueden utilizarse también como actividad única en varios momentos del día. Se describen varios tipos de ejercicios. Podrán elegirse unos u otros tratando de involucrar a la mayor parte de los grupos musculares.

A. Movimientos de cabeza: suaves y circulares del cuello; movimientos al frente y atrás; giros a la derecha y a la izquierda; recostar en los hombros, alternando derecha e izquierda.

B. Movimientos de Hombros: subiéndolos y bajándolos; girándolos hacia adelante y hacia atrás, alternándolos.

C. Movimientos de brazos: movimientos de elevación al frente hasta la altura de la cara y regresarlos a la posición original; elevación lateral hasta los hombros y regresar; elevación al frente arriba de la cabeza y bájelos en forma lateral; vuelva elevarlos lateralmente arriba de la cabeza y bájelos al frente.

D. Flexiones del tronco y la cintura: con las manos en la cintura, flexione el tronco en giros a la derecha y a la izquierda; flexione adelante y hacia atrás; flexione el tronco a la derecha e izquierda. (Trabajamos Espalda, Tronco, Glúteos, Caderas y músculos)

E. Movimientos de piernas: elevar rodillas al frente alternándolas; balanceo de piernas al frente y atrás alternándolas; elevación de piernas lateral

alternándolas. (Trabajamos Cadera y músculos internos de la pierna, Músculos anteriores y posteriores)

F. Movimientos de pies: caminata normal; apoyando con las puntas; apoyando con los talones; y alternando puntas talones. (Trabajamos Pantorrilla)

Los Hábitos de una alimentación, es el de promoverse el Hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados. La alimentación equilibrada, es una dieta recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, Algunos consejos para comer menos ya que el conocimiento forma parte de la toma de decisiones, para ello necesitamos trabajar con las estructuras de poder existentes para promover, desarrollar y poner en práctica los cambios que se necesitan. Ya que la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas.

6.2.2.1. Modificación de la actitud para el cambio de estilo de vida y mejoramiento de la calidad de vida

La intervención social por medio del grupo de ayuda mutua para el adulto mayor hipertenso y diabético, por el cual, lograremos un mejoramiento en la calidad de vida, pasando de ser considerada como una ausencia de enfermedad a ser entendida como un estado de bienestar tanto físico como psicológico y social, revertiendo los efectos de estas patologías o mantenerlas controlándolas.

Modificamos la actitud por medio del incremento de los conocimientos sobre las enfermedades crónico degenerativas, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para cambiar los estilos de vida, adquiriendo la toma de conciencia, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, por medio del grupo de ayuda mutua para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus revertiendo los efectos de estas patologías.

6.2.2.2. Orientación e información para el beneficio del ajuste social para la percepción de calidad de vida

La transición epidemiológica, experimentada por la mayoría de los países, se caracteriza por la disminución de muertes debidas a enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimientos crónico-degenerativos. Esto impone desafíos importantes al sistema de salud ya que las enfermedades no transmisibles, las crónico-degenerativas y las lesiones, ahora más comunes, requieren de enormes recursos para su prevención y tratamiento.

Este cambio epidemiológico, sumado al rápido envejecimiento de la población, se traducirá en el futuro inmediato en un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios. Estos, además de reorientarse a la atención de las enfermedades crónicas, deberán considerar las discapacidades que generan dichas enfermedades. Ya que, la mayoría de las causas la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica generan individualmente una gran parte del peso de la

enfermedad en el país, cabe destacar que muchas de ellas requieren de una buena intervención en la población más afectada con programas de educación comunitaria con medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Por lo que podemos observar en México los efectos de la transición epidemiológica acompañada del proceso de envejecimiento en la demanda de los servicios de salud y cabe mencionar que en México no ha sido cabal; el descenso de las enfermedades transmisibles de la nutrición y de la reproducción, siguen representando una carga importante y, por tanto, debe hacerseles frente a la vez que las enfermedades crónico-degenerativas demandan recursos importantes.

Actualmente el Sistema de Salud en México está más preparado para atender las enfermedades agudas que las crónicas; y en el caso de las crónicas, más en el sentido de evitar la muerte una vez que se presenta el padecimiento que de impedir su aparición. De ahí que se requieran adecuaciones en los servicios de salud de modo que puedan atender la demanda creciente de patologías que afectan más a la población envejecida y que requieren de una atención especializada y de duración hospitalaria prolongada. Aunado a lo anterior se espera que la demanda de servicios de salud crezca debido al incremento de la escolaridad o conocimientos de salud, ya que la gente está más consiente de sus derechos sociales y, por tanto, es capaz de demandar servicios de salud cada vez más adecuados a sus necesidades en términos de cantidad y calidad.

Es importante destacar que la prioridad de educación para la salud tiene que considerarlos por que dentro de las causas de mortalidad general destacan problemas que pueden revertirse con programas de prevención, y que de no intervenir oportunamente se transforman en patologías crónico degenerativas, como la diabetes, que no originan la muerte inmediata, pero que si requieren de un alto costo en el tratamiento médico y quirúrgico a largo plazo, originan perdida de productividad por discapacidades asociadas y muerte prematura. Esta pandemia, tiene múltiples impactos en lo social, familiar y económico, pues sus complicaciones, cada vez más severas, implican un costo financiero adicional considerable. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad son un problema de salud pública en nuestro país.

VII. METODOLOGIA

Planteamiento del problema

¿Como influye el grupo de ayuda mutua en la actitud y calidad de vida del adulto mayor que se detectan con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el Centro de Salud “Dr. Rafael Carrillo”, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa y por ende a la Secretaria de Salud del Distrito Federal, ubicado en los ocho barrios de la Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa?

7.1. Preguntas de investigación

7.1.1. Pregunta general de investigación

¿Como influye un grupo de ayuda mutua en la modificación de la actitud y la calidad de vida en los adultos mayores hipertensos y diabéticos?

7.1.2. Preguntas específicas

1. ¿Como influye un grupo de ayuda mutua en la modificación de la actitud en los adultos mayores hipertensos y diabéticos?
2. ¿Como influye un grupo de ayuda mutua en la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos y diabéticos?
3. ¿Como influye un grupo de ayuda mutua en la modificación del estilo de vida en los adulto mayor hipertenso y diabético?

7.2. Hipótesis

- 1.- Si formamos el grupo de ayuda mutua para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, entonces podremos lograr la modificación de su actitud ante la vida y su calidad de vida la cual conlleva el estilo de vida saludable.
- 2.- Si formamos el grupo de ayuda mutua para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, entonces podremos lograr la modificación de la actitud ante la vida, para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable.
- 3.- Si formamos el grupo de ayuda mutua para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, entonces podremos lograr un mejoramiento en su calidad de vida, para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable.
- 4.- Si promovemos entre las personas adultas mayores la modificación de su actitud ante la vida dentro del grupo de ayuda mutua, entonces el cambios de estilo de vida, romperá con el sedentarismo por actividades físicas, así como,

cambios en los hábitos y costumbres en su nutrición no saludable por una saludable para modificar su calidad de vida.

7.3. Objetivos de investigación

Lograr la modificación de la actitud y que adquieran la toma de conciencia para mejorar la calidad de vida. Cambiando los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, por medio del grupo de ayuda mutua de los adultos mayores hipertensos y diabéticos.

7.3.1. Objetivos generales

1.- Lograr la modificación de la actitud dentro del grupo de ayuda mutua de los adultos mayores hipertensos y diabéticos, para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, así como, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, incrementar los conocimientos de su enfermedad, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y revertir la vejez patológica a la vejez saludable.

7.3.2. Objetivos específicos

1.- Adquirir la toma de conciencia en los adultos mayores, sobre la influencia de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que debido a los estilos de vida, en la alimentación, la falta de ejercicios físicos, el tabaquismo y el alcohol, para lograr por medio del grupo de ayuda mutua, la modificación de la actitud para mejorar la calidad de vida, revertiendo los efectos de estas patologías.

2.- Modificar la actitud por medio del incremento de conocimientos sobre las enfermedades, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para cambiar los estilos de vida, por medio del grupo de ayuda mutua para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus

3.- Cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, por medio del grupo de ayuda mutua para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

4.- Incrementar los conocimientos sobre la enfermedad, así como, los cuidados y autocuidados médicos y no médicos, dentro del grupo de ayuda mutua para mejorar la calidad de de los adultos mayores

5.- Promover el autocuidado de los adultos mayores para mejorar la calidad de vida por medio del grupo de ayuda mutua y revertir la vejez patológica a la vejez saludable.

6.- Capacitar biológico, psicológico y socialmente a los adultos mayores sobre sus derechos en salud físico y mental, así como, los derechos sociales, para

demandar mejores servicios de salud cada vez más adecuados a sus necesidades en términos de cantidad y calidad.

7.-Orientar a la familia con conocimientos sobre las enfermedades, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos para los adultos mayores hipertensos y diabéticos.

7.4. Variable de la investigación

LA CALIDAD DE VIDA Y LA ACTITUD

7.4.1. Dependientes (VD)

Variables dependientes: LA CALIDAD DE VIDA

Definición conceptual: calidad de vida según la OMS, (1993) dice que la salud ha pasado de ser considerada como una ausencia de enfermedad a ser entendida como un estado de bienestar tanto físico como psicológico y social que posibilita al adulto mayor la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus aspiraciones y el afrontamiento adecuado a situaciones estresoras de la vida cotidiana. Es comprensible que cuando se trata de organismos que desean implantar políticas o mediciones de calidad de vida dentro de alguna población (por ejemplo, la OMS), sea necesario operacionalizar el concepto en elementos más "objetivos" u observables y que se hace más difícil abocarse a elementos más individuales o subjetivos.

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Basu y López-Calva (2003).

Definición operacional: La operacionalizamos en elementos más "objetivos" y observables como es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Ya que se trata de un concepto muy amplio el cual está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. El Programa de intervención se aplicó por medio del grupo de ayuda mutua por el cual, logramos un mejoramiento en la calidad de vida, pasando de ser considerada como una ausencia de enfermedad a ser entendida como un estado de bienestar tanto físico como psicológico y social, revertiendo los efectos de estas patologías o mantenerlas controlándolas.

La intervención fue cambiando los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, así como, la educación para la salud,

la modificación de conducta y el comportamiento de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida saludable. Y fueron medibles por medio de los indicadores del gabinete de laboratorio clínico, siendo la glucosa, así como, la presión arterial, el peso, la talla y el índice de masa corporal. En este sentido planteamos la existencia de tres tipos de factores que influyen en las conductas de salud: los factores predisposicionales que son los antecedentes de la conducta que tienen una gran fuerza motivacional en la toma de decisiones de una conducta de salud (actitudes y creencias). Los factores facilitadores que son las habilidades y los recursos necesarios para la realización de una conducta. Por último, los factores reforzadores son los refuerzos tangibles o no, los incentivos o los castigos asociados a una conducta que contribuyen a su persistencia o a su desaparición.

VARIABLES DEPENDIENTES: ACTITUD

Definición conceptual: Como menciona Backman y Secord (en Raven, 1981), hablan de cierta regularidad de sentimientos, pensamientos, y tendencias de las personas para obrar sobre un aspecto de su medio ambiente, según Raven (1981), la actitud es una evaluación positiva o negativa de un objeto.

Después de todo, si las actitudes dirigen las acciones, saber algo sobre las actitudes de las personas permitirá predecir su conducta.

Definición operacional: La operacionalizamos en tres dimensiones sentimientos, pensamientos (creencias), y tendencias (conducta) de las personas para obrar sobre un aspecto de su medio ambiente, ya que el programa de intervención fue el determinante para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, así como, la educación para la salud, la modificación de conducta y el comportamiento de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida saludable. Estos fueron medidos a través del cuestionario de escala tipo de respuesta Likert en donde medimos la modificación de Actitud, aplicada antes y después del programa de intervención aplicado al Grupo de ayuda mutua, la cual permitió aceptar la hipótesis planteada. Con la comparación del pretest (antes) y el postest (después), tuvimos la posibilidad de interpretar y verificar que se promovieron cambios en la actitud ante la vida, conformada por tres dimensiones Creencias, Sentimientos y Conducta.

7.4.2. Independientes (VI)

VARIABLE INDEPENDIENTE: GRUPO DE AYUDA MUTUA

Definición conceptual: El Grupo de Ayuda Mutua se definirá como un movimiento caracterizado por funciones de soporte, educacionales, y con una orientación al cambio personal. Dichas metas están dirigidas a la solución de un problema de la vida diaria o a una condición compartida por todos sus miembros (Kurtz, 1997; Sheidlinger, 2004).

Definición operacional: El concepto operacional que cumple el Grupo de Ayuda Mutua fue la integración y participación para modificar la actitud y lograr la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por las enfermedades crónicas degenerativas, así como de sus familiares y cuidadores, ubicados en la estructura social y sanitaria, bajo la perspectiva de los miembros participantes y del Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo de la salud, el cual realizo a través de la capacitación y desarrollo de técnicas didácticas de la competencia de sus disciplinas para favorecer el logro de la Educación para la Salud; con lo que se busco la modificación de los hábitos y la adquisición de conductas que permitieron mejorar los estilos de vida y el empoderamiento de la salud, situación que el Equipo de Apoyo realizo a través de la actividad física, la capacitación y el desarrollo de técnicas didácticas para favorecer el logro de este objetivo y sus resultados demostrados. Por lo que el grupo de ayuda mutua enfatizo la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades de sus miembros. En donde se les proporciono ayuda de actividad física, emocional y motivacional para promover los valores a través de los que sus miembros puedan reforzar la propia identidad.

7.5. Población

La demarcación de Iztapalapa que cuenta con 90 mil 738 personas adultos mayores, el Centro de Salud “Dr. Rafael Carrillo”, cuenta en sus (AGEBs) Áreas Geo-Estadísticas Básicas con 14 mil 649 personas de 60 años y más. (Es la población)

7.6. Muestra

Nuestro universo de trabajo es la población, que captamos en la detección con las patologías crónicas degenerativas (hipertensión arterial y diabetes mellitas), en el Centro de Salud “Dr. Rafael Carrillo”, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa y por ende a la Secretaria de Salud del Distrito Federal. Aquí emprendimos el programa de mejoramiento de la calidad de vida saludable para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, esta población fluctuó, entre 40 y 45 personas de adultos mayores. (Estos son los sujetos de investigación)

En este tipo de muestra, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que ya mencionamos. Aquí, el procedimiento no es mecánico, ni sobre la base de fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso, por lo que, tomamos esta decisión, sobre el propio conocimiento de la población seleccionada para la investigación.

Las Personas Adultas Mayores, en la concepción esta basado en un convencionalismo surgido en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, Austria (organizado por la Organización Mundial de la Salud, **OMS** en los 80), México adopta la definición de “toda persona de 60 y más años” es adulto mayor.

7.7. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue por el lugar de aplicación; de campo, ya que lo realizaremos en el medio natural que rodea al adulto mayor hipertensos y diabéticos, pudiendo ser experimental o no, a partir de ellos, se trata de estudiar el determinado grupo de ayuda mutua para la calidad de vida saludable del adulto mayor hipertensos y diabéticos para conocer su estructura y sus relaciones sociales y también transversal prospectivo, será un estudio descriptivo, por su nivel de profundidad, en donde presentaremos de forma detallada la situación de salud que afecta al grupo de ayuda mutua para la calidad de vida saludable del adulto mayor hipertensos y diabéticos, en relación con los indicadores de laboratorio clínico, como son la glucosa, la presión arterial, el peso, la talla y el índice de masa corporal. Así como los de demográficos: edad, sexo, estado civil, y otras características. Pretendiendo describir algunas características fundamentales de conjunto homogéneos del fenómeno, tal como se presentan en la realidad, utilizando criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto su estructura y comportamiento, sin llegar a explicar la naturaleza de las variables en cuestión o de la interacción existente entre éstas.

Estos estudios no son excluyentes entre sí, ya que un tipo de estudio es por nivel de profundidad, porque lo plasmado en los objetivos y diseño, se pretende describir, la calidad de vida saludable del adulto mayor hipertensos y diabéticos, en relación con los indicadores que nos marcan nuestros instrumentos de medición y el otro, es por el lugar de ejecución del estudio, por que este se clasifica por el lugar de aplicación, se trata del Centro de Salud “Dr. Rafael Carrillo”, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa y por ende a la Secretaria de Salud del Distrito Federal, punto específico en donde aplicaremos los instrumentos de medición a la muestra establecida para ser encuestada.

El trabajo realizado es multidisciplinario, por qué se basa en conocimientos biológico, psicológico y sociales, con un estudio descriptivo, de acuerdo con la evolución del fenómeno en estudio, es , limitándose a identificar en términos cualitativo (un año el estudio) y cuantitativo (buscando la explicación de los fenómenos o hechos), tomas continuas: T/A: presión arterial, peso, talla, glucemia, así como, la edad y sexo, en la población de los adultos mayores hipertensos y diabéticos que se detectan en el Centro de Salud “Dr. Rafael Carrillo”, ubicado en los ocho barrios de la Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa.

La investigación cuantitativa da cuenta de las condiciones materiales, al parecer, suficientes para la realización de un trabajo de promoción de la salud; sin embargo, para conocer a profundidad la problemática del grupo de ayuda mutua en estudio, sus hábitos y costumbres, así como para incidir en las condiciones subyacentes a los problemas de salud que viven, poder interrelacionar con ellos en el trabajo que se desarrolla para potenciar los esfuerzos desarrollados por ambas partes (el grupo de ayuda mutua y el equipo profesional multidisciplinario de atención).

7.8. Diseño de investigación

Ex post facto, es decir a partir de lo que ya acontecido. Se aplico el programa de intervención al Grupo de ayuda mutua, con la comparación del pretest (antes) y el postest (después) de la intervención, ya que con esto, se estuvo en posibilidad de interpretar y verificar que se promovieron cambios en la actitud, conformada por tres dimensiones Creencias, Sentimientos y Conducta para mejorar la calidad de vida.

7.9. Construcción de instrumento

El instrumento es la herramienta a partir de la cual obtendremos la información requerida para dar respuesta al planteamiento del problema de la investigación, por sus características, ventajas y utilidad para el estudio, que se aplicará por medio de cuestionarios, ya que es una técnica muy utilizada por su fácil aplicación y de multitud de resultados que nos proporcionara, esto con la finalidad de obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en la población o muestra seleccionada. El cuestionario es nuestro formulario definitivo que se aplicará a los encuestados para ser respondido y hacer la comparación del pretest (antes) y el postest (después) del Programa de intervención, con esto, se esta en posibilidad de interpretar y verificar que se promovieron cambios en la actitud.

Se realizo, la primera encuesta de inició, llenando cuestionario general con 8 reactivos, el Cuestionario Voluntario de Investigación, para detectar su Calidad de Vida Saludable, para medir la variable Calidad de Vida Saludable de los adultos mayores, con los datos personales y los datos de detección de factores de riesgo, así como llevar una secuencia de los índices de pruebas de laboratorio y gabinete, en otros cuestionarios de control, con aplicación en Pretest y Postest, así con la mayor precisión en el mismo nivel fáctico o distributivo de los hechos.

7.9.1. Encuesta y Cuestionario

Ver anexos

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

En el presente capítulo se muestra el análisis descriptivo y comparativo de los instrumentos que se aplicaron en el Pretest y Postest, que fueron utilizados para medir la Actitud, la Calidad de Vida y la Calidad de Vida saludable por medio de los cuestionarios aplicados a la muestra de los 44 sujetos de esta investigación, siendo el primer Cuestionario el Tipo de Respuesta de Escala Likert, para medir la variable Actitud, conformada por tres dimensiones que son creencias, sentimientos y conducta. El segundo Cuestionario para la Detección de la Calidad de Vida de los adultos mayores para medir la variable Calidad de Vida de los adultos mayores, conformada por tres dimensiones que son la Sociodemográficas, tratamientos y cuidados médicos y no médicos, así como los tratos de su medio ambiente social. Y el tercero es el Cuestionario Voluntario de Investigación, para detectar su Calidad de Vida Saludable, para medir la variable Calidad de Vida Saludable de los adultos mayores.

La descripción de las frecuencias y porcentajes, así como, la comparación de los instrumentos que se aplicaron en el Pretest y Postest de los cuestionarios de escala tipo Likert, el cuestionario para la detección de la calidad de vida de los adultos mayores y el cuestionario voluntario de investigación.

A continuación se muestran los datos obtenidos en los cuestionarios de escala tipo Likert en donde cada uno de los 35 ítem que componen este instrumento el cuestionario tipo de respuesta de escala Likert, en donde son descritos y analizados la frecuencia y el porcentaje para comparar el pretest y el postest y así medir la variable actitud, conformada por tres dimensiones que son Creencias, Sentimientos y Conducta.

En Pretest nos dice el ítem 3.- *Es importante saber que alimentos son nutritivos*, el 22.7% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 20.5% contestó que estaban de acuerdo, el 47.7% contestó que estaban en desacuerdo, y el 9.1% contestó que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la creencia del ítem 3.- *Es importante saber que alimentos son nutritivos*, que nos dice que el 54.5% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 45.5% contestó que estaban de acuerdo, el 0.0% contestó que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contestó que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

En Pretest nos dice el ítem 17.- *Consumir verduras me beneficia para reducir de peso*, el 9.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 22.7% contestó que estaban de acuerdo, el 54.5% contestó que estaban en desacuerdo, y el 13.6% contestó que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la creencia del ítem 17.- *Consumir verduras me beneficia para reducir de peso*, el 31.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 68.2% contestó que estaban de acuerdo, el 0.0% contestó que estaban en

desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

Cuestionario de Evaluación de la actitud Tipo Likert Pretest y Postest

| DIMENSION CREENCIAS | N V ã l i d o s | FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PRETEST | | | | | | | | FRECUENCIAS Y PORCENTAJES POSTEST | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|------|---------------|------|----------------|------|-------------------------------------|------|---|------|---------------|------|----------------|-----|-------------------------------------|-----|
| | | totalmen te de acuerdo | | de acuerdo | | Desacue rdo | | totalmen te en desacue rdo | | totalmen te de acuerdo | | de acuerdo | | desacue rdo | | totalmen te en desacue rdo | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 3.- Es importante saber que alimentos son nutritivos | 44 | 10 | 22.7 | 9 | 20.5 | 21 | 47.7 | 4 | 9.1 | 24 | 54.5 | 20 | 45.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 17.- Consumir verduras me beneficia para reducir de peso | 44 | 4 | 9.1 | 10 | 22.7 | 24 | 54.5 | 6 | 13.6 | 14 | 31.8 | 30 | 68.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 21.- La inactividad física me afecta en mis enfermedades | 44 | 3 | 6.8 | 6 | 13.6 | 23 | 52.3 | 12 | 27.3 | 13 | 29.5 | 31 | 70.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 26.-Si mejoro mi dieta alimenticia estaré más saludable | 44 | 9 | 20.5 | 11 | 25.0 | 22 | 50.0 | 2 | 4.5 | 17 | 38.6 | 27 | 61.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 27.- Si comparto mis experiencias con otros, me ayudará a mejora mi calidad de vida | 44 | 4 | 9.1 | 8 | 18.2 | 27 | 61.4 | 5 | 11.4 | 21 | 47.7 | 23 | 52.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 28.- Si modifico mis hábitos de vida sedentarios mejorara mi calidad de vida | 44 | 3 | 6.8 | 13 | 29.5 | 24 | 54.5 | 4 | 9.1 | 15 | 34.1 | 29 | 65.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 29.- Si adquiero conocimientos sobre mis enfermedades mejorara mi calidad de vida | 44 | 22 | 50.0 | 18 | 40.9 | 3 | 6.8 | 1 | 2.3 | 31 | 70.5 | 13 | 29.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 30.- Si participo en el grupo de ayuda mutua puedo mejorar mi calidad de vida | 44 | 3 | 6.8 | 11 | 25.0 | 26 | 59.1 | 4 | 9.1 | 35 | 79.5 | 9 | 20.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 31.- Si estoy bajo control médico me ayudará a mí salud | 44 | 3 | 6.8 | 10 | 22.7 | 28 | 63.6 | 3 | 6.8 | 20 | 45.5 | 24 | 54.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

Tabla 1. Frecuencias y Porcentajes de pretest y postest de dimensión de creencias

En Pretest nos dice en el Item 21.- *La inactividad física me afecta en mis enfermedades*, el 6.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 13.6% contesto que estaban de acuerdo, el 52.3% contesto que estaban en desacuerdo, y el 27.3% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la creencia del Item 21.- *La inactividad física me afecta en mis enfermedades*, el 29.5% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 70.5% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en

desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

En Pretest nos dice en el Item 26.-*Si mejoro mi dieta alimenticia estaré más saludable*, el 20.5% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 25.0% contesto que estaban de acuerdo, el 50.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 4.5% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Posttest hay una mejoría significativa en la creencia del Item 26.-*Si mejoro mi dieta alimenticia estaré más saludable*, el 38.6% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 61.4% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

En Pretest nos dice en el Item 27.- *Si comparto mis experiencias con otros, me ayudará a mejora mi calidad de vida*, el 9.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 18.2% contesto que estaban de acuerdo, el 61.4% contesto que estaban en desacuerdo, y el 11.4% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Posttest hay una mejoría significativa en la creencia del Item 27.- *Si comparto mis experiencias con otros, me ayudará a mejora mi calidad de vida*, el 47.7% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 61.4% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

En Pretest nos dice en el Item 28.- *Si modifico mis hábitos de vida sedentarios mejorara mi calidad de vida*, el 6.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 29.5% contesto que estaban de acuerdo, el 54.5% contesto que estaban en desacuerdo, y el 9.1% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Posttest hay una mejoría significativa en la creencia del Item 28.- *Si modifico mis hábitos de vida sedentarios mejorara mi calidad de vida*, el 34.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 65.9% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

En Pretest nos dice en el Item 29.- *Si adquiero conocimientos sobre mis enfermedades mejorara mi calidad de vida*, el 50.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 40.9% contesto que estaban de acuerdo, el 6.8% contesto que estaban en desacuerdo, y el 2.3% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Posttest hay una mejoría significativa en la creencia del Item 29.- *Si adquiero conocimientos sobre mis enfermedades mejorara mi calidad de vida*, el 70.5% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 29.5% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

En Pretest nos dice en el Item 30.- *Si participo en el grupo de ayuda mutua puedo mejorar mi calidad de vida*, el 6.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 25.0% contesto que estaban de acuerdo, el

59.1% contesto que estaban en desacuerdo, y el 9.1% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la creencia del Item 30.- *Si participo en el grupo de ayuda mutua puedo mejorar mi calidad de vida*, el 79.5% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 20.5% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

En Pretest nos dice en el Item 31.- *Si estoy bajo control médico me ayudará a mí salud*, el 6.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 22.7% contesto que estaban de acuerdo, el 63.6% contesto que estaban en desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la creencia del Item 31.- *Si estoy bajo control médico me ayudará a mí salud*, el 45.5% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 54.5% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 1.

En Pretest nos dice el Item 6.- *Siento que es bueno realizar mis tres alimentos diarios (desayuno, comida y cena)*, el 18.2% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 27.3% contesto que estaban de acuerdo, el 47.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 6.- *Siento que es bueno realizar mis tres alimentos diarios (desayuno, comida y cena)*, el 40.9% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 59.1% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 10.- *Hago ejercicios diariamente para sentirme saludable*, el 4.5% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 18.2% contesto que estaban de acuerdo, el 52.3% contesto que estaban en desacuerdo, y el 25.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 10.- *Hago ejercicios diariamente para sentirme saludable*, el 18.2% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 81.8% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 13.- *Si reduzco el consumo de sal me beneficiara en la salud*, el 15.9% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 22.7% contesto que estaban de acuerdo, el 47.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 13.6% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 13.- *Si reduzco el consumo de sal me beneficiara en la salud*, el 43.2% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 56.8% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en

desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

| DIMENSION SENTIMIENTOS | N V á l i d o s | FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PRETEST | | | | | | | | FRECUENCIAS Y PORCENTAJES POSTEST | | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------------------------|------|------------|------|-------------|------|----------------------------|------|-----------------------------------|------|------------|------|-------------|------|----------------------------|------|
| | | totalmen te de acuerdo | | de acuerdo | | Desacue rdo | | totalmen te en desacue rdo | | totalmen te de acuerdo | | de acuerdo | | desacue rdo | | totalme nte en desacu erdo | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 6.- Siento que es bueno realizar mis tres alimentos diarios (desayuno, comida y cena) | 44 | 8 | 18.2 | 12 | 27.3 | 21 | 47.7 | 3 | 6.8 | 18 | 40.9 | 26 | 59.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 10.- Hago ejercicios diariamente para sentirme saludable | 44 | 2 | 4.5 | 8 | 18.2 | 23 | 52.3 | 11 | 25.0 | 8 | 18.2 | 36 | 81.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 13.- Si reduzco el consumo de sal me beneficiara en la salud | 44 | 7 | 15.9 | 10 | 22.7 | 21 | 47.7 | 6 | 13.6 | 19 | 43.2 | 25 | 56.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 16.- Acudo al médico con oportunidad para revisión | 44 | 4 | 9.1 | 12 | 27.3 | 18 | 40.9 | 10 | 22.7 | 15 | 34.1 | 29 | 65.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 19.- Tengo frecuentemente problemas con mi familia | 44 | 6 | 13.6 | 27 | 61.4 | 10 | 22.7 | 1 | 2.3 | 0 | 0.0 | 1 | 2.3 | 33 | 75.0 | 10 | 22.7 |
| 22.- Controlo mis enfermedades médicamente | 44 | 1 | 2.3 | 11 | 25.0 | 28 | 63.6 | 4 | 9.1 | 12 | 27.3 | 31 | 70.5 | 1 | 2.3 | 0 | 0.0 |
| 23.- Me ayuda mucho tener con quien platicar mis males para sentirme mejor | 44 | 11 | 25.0 | 27 | 61.4 | 6 | 13.6 | 0 | 0.0 | 36 | 81.8 | 8 | 18.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 24.- Sigo fielmente las indicaciones del médico para tratar mis enfermedades | 44 | 3 | 6.8 | 12 | 27.3 | 25 | 56.8 | 4 | 9.1 | 12 | 27.3 | 32 | 72.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 25.- Me siento mejor al entender el control médico y no médico (por medio de un grupo de ayuda mutua) | 44 | 3 | 6.8 | 9 | 20.5 | 24 | 54.5 | 8 | 18.2 | 15 | 34.1 | 29 | 65.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 35.- Mis alimentos me gustan con mucha manteca o aceite | 44 | 3 | 6.8 | 31 | 70.5 | 7 | 15.9 | 3 | 6.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 34 | 77.3 | 10 | 22.7 |

Tabla 2. Frecuencias y Porcentajes de pretest y postest de dimensión de sentimientos

En Pretest nos dice el Item 16.- *Acudo al médico con oportunidad para revisión*, el 9.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 27.3% contesto que estaban de acuerdo, el 40.9% contesto que estaban en desacuerdo, y el 22.7% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 16.- *Acudo al médico con oportunidad para revisión*, el 34.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 65.9% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 19.- *Tengo frecuentemente problemas con mi familia*, el 13.6% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 61.4% contesto que estaban de acuerdo, el 22.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 2.3% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 19.- *Tengo frecuentemente problemas con mi familia*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 2.3% contesto que estaban de acuerdo, el 72.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 22.7% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 22.- *Controlo mis enfermedades médicamente*, el 2.3% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 25.0% contesto que estaban de acuerdo, el 63.6% contesto que estaban en desacuerdo, y el 9.1% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 22.- *Controlo mis enfermedades médicamente*, el 27.3% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 70.5% contesto que estaban de acuerdo, el 2.3% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 23.- *Me ayuda mucho tener con quien platicar mis males para sentirme mejor*, el 25.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 61.4% contesto que estaban de acuerdo, el 13.6% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 23.- *Me ayuda mucho tener con quien platicar mis males para sentirme mejor*, el 81.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 18.2% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 24.- *Sigo fielmente las indicaciones del médico para tratar mis enfermedades*, el 6.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 27.3% contesto que estaban de acuerdo, el 56.8% contesto que estaban en desacuerdo, y el 9.1% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 24.- *Sigo fielmente las indicaciones del médico para tratar mis enfermedades*, el 27.3% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 72.7% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 25.- *Me siento mejor al entender el control médico y no médico (por medio de un grupo de ayuda mutua)*, el 6.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 20.5% contesto que estaban de acuerdo, el 54.5% contesto que estaban en desacuerdo, y el 18.2% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 25.- *Me siento mejor al*

entender el control médico y no médico (por medio de un grupo de ayuda mutua), el 34.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 65.9% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 35.- *Mis alimentos me gustan con mucha manteca o aceite*, el 6.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 70.5% contesto que estaban de acuerdo, el 15.9% contesto que estaban en desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en los sentimientos del Item 35.- *Mis alimentos me gustan con mucha manteca o aceite*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 77.3% contesto que estaban en desacuerdo, y el 22.7% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 2.

En Pretest nos dice el Item 1.- *Consumo alimentos nutritivos diariamente*, el 18.2% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 36.4% contesto que estaban de acuerdo, el 45.5% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 1.- *Consumo alimentos nutritivos diariamente*, el 50.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 50.0% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 2.- *Mis alimentos me gustan siempre fritos*, el 18.2% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 50.0% contesto que estaban de acuerdo, el 25.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 2.- *Mis alimentos me gustan siempre fritos*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 68.2% contesto que estaban en desacuerdo, y el 31.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 4.- *Consumo frutas diariamente*, el 11.4% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 22.7% contesto que estaban de acuerdo, el 52.3% contesto que estaban en desacuerdo, y el 13.6% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 4.- *Consumo frutas diariamente*, el 34.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 65.9% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 5.- *Repito platillos de comida frecuentemente*, el 15.9% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 54.5% contesto que estaban de acuerdo, el 22.7% contesto que estaban en

desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 5.- *Repito platillos de comida frecuentemente*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 70.5% contesto que estaban en desacuerdo, y el 29.5% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

| DIMENSION CONDUCTA | N V á l i d o s | FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PRETEST | | | | | | | | FRECUENCIAS Y PORCENTAJES POSTEST | | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------------------------|------|------------|------|-------------|------|----------------------------|------|-----------------------------------|------|------------|------|-------------|------|----------------------------|------|
| | | totalmen te de acuerdo | | de acuerdo | | Desacue rdo | | totalmen te en desacue rdo | | totalmen te de acuerdo | | de acuerdo | | desacue rdo | | totalmen te en desacue rdo | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 1.- Consumo alimentos nutritivos diariamente | 44 | 8 | 18.2 | 16 | 36.4 | 20 | 45.5 | 0 | 0.0 | 22 | 50.0 | 22 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 2.- <i>Mis alimentos me gustan siempre fritos</i> | 44 | 8 | 18.2 | 22 | 50.0 | 11 | 25.0 | 3 | 6.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 30 | 68.2 | 14 | 31.8 |
| 4.- Consumo frutas diariamente | 44 | 5 | 11.4 | 10 | 22.7 | 23 | 52.3 | 6 | 13.6 | 15 | 34.1 | 29 | 65.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 5.- <i>Repito platillos de comida frecuentemente</i> | 44 | 7 | 15.9 | 24 | 54.5 | 10 | 22.7 | 3 | 6.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 31 | 70.5 | 13 | 29.5 |
| 7.- <i>Bebo Diariamente refrescos</i> | 44 | 6 | 13.6 | 22 | 50.0 | 10 | 22.7 | 6 | 13.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 33 | 75.0 | 11 | 25.0 |
| 8.- <i>Veo toda la tarde la Televisión</i> | 44 | 12 | 27.3 | 20 | 45.5 | 8 | 18.2 | 4 | 9.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 33 | 75.0 | 11 | 25.0 |
| 9.- <i>Consumo carne de puerco más de tres veces a la semana</i> | 44 | 5 | 11.4 | 21 | 47.7 | 12 | 27.3 | 6 | 13.6 | 5 | 11.4 | 29 | 65.9 | 10 | 22.7 | 0 | 0.0 |
| 11.- <i>Consumo sopas de pasta Diariamente</i> | 44 | 7 | 15.9 | 25 | 56.8 | 9 | 20.5 | 3 | 6.8 | 10 | 22.7 | 30 | 68.2 | 4 | 9.1 | 0 | 0.0 |
| 12.- <i>Como entre comidas frituras</i> | 44 | 7 | 15.9 | 20 | 45.5 | 11 | 25.0 | 6 | 13.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 30 | 68.2 | 14 | 31.8 |
| 14.- <i>Me paso sentado mucho tiempo durante el día</i> | 44 | 10 | 22.7 | 21 | 47.7 | 8 | 18.2 | 5 | 11.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 28 | 63.6 | 16 | 36.4 |
| 15.- <i>Cuando estoy enfermo asisto al médico</i> | 44 | 7 | 15.9 | 15 | 34.1 | 13 | 29.5 | 9 | 20.5 | 14 | 31.8 | 29 | 65.9 | 1 | 2.3 | 0 | 0.0 |
| 18.- <i>Consumo de más de cuatro tortillas en mis alimentos</i> | 44 | 2 | 27.3 | 21 | 47.7 | 8 | 18.2 | 3 | 6.8 | 0 | 0.0 | 1 | 2.3 | 35 | 79.5 | 8 | 18.2 |
| 20.- <i>Camino más de 30 minutos seguidos diariamente</i> | 44 | 4 | 9.1 | 15 | 34.1 | 21 | 47.7 | 4 | 9.1 | 15 | 34.1 | 29 | 65.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 32.- <i>Consumo más de dos panes diariamente en los alimentos</i> | 44 | 10 | 22.7 | 21 | 47.7 | 10 | 22.7 | 3 | 6.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 32 | 72.7 | 12 | 25.3 |
| 33.- <i>Consumo embutidos Diariamente</i> | 44 | 8 | 18.2 | 24 | 54.5 | 7 | 15.9 | 5 | 11.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 29 | 65.9 | 15 | 34.1 |
| 34.- <i>Mis bebidas me gustan con mucha azúcar</i> | 44 | 6 | 13.6 | 25 | 56.8 | 10 | 22.7 | 3 | 6.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 35 | 79.5 | 9 | 20.5 |

Tabla 3. Frecuencias y Porcentajes de pretest y postest de dimensión de conducta

En Pretest nos dice el Item 7.- *Bebo Diariamente refrescos*, el 13.6% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 50.0% contesto que estaban de acuerdo, el 22.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 13.6% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay

una mejoría significativa en la conducta del Item 7.- *Bebo Diariamente refrescos*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 75.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 25.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 8.- *Veo toda la tarde la Televisión*, el 27.3% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 45.5% contesto que estaban de acuerdo, el 18.2% contesto que estaban en desacuerdo, y el 9.1% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 8.- *Veo toda la tarde la Televisión*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 75.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 25.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 9.- *Consumo carne de puerco más de tres veces a la semana*, el 11.4% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 47.7% contesto que estaban de acuerdo, el 27.3% contesto que estaban en desacuerdo, y el 13.6% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 9.- *Consumo carne de puerco más de tres veces a la semana*, el 11.4% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 65.9% contesto que estaban de acuerdo, el 22.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 11.- *Consumo sopas de pasta Diariamente*, el 15.9% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 56.8% contesto que estaban de acuerdo, el 20.5% contesto que estaban en desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 11.- *Consumo sopas de pasta Diariamente*, el 27.7% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 68.2% contesto que estaban de acuerdo, el 9.1% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 12.- *Como entre comidas frituras*, el 15.9% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 45.5% contesto que estaban de acuerdo, el 25.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 13.6% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 12.- *Como entre comidas frituras*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 68.2% contesto que estaban en desacuerdo, y el 31.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 14.- *Me paso sentado mucho tiempo durante el día*, el 22.7% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 47.7% contesto que estaban de acuerdo, el 18.2% contesto que estaban en

desacuerdo, y el 11.4% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 14.- *Me paso sentado mucho tiempo durante el día*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 63.6% contesto que estaban en desacuerdo, y el 36.4% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 15.- *Cuando estoy enfermo asisto al médico*, el 15.9% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 34.1% contesto que estaban de acuerdo, el 29.5% contesto que estaban en desacuerdo, y el 20.5% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 15.- *Cuando estoy enfermo asisto al médico*, el 31.8% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 65.9% contesto que estaban de acuerdo, el 2.3% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 18.- *Consumo de más de cuatro tortillas en mis alimentos*, el 27.3% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 47.7% contesto que estaban de acuerdo, el 18.2% contesto que estaban en desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 18.- *Consumo de más de cuatro tortillas en mis alimentos*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 2.3% contesto que estaban de acuerdo, el 79.5% contesto que estaban en desacuerdo, y el 18.2% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 20.- *Camino más de 30 minutos seguidos diariamente*, el 9.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 34.1% contesto que estaban de acuerdo, el 47.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 9.1% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 20.- *Camino más de 30 minutos seguidos diariamente*, el 34.1% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 65.9% contesto que estaban de acuerdo, el 0.0% contesto que estaban en desacuerdo, y el 0.0% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 32.- *Consumo más de dos panes diariamente en los alimentos*, el 22.7% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 47.7% contesto que estaban de acuerdo, el 22.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 32.- *Consumo más de dos panes diariamente en los alimentos*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 72.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 25.3% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 33.- *Consumo embutidos Diariamente*, el 18.2% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 54.5% contesto que estaban de acuerdo, el 15.9% contesto que estaban en desacuerdo, y el 11.4% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 33.- *Consumo embutidos Diariamente*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 65.9% contesto que estaban en desacuerdo, y el 34.1% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

En Pretest nos dice el Item 34.- *Mis bebidas me gustan con mucha azúcar*, el 13.6% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 56.8% contesto que estaban de acuerdo, el 22.7% contesto que estaban en desacuerdo, y el 6.8% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Mientras que en Postest hay una mejoría significativa en la conducta del Item 34.- *Mis bebidas me gustan con mucha azúcar*, el 0.0% de los sujetos contestaron que estaban totalmente de acuerdo, 0.0% contesto que estaban de acuerdo, el 79.5% contesto que estaban en desacuerdo, y el 20.5% contesto que estaban totalmente en desacuerdo. Tabla 3.

ANÁLISIS FACTORIAL CON VARIANZA Y ALFA DE CRONBACH

Los análisis estadísticos realizados incluyen, un análisis factorial con rotación varimax y alfa de Cronbach para obtener la validez y consistencia interna del instrumento utilizado respectivamente, así como, un análisis descriptivo que permite conocer la distribución de los datos obtenidos de las categorías de estudio, tanto sus frecuencias como sus porcentajes alrededor del centro de la distribución. Finalmente, un análisis de varianza y media, destacando el mínimo, el máximo y la desviación. Para lo que se utilizo el programa SPSS versión 15.0 en español.

Con el fin de validar el instrumento utilizado en la presente investigación planteado en el objetivo específico, es el análisis descriptivo llevado a cabo en cada uno de los tres apartados que componen el instrumento de Evaluación de la actitud y calidad de vida del adulto mayor hipertenso y diabético (Creencias, Sentimientos y Conducta). Los estadísticos realizados fueron en análisis factorial,

Con el fin de validar el instrumento utilizado en la presente investigación planteado en el primer objetivo específico, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax seleccionando aquellos cuya carga factorial fuese mayor o igual a .35, para subsecuentemente, agruparlos en factores y nombrarlos de acuerdo al contenido de las preguntas que engloba cada uno, obteniendo su consistencia interna mediante la prueba de alfa de Cronbach.

FACTORIAL DE CREENCIAS PRETEST

Tabla 4. Varianza total explicada

| Componente | Autovalores iniciales | | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación | | |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|---|------------------|-------------|
| | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado |
| 1 | 2,157 | 23,963 | 23,963 | 2,157 | 23,963 | 23,963 | 1,875 | 20,836 | 20,836 |
| 2 | 1,732 | 19,239 | 43,202 | 1,732 | 19,239 | 43,202 | 1,750 | 19,448 | 40,284 |
| 3 | 1,439 | 15,986 | 59,188 | 1,439 | 15,986 | 59,188 | 1,701 | 18,905 | 59,188 |
| 4 | ,933 | 10,363 | 69,552 | | | | | | |
| 5 | ,750 | 8,332 | 77,884 | | | | | | |
| 6 | ,681 | 7,570 | 85,453 | | | | | | |
| 7 | ,588 | 6,533 | 91,987 | | | | | | |
| 8 | ,435 | 4,838 | 96,825 | | | | | | |
| 9 | ,286 | 3,175 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Tabla 5. Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | | |
|---|-------------|------------|--------------|
| | Información | Percepción | Conocimiento |
| 27.- Si comparto mis experiencias con otros, me ayudará a mejora mi calidad de vida | ,697 | | |
| 3.- Es importante saber que alimentos son nutritivos | ,609 | | |
| 21.- La inactividad física me afecta en mis enfermedades | -,545 | | |
| 26.-Si mejoro mi dieta alimenticia estaré más saludable | | ,842 | |
| 29.- Si adquiero conocimientos sobre mis enfermedades mejorara mi calidad de vida | | ,728 | |
| 28.- Si modifiko mis hábitos de vida sedentarios mejorara mi calidad de vida | | ,468 | |
| 31.- Si estoy bajo control médico me ayudará a mí salud | | | ,833 |
| 17.- Consumir verduras me beneficia para reducir de peso | | | ,696 |
| 30.- Si participo en el grupo de ayuda mutua puedo mejorar mi calidad de vida | | | ,422 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Tabla 6. Estadísticos de fiabilidad

| | | |
|------------------|--|----------------|
| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
| ,562 | ,569 | 9 |

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para obtener la validez de este apartado. La variable actitud,

conformada por tres dimensiones Creencias, Sentimientos y Conducta. Para la dimensión Creencias se conforman por tres componentes (Información, Percepción y Conocimiento) el cual arroja 9 factores los cuales explican el 59.18% de la varianza total (tabla 4) y un alfa de Cronbach general = 0.562 (tabla 5), que determinó la existencia de confiabilidad estadística. Se presenta una tabla de definición en cada una de las tres dimensiones que componen este apartado, acompañado de su respectivo análisis factorial.

Para la dimensión Creencias se encontraron tres componentes. El primer componente denominado Información esta compuesto por los tres Ítems (variables o reactivos): 27.- Si comparto mis experiencias con otros, me ayudará a mejora mi calidad de vida con una carga factorial de ,697; 3.- Es importante saber que alimentos son nutritivos con una carga factorial de ,609; y 21.- La inactividad física me afecta en mis enfermedades con una carga factorial de -,545. Tabla 6.

Para el segundo componente denominado Percepción, que esta compuesto por tres Ítems: 26.-Si mejoro mi dieta alimenticia estaré más saludable con una carga factorial de ,842; 29.- Si adquiero conocimientos sobre mis enfermedades mejorara mi calidad de vida con una carga factorial de ,728; y 28.- Si modifico mis hábitos de vida sedentarios mejorara mi calidad de vida con una carga factorial de ,468. Tabla 6.

Para el tercer componente denominado Conocimiento compuesto por tres Ítems: 31.- Si estoy bajo control médico me ayudará a mí salud con una carga factorial de ,833; 17.- Consumir verduras me beneficia para reducir de peso con una carga factorial de ,696; y 30.- Si participo en el grupo de ayuda mutua puedo mejorar mi calidad de vida con una carga factorial de ,422. Tabla 6.

FACTORIAL DE CREENCIAS POSTEST

Tabla 7. Varianza total explicada

| Componente | Autovalores iniciales | | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación | | |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|---|------------------|-------------|
| | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado |
| 1 | 2,036 | 22,617 | 22,617 | 2,036 | 22,617 | 22,617 | 1,819 | 20,208 | 20,208 |
| 2 | 1,462 | 16,241 | 38,859 | 1,462 | 16,241 | 38,859 | 1,518 | 16,872 | 37,080 |
| 3 | 1,292 | 14,354 | 53,213 | 1,292 | 14,354 | 53,213 | 1,452 | 16,132 | 53,213 |
| 4 | ,994 | 11,039 | 64,252 | | | | | | |
| 5 | ,857 | 9,518 | 73,770 | | | | | | |
| 6 | ,832 | 9,240 | 83,010 | | | | | | |
| 7 | ,651 | 7,230 | 90,239 | | | | | | |
| 8 | ,562 | 6,245 | 96,484 | | | | | | |
| 9 | ,316 | 3,516 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 8. Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | | |
|---|-------------|------------|--------------|
| | Información | Percepción | Conocimiento |
| 26.-Si mejoro mi dieta alimenticia estaré más saludable | ,744 | | |
| 30.- Si participo en el grupo de ayuda mutua puedo mejorar mi calidad de vida | ,404 | | |
| 21.- La inactividad física me afecta en mis enfermedades | ,544 | | |
| 28.- Si modifico mis hábitos de vida sedentarios mejorara mi calidad de vida | | ,645 | |
| 29.- Si adquiero conocimientos sobre mis enfermedades mejorara mi calidad de vida | | -,448 | |
| 31.- Si estoy bajo control médico me ayudará a mi salud | | -,675 | |
| 17.- Consumir verduras me beneficia para reducir de peso | | | ,804 |
| 27.- Si comparto mis experiencias con otros, me ayudará a mejora mi calidad de vida | | | -,405 |
| 3.- Es importante saber que alimentos son nutritivos | | | -,560 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Tabla 9. Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach(a) | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados(a) | N de elementos |
|---------------------|---|----------------|
| -,062 | -,074 | 9 |

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Para la dimensión Creencias se conforman por tres componentes (Información, Percepción y Conocimiento) el cual arroja 9 factores los cuales explican el 53.21% de la varianza total (tabla 7) y un alfa de Cronbach general = -0.062 (tabla 8), que determinó la existencia de confiabilidad estadística.

Para el primer componente denominado Información esta compuesto por tres Ítems: 26.-Si mejoro mi dieta alimenticia estaré más saludable con una carga factorial de ,744; 30.- Si participo en el grupo de ayuda mutua puedo mejorar mi calidad de vida con una carga factorial de ,404; y 21.- La inactividad física me afecta en mis enfermedades con una carga factorial de ,544. (tabla 9)

Para el segundo componente denominado Percepción, que esta compuesto por tres Ítems: 28.- Si modifico mis hábitos de vida sedentarios mejorara mi calidad de vida con una carga factorial de ,645; 29.- Si adquiero conocimientos sobre mis enfermedades mejorara mi calidad de vida con una carga factorial de -

,448; y 31.- Si estoy bajo control médico me ayudará a mí salud con una carga factorial de -,675. (tabla 9)

Para el tercer componente denominado Conocimiento compuesto por tres ítems: 17.- Consumir verduras me beneficia para reducir de peso con una carga factorial de ,804; 27.- Si comparto mis experiencias con otros, me ayudará a mejora mi calidad de vida con una carga factorial de -,405; y 3.- Es importante saber que alimentos son nutritivos con una carga factorial de -,560. (tabla 9)

FACTORIAL DE SENTIMIENTOS PRETEST

Tabla 10. Varianza total explicada

| Componente | Autovalores iniciales | | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación | | |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|---|------------------|-------------|
| | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado |
| 1 | 2,926 | 29,257 | 29,257 | 2,926 | 29,257 | 29,257 | 2,140 | 21,399 | 21,399 |
| 2 | 1,460 | 14,604 | 43,861 | 1,460 | 14,604 | 43,861 | 1,960 | 19,602 | 41,001 |
| 3 | 1,340 | 13,402 | 57,263 | 1,340 | 13,402 | 57,263 | 1,626 | 16,262 | 57,263 |
| 4 | ,989 | 9,887 | 67,150 | | | | | | |
| 5 | ,837 | 8,370 | 75,521 | | | | | | |
| 6 | ,779 | 7,786 | 83,306 | | | | | | |
| 7 | ,651 | 6,507 | 89,813 | | | | | | |
| 8 | ,457 | 4,566 | 94,380 | | | | | | |
| 9 | ,290 | 2,902 | 97,282 | | | | | | |
| 10 | ,272 | 2,718 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 11. Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | | |
|---|------------|---------|--------|
| | Cuidados | Afectos | Gustos |
| 24.- Sigo fielmente las indicaciones del médico para tratar mis enfermedades | ,701 | | |
| 16.- Acudo al médico con oportunidad para revisión | ,633 | | |
| 25.- Me siento mejor al entender el control médico y no médico (por medio de un grupo de ayuda mutua) | ,602 | | |
| 35.- Mis alimentos me gustan con mucha manteca o aceite | -,764 | | |
| 10.- Hago ejercicios diariamente para sentirme saludable | | ,742 | |
| 22.- Controlo mis enfermedades médicamente | | ,699 | |
| 19.- Tengo frecuentemente problemas con mi familia | | -,691 | |
| 6.- Siento que es bueno realizar mis tres alimentos diarios (desayuno, comida y cena) | | | ,486 |
| 13.- Si reduzco el consumo de sal me beneficiara en la salud | | | ,730 |
| 23.- Me ayuda mucho tener con quien platicar mis males para sentirme mejor | | | ,756 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Tabla 12. Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| ,424 | ,364 | 10 |

Para la dimensión Sentimientos se conforman por tres componentes (Cuidados, Afecto y Gusto) el cual arroja 10 factores los cuales explican el 57.26% de la varianza total (tabla 10) y un alfa de Cronbach general = 0.424 (tabla 11), que determinó la existencia de confiabilidad estadística.

Para el primer componente denominado Cuidados esta compuesto por cuatro Ítems: 24.- Sigo fielmente las indicaciones del médico para tratar mis enfermedades con una carga factorial de ,701; 16.- Acudo al médico con oportunidad para revisión con una carga factorial de ,633; 25.- Me siento mejor al entender el control médico y no médico (por medio de un grupo de ayuda mutua) con una carga factorial de ,602; y 35.- Mis alimentos me gustan con mucha manteca o aceite con una carga factorial de -,764. Tabla 12.

Para el segundo componente denominado Afectos, que esta compuesto por tres Ítems: 10.- Hago ejercicios diariamente para sentirme saludable con una carga factorial de ,742; 22.- Controlo mis enfermedades médicamente con una carga factorial de ,699; y 19.- Tengo frecuentemente problemas con mi familia con una carga factorial de -,691. Tabla 12.

Para el tercer componente denominado Gusto compuesto por tres Ítems: 6.- Siento que es bueno realizar mis tres alimentos diarios (desayuno, comida y cena) con una carga factorial de ,486; 13.- Si reduzco el consumo de sal me beneficiara en la salud con mi familia con una carga factorial de ,730; y 23.- Me ayuda mucho tener con quien platicar mis males para sentirme mejor con una carga factorial de ,756. Tabla 12.

FACTORIAL DE SENTIMIENTOS POSTEST

Tabla 15. Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| ,436 | ,426 | 10 |

Tabla 13. Varianza total explicada

| Componente | Autovalores iniciales | | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación | | |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|---|------------------|-------------|
| | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado |
| 1 | 2,003 | 20,033 | 20,033 | 2,003 | 20,033 | 20,033 | 1,604 | 16,043 | 16,043 |
| 2 | 1,690 | 16,897 | 36,930 | 1,690 | 16,897 | 36,930 | 1,441 | 14,411 | 30,454 |
| 3 | 1,322 | 13,220 | 50,150 | 1,322 | 13,220 | 50,150 | 1,407 | 14,066 | 44,520 |
| 4 | 1,084 | 10,841 | 60,992 | 1,084 | 10,841 | 60,992 | 1,382 | 13,817 | 58,338 |
| 5 | 1,004 | 10,044 | 71,036 | 1,004 | 10,044 | 71,036 | 1,270 | 12,698 | 71,036 |
| 6 | ,807 | 8,072 | 79,108 | | | | | | |
| 7 | ,776 | 7,761 | 86,869 | | | | | | |
| 8 | ,564 | 5,643 | 92,511 | | | | | | |
| 9 | ,423 | 4,230 | 96,741 | | | | | | |
| 10 | ,326 | 3,259 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 14. Matriz de componentes rotados(a)

| | Componentes | | |
|---|-------------|---------|--------|
| | Cuidados | Afectos | Gustos |
| 13.- Si reduzco el consumo de sal me beneficiara en la salud | ,844 | | |
| 6.- Siento que es bueno realizar mis tres alimentos diarios (desayuno, comida y cena) | ,675 | | |
| 10.- Hago ejercicios diariamente para sentirme saludable | ,544 | | |
| 16.- Acudo al médico con oportunidad para revisión | | ,823 | |
| 25.- Me siento mejor al entender el control médico y no médico (por medio de un grupo de ayuda mutua) | | ,659 | |
| 23.- Me ayuda mucho tener con quien platicar mis males para sentirme mejor | | ,865 | |
| 35.- Mis alimentos me gustan con mucha manteca o aceite | | | ,845 |
| 19.- Tengo frecuentemente problemas con mi familia | | | ,750 |
| 24.- Sigo fielmente las indicaciones del médico para tratar mis enfermedades | | | ,799 |
| 22.- Controlo mis enfermedades médicamente | | | ,637 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

Para la dimensión Sentimientos se conforman por tres componentes (*Cuidados, Afecto y Gusto*) el cual arroja 10 factores los cuales explican el 71.03% de la varianza total (tabla 13) y un alfa de Cronbach general = 0.436 (tabla 14), que determinó la existencia de confiabilidad estadística.

Para el primer componente denominado Cuidados esta compuesto por tres ítems: 13.- Si reduzco el consumo de sal me beneficiara en la salud con mi familia con una carga factorial de ,844; 6.- Siento que es bueno realizar mis tres alimentos diarios (desayuno, comida y cena) con una carga factorial de ,675; y 10.- Hago ejercicios diariamente para sentirme saludable con una carga factorial de ,544. Tabla 15.

Para el segundo componente denominado Afectos, que esta compuesto por tres ítems: 16.- Acudo al médico con oportunidad para revisión con una carga factorial de ,823; 25.- Me siento mejor al entender el control médico y no médico (por medio de un grupo de ayuda mutua) con una carga factorial de ,659; y 23.- Me ayuda mucho tener con quien platicar mis males para sentirme mejor con una carga factorial de ,865. Tabla 15.

Para el tercer componente denominado Gusto compuesto por cuatro ítems: 35.- Mis alimentos me gustan con mucha manteca o aceite con una carga factorial de ,845; 19.- Tengo frecuentemente problemas con mi familia con una carga factorial de ,750; 24.- Sigo fielmente las indicaciones del médico para tratar mis enfermedades con una carga factorial de ,799; y 22.- Controlo mis enfermedades médicamente con una carga factorial de ,637. Tabla 15.

FACTORIAL DE CONDUCTA PRETEST

Tabla 16. Varianza total explicada

| Componente | Autovalores iniciales | | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación | | |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|---|------------------|-------------|
| | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado |
| 1 | 4,497 | 28,106 | 28,106 | 4,497 | 28,106 | 28,106 | 2,414 | 15,090 | 15,090 |
| 2 | 1,800 | 11,252 | 39,357 | 1,800 | 11,252 | 39,357 | 2,320 | 14,497 | 29,587 |
| 3 | 1,551 | 9,696 | 49,053 | 1,551 | 9,696 | 49,053 | 1,985 | 12,408 | 41,996 |
| 4 | 1,338 | 8,361 | 57,414 | 1,338 | 8,361 | 57,414 | 1,863 | 11,645 | 53,640 |
| 5 | 1,104 | 6,899 | 64,313 | 1,104 | 6,899 | 64,313 | 1,708 | 10,673 | 64,313 |
| 6 | ,910 | 5,687 | 70,000 | | | | | | |
| 7 | ,770 | 4,811 | 74,811 | | | | | | |
| 8 | ,744 | 4,648 | 79,459 | | | | | | |
| 9 | ,684 | 4,273 | 83,732 | | | | | | |
| 10 | ,646 | 4,035 | 87,767 | | | | | | |
| 11 | ,547 | 3,419 | 91,186 | | | | | | |
| 12 | ,430 | 2,688 | 93,874 | | | | | | |
| 13 | ,405 | 2,530 | 96,404 | | | | | | |
| 14 | ,263 | 1,645 | 98,050 | | | | | | |
| 15 | ,161 | 1,004 | 99,054 | | | | | | |
| 16 | ,151 | ,946 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 17. Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | | | |
|--|------------------|----------------|-----------------------|---------------|
| | Malas Costumbres | Buenos hábitos | Acciones no Razonadas | Malos hábitos |
| 18.- Consumo de más de cuatro tortillas en mis alimentos | ,821 | | | |
| 5.- Repito platillos de comida frecuentemente | ,686 | | | |
| 32.- Consumo más de dos panes diariamente en los alimentos | ,654 | | | |
| 7.- Bebo Diariamente refrescos | ,396 | | | |
| 1.- Consumo alimentos nutritivos diariamente | | -,837 | | |
| 4.- Consumo frutas diariamente | | -,459 | | |
| 15.- Cuando estoy enfermo asisto al médico | | -,870 | | |
| 20.- Camino más de 30 minutos seguidos diariamente | | -,672 | | |
| 33.- Consumo embutidos Diariamente | | | ,825 | |
| 2.- Mis alimentos me gustan siempre fritos | | | ,634 | |
| 34.- Mis bebidas me gustan con mucha azúcar | | | ,591 | |
| 12.- Como entre comidas frituras | | | ,462 | |
| 8.- Veo toda la tarde la Televisión | | | | ,651 |
| 9.- Consumo carne de puerco más de tres veces a la semana | | | | ,368 |
| 14.- Me paso sentado mucho tiempo durante el día | | | | ,736 |
| 11.- Consumo sopas de pasta Diariamente | | | | ,671 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Tabla 18. Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| ,567 | ,575 | 16 |

Para la dimensión Conducta se conforman por cuatro componentes (Malas Costumbres, Buenos Hábitos, Acciones no Razonadas y Malos Hábitos) el cual arroja 16 factores los cuales explican el 64.31% de la varianza total (tabla 16) y un alfa de Cronbach general = 0.567 (tabla 17), que determinó la existencia de confiabilidad estadística.

Para el primer componente denominado Malas Costumbres esta compuesto por cuatro Ítems: 18.- Consumo de más de cuatro tortillas en mis alimentos con una carga factorial de ,821; 5.- Repito platillos de comida frecuentemente con una carga factorial de ,686; 32.- Consumo más de dos panes diariamente en los alimentos con una carga factorial de ,654; y 7.- Bebo Diariamente refrescos con una carga factorial de ,396. Tabla 18.

Para el segundo componente denominado Buenos Hábitos esta compuesto por cuatro Ítems: 1.- Consumo alimentos nutritivos diariamente con una carga

factorial de -,837; 4.- Consumo frutas diariamente con una carga factorial de -,459; 15.- Cuando estoy enfermo asisto al médico con una carga factorial de -,870; y 20.- Camino más de 30 minutos seguidos diariamente con una carga factorial de -,672. Tabla 18.

Para el tercer componente denominado Acciones no Razonadas esta compuesto por cuatro Ítems: 33.- Consumo embutidos Diariamente con una carga factorial de ,825; 2.- Mis alimentos me gustan siempre fritos con una carga factorial de ,634; 34.- Mis bebidas me gustan con mucha azúcar con una carga factorial de ,591; y 12.- Como entre comidas frituras con una carga factorial de ,462. Tabla 18.

Para el cuarto componente denominado Malos hábitos esta compuesto por cuatro Ítems: 8.- Veo toda la tarde la Televisión con una carga factorial de ,651; 9.- Consumo carne de puerco más de tres veces a la semana con una carga factorial de ,368; 14.- Me paso sentado mucho tiempo durante el día con una carga factorial de ,736; y 11.- Consumo sopas de pasta Diariamente, con una carga factorial de ,671. Tabla 18.

FACTORIAL DE CONDUCTA POSTEST

Tabla 19. Varianza total explicada

| Componente | Autovalores iniciales | | | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | | | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación | | |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|-------------|---|------------------|-------------|
| | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado | Total | % de la varianza | % acumulado |
| 1 | 2,875 | 17,969 | 17,969 | 2,875 | 17,969 | 17,969 | 2,175 | 13,595 | 13,595 |
| 2 | 1,963 | 12,271 | 30,239 | 1,963 | 12,271 | 30,239 | 1,936 | 12,102 | 25,698 |
| 3 | 1,699 | 10,616 | 40,856 | 1,699 | 10,616 | 40,856 | 1,698 | 10,615 | 36,313 |
| 4 | 1,311 | 8,197 | 49,052 | 1,311 | 8,197 | 49,052 | 1,497 | 9,354 | 45,667 |
| 5 | 1,229 | 7,679 | 56,731 | 1,229 | 7,679 | 56,731 | 1,483 | 9,269 | 54,936 |
| 6 | 1,049 | 6,554 | 63,285 | 1,049 | 6,554 | 63,285 | 1,336 | 8,348 | 63,285 |
| 7 | ,992 | 6,200 | 69,485 | | | | | | |
| 8 | ,870 | 5,435 | 74,920 | | | | | | |
| 9 | ,794 | 4,961 | 79,881 | | | | | | |
| 10 | ,762 | 4,764 | 84,645 | | | | | | |
| 11 | ,615 | 3,846 | 88,492 | | | | | | |
| 12 | ,510 | 3,185 | 91,677 | | | | | | |
| 13 | ,481 | 3,009 | 94,686 | | | | | | |
| 14 | ,405 | 2,534 | 97,220 | | | | | | |
| 15 | ,268 | 1,672 | 98,892 | | | | | | |
| 16 | ,177 | 1,108 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 20. Matriz de componentes rotados(a)

| | Componente | | | |
|--|------------------|----------------|-----------------------|---------------|
| | Malas Costumbres | Buenos hábitos | Acciones no Razonadas | Malos hábitos |
| 32.- Consumo más de dos panes diariamente en los alimentos | ,805 | | | |
| 14.- Me paso sentado mucho tiempo durante el día | ,727 | | | |
| 8.- Veo toda la tarde la Televisión | ,650 | | | |
| 5.- Repito platillos de comida frecuentemente | ,377 | | | |
| 1.- Consumo alimentos nutritivos diariamente | | ,794 | | |
| 20.- Camino más de 30 minutos seguidos diariamente | | ,714 | | |
| 4.- Consumo frutas diariamente | | ,656 | | |
| 15.- Cuando estoy enfermo asisto al médico | | ,412 | | |
| 11.- Consumo sopas de pasta Diariamente | | | ,785 | |
| 7.- Bebo Diariamente refrescos | | | ,619 | |
| 34.- Mis bebidas me gustan con mucha azúcar | | | ,609 | |
| 9.- Consumo carne de puerco más de tres veces a la semana | | | ,418 | |
| 33.- Consumo embutidos Diariamente | | | | ,724 |
| 18.- Consumo de más de cuatro tortillas en mis alimentos | | | | ,598 |
| 12.- Como entre comidas frituras | | | | -,372 |
| 2.- Mis alimentos me gustan siempre fritos | | | | ,408 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 11 iteraciones.

Tabla 21. Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| ,531 | ,547 | 16 |

Para la dimensión Conducta se conforman por cuatro componentes (Malas Costumbres, Buenos Hábitos, Acciones no Razonadas, y Malos Hábitos) el cual arrojo 16 factores los cuales explican el 63.28% de la varianza total (Tabla 19) y un alfa de Cronbach general = 0.531 (Tabla 20), que determinó la existencia de confiabilidad estadística.

Para el primer componente denominado Malas Costumbres esta compuesto por cuatro Ítems: 32.- Consumo más de dos panes diariamente en los alimentos con una carga factorial de ,805; 14.- Me paso sentado mucho tiempo durante el día con una carga factorial de ,727; 8.- Veo toda la tarde la Televisión con una carga factorial de ,650; y 5.- Repito platillos de comida frecuentemente con una carga factorial de ,377. Tabla 21.

Para el segundo componente denominado Buenos Hábitos esta compuesto por cuatro Ítems: 1.- Consumo alimentos nutritivos diariamente con una carga factorial de ,794; 20.- Camino más de 30 minutos seguidos diariamente con

una carga factorial de ,714; 4.- Consumo frutas diariamente con una carga factorial de ,656; y 15.- Cuando estoy enfermo asisto al médico con una carga factorial de ,412. Tabla 21.

Para el tercer componente denominado Acciones no Razonadas esta compuesto por cuatro Ítems: 11.- Consumo sopas de pasta Diariamente con una carga factorial de ,785; 7.- Bebo Diariamente refrescos con una carga factorial de ,619; 34.- Mis bebidas me gustan con mucha azúcar con una carga factorial de ,609; y 9.- Consumo carne de puerco más de tres veces a la semana con una carga factorial de ,418. Tabla 21.

Para el cuarto componente denominado Malos hábitos esta compuesto por cuatro Ítems: 33.- Consumo embutidos Diariamente con una carga factorial de ,724; 18.- Consumo de más de cuatro tortillas en mis alimentos con una carga factorial de ,598; 12.- Como entre comidas frituras con una carga factorial de -,372; y 2.- Mis alimentos me gustan siempre fritos con una carga factorial de ,408. Tabla 21.

Resultados del Cuestionario para la Detección de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en Pretest y Postest

Tabla 22. Estadísticos descriptivos

| | PRETEST | | | | | POSTEST | | | |
|------------------------|---------|--------|--------|-------|------------|---------|--------|-------|------------|
| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
| Edad en años cumplidos | 44 | 60 | 84 | 66,55 | 6,652 | 60 | 84 | 66,55 | 6,652 |

Tabla de frecuencia

Tabla 23. Edad en años cumplidos

| Pretest-Postest | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 60 | 8 | 18,2 | 18,2 | 18,2 |
| 61 | 7 | 15,9 | 15,9 | 34,1 |
| 62 | 4 | 9,1 | 9,1 | 43,2 |
| 64 | 2 | 4,5 | 4,5 | 47,7 |
| 65 | 3 | 6,8 | 6,8 | 54,5 |
| 66 | 1 | 2,3 | 2,3 | 56,8 |
| 67 | 1 | 2,3 | 2,3 | 59,1 |
| 68 | 3 | 6,8 | 6,8 | 65,9 |
| 69 | 4 | 9,1 | 9,1 | 75,0 |
| 70 | 2 | 4,5 | 4,5 | 79,5 |
| 72 | 1 | 2,3 | 2,3 | 81,8 |
| 73 | 1 | 2,3 | 2,3 | 84,1 |
| 74 | 1 | 2,3 | 2,3 | 86,4 |
| 78 | 3 | 6,8 | 6,8 | 93,2 |
| 80 | 2 | 4,5 | 4,5 | 97,7 |
| 84 | 1 | 2,3 | 2,3 | 100,0 |
| Total | 44 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 24. Enfermedad crónica degenerativa en adultos mayores

| Pretest-Postest | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Hipertensión arterial y Diabetes mellitus | 44 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tabla 25. Estadísticos

| | | PRETEST | | POSTEST | |
|---|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| | | FRECUENCIA | PORCENTAJE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| Sexo | FEMENINO | 35 | 79.5 | 35 | 79.5 |
| | MASCULINO | 9 | 20.5 | 9 | 20.5 |
| Enfermedad crónica degenerativo en adultos mayores | HIPERTENCION ARTERIAL | 44 | 100.0 | 44 | 100.0 |
| | DIABETES MELLITUS | 44 | 100.0 | 44 | 100.0 |
| Tratamientos medico y no medico | MEDICO | 9 | 20.5 | 0 | 0.0 |
| | NO MEDICO | 0 | 0.0 | 44 | 100.0 |
| | NINGUNO | 35 | 79.5 | 0 | 0.0 |
| Nutrición en base a los alimentos | MUY BUENO | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| | BUENO | 0 | 0.0 | 23 | 52.3 |
| | REGULAR | 22 | 50.0 | 21 | 47.7 |
| | MALO | 22 | 50.0 | 0 | 0.0 |
| Condición Física (cantidad de ejercicio que realiza) | MUY BUENO | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| | BUENO | 0 | 0.0 | 24 | 54.5 |
| | REGULAR | 1 | 2.3 | 20 | 45.5 |
| | MALO | 43 | 97.7 | 0 | 0.0 |
| Trato en la familia | MUY BUENO | 20 | 45.5 | 31 | 70.5 |
| | BUENO | 21 | 47.7 | 12 | 27.3 |
| | REGULAR | 2 | 4.5 | 1 | 2.3 |
| | MALO | 1 | 2.3 | 0 | 0.0 |
| Trato en la comunidad | MUY BUENO | 7 | 15.9 | 24 | 54.5 |
| | BUENO | 34 | 77.3 | 19 | 43.2 |
| | REGULAR | 3 | 6.8 | 1 | 2.3 |
| | MALO | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Trato en la sociedad | MUY BUENO | 5 | 11.4 | 23 | 52.3 |
| | BUENO | 30 | 68.2 | 21 | 47.7 |
| | REGULAR | 8 | 18.2 | 0 | 0.0 |
| | MALO | 1 | 2.3 | 0 | 0.0 |
| Trato en las instituciones públicas | MUY BUENO | 12 | 27.3 | 40 | 90.9 |
| | BUENO | 30 | 68.2 | 4 | 9.1 |
| | REGULAR | 1 | 2.3 | 0 | 0.0 |
| | MALO | 1 | 2.3 | 0 | 0.0 |
| Grupo de Ayuda Mutua | SI | 44 | 100.0 | 44 | 100.0 |
| | NO | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

Tabla 26. Sexo masculino o femenino

| Pretest-Postest | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Femenino | 35 | 79,5 | 79,5 | 79,5 |
| | Masculino | 9 | 20,5 | 20,5 | 100,0 |
| | Total | 44 | 100,0 | 100,0 | |

Descripción de las variables socio demográficas.

Los resultados obtenidos por los sujetos con respecto a sus características socio demográficos (edad, sexo y Enfermedad crónico degenerativo) se describirán a continuación.

De las 44 personas que conforman la muestra de este estudio, fueron 35 femeninas el 79.5% y 9 masculinos el 20.5% Tabla 26; con una edad que oscila entre los 60 años mínimos a los 84 años máximo, siendo la edad promedio de la muestra de 67 años de edad. Tabla 22 y 23.

De los 44 encuestados en Pretest y Postest, el 100% fueron detectados con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Tabla 24. Con lo que respecta al tratamiento medico en el Pretest eran 9 el 20.5% y en el Postest ninguno; en el no medico ninguno en Pretest, mientras que Postest eran 44 el 100.0%; en tanto en ningún tratamiento en Pretest fueron 36 el 79.5%, y en Postest ninguno. Tabla 25.

Con base en los datos arrojados se observa que los encuestados refirieron su cambio en la Nutrición en base a los alimentos en Pretest, era regular 22 el 50.0%, y malo los otros 22 para a completar el 100.0%; mientras que en el Postest modifico ya que se refirieron 23 por bueno siendo el 52.3%, y regular los otros 21 con el 47.7%; Así como, lo observado en la Condición Física (cantidad de ejercicios que realiza) en Pretest, era regular 1 el 2.3%, y malo 43 siendo el 97.7% y se nota el cambio en Postest ya que contestaron bueno 24 siendo el 52.3% as como regular los otros 20 con 45.5%. Tabla 25.

Los encuestados refieren que el Trato en la familia en el Pretest nos dicen 20 que es muy bueno siendo el 45.5%; bueno son 21 con 47.7%; regular 2 con el 4.5% y malo 1 sola con el 2.3%; mientras que en el Postest son 31 que dicen es muy bueno siendo el 70.5%; bueno son 12 con 27.3%; regular 1 con el 2.3%; y malo ninguno. Así como en el Trato en la comunidad observamos en el Pretest nos dicen 7 que es muy bueno siendo el 15.9%; bueno son 34 con 77.3%; regular 3 con el 6.8% y malo ninguno; mientras que en el Postest son 24 que dicen es muy bueno siendo el 54.5%; bueno son 19 con 43.2%; regular 1 con el 2.3%; y malo ninguno. Mientras que en el Trato en la sociedad, los encuestados refieren en el Pretest con 5 que es muy bueno siendo el 11.4%; bueno son 30 con 68.2%; regular 8 con el 18.2% y malo 1 sola con el 2.3%; mientras que en el Postest son 23 que dicen es muy bueno siendo el 52.3%; bueno son 21 con 47.7%; regular nadie y malo ninguno. Así como en el Trato en las Instituciones Publicas observamos en el Pretest nos dicen 12 que es muy bueno siendo el 18.2%; bueno son 30 con 68.2%; regular 1 con el 2.3% y

malo 1 con el 2.3%; mientras que en el Postest son 40 que dicen es muy bueno siendo el 90.9%; bueno son 4 con 9.1%; regular nadie y malo ninguno. Tabla 25.

Los 44 encuestados refieren participar en el Grupo de ayuda mutua, tanto en el Pretest como en el Postest siendo el 100.0% en los dos casos. Tabla 25.

Comparativo del Cuestionario Voluntario de Investigación Pretest y Postest

Frecuencias

Tabla 27. Estadísticos

| | N Valido | Media Pretest | Varianza Pretest | Media Postest | Varianza Postest |
|---|----------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| Edad en años cumplidos | 44 | 66,55 | 44,254 | 66,55 | 44,254 |
| Sexo masculino o femenino | 44 | 1,20 | ,166 | 1,20 | ,166 |
| Peso en kilogramos | 44 | 66,61591 | 147,279 | 64,51818 | 142,205 |
| Estatura en centímetros | 44 | 1,5348 | ,008 | 1,5348 | ,008 |
| Indice de Masa Corporal (peso/talla) | 44 | 28,2555 | 19,188 | 27,3282 | 19,178 |
| Presión Arterial mm/Hg milímetros de mercurio | 44 | 150/75 | | 120/80 | |
| Glucosas mg/dl miligramos por decilitros | 44 | 211,64 | 5929,725 | 121,41 | 960,619 |

Descriptivos

Tabla 28. Estadísticos descriptivos

| | PRETEST | | | | | POSTEST | | | |
|---|---------|--------|---------|----------|------------|---------|--------|----------|------------|
| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
| Edad en años cumplidos | 44 | 60 | 84 | 66,55 | 6,652 | 60 | 84 | 66,55 | 6,652 |
| Sexo 1 = masculino o 2 = femenino | 44 | 1 | 2 | 1,20 | ,408 | 1 | 2 | 1,20 | ,408 |
| Peso en kilogramos | 44 | 43,000 | 99,000 | 66,61591 | 12,135839 | 41,500 | 94,000 | 64,51818 | 11,924984 |
| Estatura en centímetros | 44 | 1,39 | 1,75 | 1,5348 | ,08820 | 1,39 | 1,75 | 1,5348 | ,08820 |
| Indice de Masa Corporal (peso/talla) | 44 | 20,74 | 40,16 | 28,2555 | 4,38044 | 20,01 | 39,64 | 27,3282 | 4,37923 |
| Presión Arterial mm/Hg milímetros de mercurio | 44 | 130/80 | 170/100 | 150/75 | | 110/70 | 150/80 | 120/80 | |
| Glucosas mg/dl miligramos por decilitros | 44 | 125 | 420 | 211,64 | 77,005 | 90 | 291 | 121,41 | 30,994 |
| N válido (según lista) | 44 | | | | | | | | |

Con lo que respecta al Cuestionario Voluntario de Investigación en Pretes y Postes para detectar su Calidad de Vida Saludable, a continuación se

describen más detalladamente los resultados obtenidos en cada uno de los reactivos que conformaron los diferentes factores.

Con base en los datos arrojados se observa que no varía en el Pretest y Postest la edad, el sexo y la estatura, ya que la media en la edad es de 66.55 con una varianza de 44.254 y un mínimo de 60 y máximo de 84 años, con una desviación de 6.652, mientras que el sexo tiene una media de 1.20 con una varianza de 0.166 y un mínimo de 9 masculinos y máximo 35 femeninas, con una desviación de 0.408, así como, la estatura, que tiene una media de 1.5348 cm. con una varianza de 44.254 y un mínimo de 1.39 cm. y máximo de 1.75 cm., con una desviación de 0.08820. Tabla 27 y 28.

Tabla de frecuencia

Tabla 29. Edad en años cumplidos

| Pretest-Postest | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 60 | 8 | 18,2 | 18,2 | 18,2 |
| 61 | 7 | 15,9 | 15,9 | 34,1 |
| 62 | 4 | 9,1 | 9,1 | 43,2 |
| 64 | 2 | 4,5 | 4,5 | 47,7 |
| 65 | 3 | 6,8 | 6,8 | 54,5 |
| 66 | 1 | 2,3 | 2,3 | 56,8 |
| 67 | 1 | 2,3 | 2,3 | 59,1 |
| 68 | 3 | 6,8 | 6,8 | 65,9 |
| 69 | 4 | 9,1 | 9,1 | 75,0 |
| 70 | 2 | 4,5 | 4,5 | 79,5 |
| 72 | 1 | 2,3 | 2,3 | 81,8 |
| 73 | 1 | 2,3 | 2,3 | 84,1 |
| 74 | 1 | 2,3 | 2,3 | 86,4 |
| 78 | 3 | 6,8 | 6,8 | 93,2 |
| 80 | 2 | 4,5 | 4,5 | 97,7 |
| 84 | 1 | 2,3 | 2,3 | 100,0 |
| Total | 44 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 30. Sexo masculino o femenino

| Pretest-Postest | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Femenino | 35 | 79,5 | 79,5 | 79,5 |
| Masculino | 9 | 20,5 | 20,5 | 100,0 |
| Total | 44 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 31. Estatura en centímetros

| Pretest-Postest | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos 1,39 | 1 | 2,3 | 2,3 | 2,3 |
| 1,44 | 4 | 9,1 | 9,1 | 11,4 |
| 1,45 | 3 | 6,8 | 6,8 | 18,2 |
| 1,46 | 4 | 9,1 | 9,1 | 27,3 |
| 1,47 | 2 | 4,5 | 4,5 | 31,8 |
| 1,48 | 2 | 4,5 | 4,5 | 36,4 |
| 1,49 | 1 | 2,3 | 2,3 | 38,6 |
| 1,50 | 3 | 6,8 | 6,8 | 45,5 |
| 1,51 | 1 | 2,3 | 2,3 | 47,7 |
| 1,52 | 2 | 4,5 | 4,5 | 52,3 |
| 1,53 | 1 | 2,3 | 2,3 | 54,5 |
| 1,54 | 4 | 9,1 | 9,1 | 63,6 |
| 1,55 | 2 | 4,5 | 4,5 | 68,2 |
| 1,56 | 1 | 2,3 | 2,3 | 70,5 |
| 1,57 | 2 | 4,5 | 4,5 | 75,0 |
| 1,58 | 2 | 4,5 | 4,5 | 79,5 |
| 1,60 | 1 | 2,3 | 2,3 | 81,8 |
| 1,61 | 1 | 2,3 | 2,3 | 84,1 |
| 1,64 | 1 | 2,3 | 2,3 | 86,4 |
| 1,68 | 1 | 2,3 | 2,3 | 88,6 |
| 1,69 | 1 | 2,3 | 2,3 | 90,9 |
| 1,70 | 1 | 2,3 | 2,3 | 93,2 |
| 1,71 | 1 | 2,3 | 2,3 | 95,5 |
| 1,72 | 1 | 2,3 | 2,3 | 97,7 |
| 1,75 | 1 | 2,3 | 2,3 | 100,0 |
| Total | 44 | 100,0 | 100,0 | |

Con el objeto de abordar el peso y su variación en el Pretest y el Postest, arrojando en el Pretest la media en 66.61591 gr. Vs. el Postest 64.51818 gr. Con una varianza de 147.279 vs. 142.205, dándonos un mínimo de 43.000 gr. vs. 41.500 gr. Mientras el máximo fue de 99.000 gr. Vs. 94.000 gr. Así como una desviación de 12.135839 vs. 11.924984. Tabla 27 y 28.

Con base en los datos arrojados en la toma de Presión Arterial se observa que la variación en el Pretest y Postest nos arrojó en el Pretest una media de 150/75 mm/hg. Vs. el Postest 120/75 mm/hg. Dándonos un mínimo de 130/80 mm/hg. vs. 110/70 mm/hg. Mientras el máximo fue de 170/100 mm/hg. Vs. 150/80 mm/hg. Tabla 33.

Con base en los datos arrojados se observa que la variación en el Pretest y Postest el IMC nos muestra que en el Pretest la media es de 28.2555. Vs. el Postest 27.3282. Con una varianza de 19.188 vs. 19.178, dándonos un mínimo de 20.74, vs. 20.01, Mientras el máximo fue de 40.16 Vs. 39.64 Así como una desviación de 4.38044 vs. 4.37923. Tabla 34.

Tabla 32. Peso en kilogramos

| Kilogramos Pretest | Frecuencia Pretest | Porcentaje Pretest | Kilogramos Postest | Frecuencia Postest | Porcentaje Postest |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 43,000 | 1 | 2,3 | 41,500 | 1 | 2,3 |
| 50,000 | 1 | 2,3 | 48,000 | 1 | 2,3 |
| 50,500 | 1 | 2,3 | 49,000 | 1 | 2,3 |
| 51,400 | 1 | 2,3 | 50,000 | 1 | 2,3 |
| 53,000 | 1 | 2,3 | 51,500 | 1 | 2,3 |
| 53,300 | 1 | 2,3 | 51,600 | 1 | 2,3 |
| 56,000 | 2 | 4,5 | 53,500 | 1 | 2,3 |
| 56,500 | 1 | 2,3 | 54,000 | 1 | 2,3 |
| 57,500 | 1 | 2,3 | 54,500 | 1 | 2,3 |
| 58,500 | 1 | 2,3 | 56,300 | 1 | 2,3 |
| 59,000 | 2 | 4,5 | 56,800 | 1 | 2,3 |
| 59,500 | 2 | 4,5 | 57,000 | 3 | 6,8 |
| 61,000 | 2 | 4,5 | 57,800 | 1 | 2,3 |
| 62,300 | 1 | 2,3 | 58,000 | 1 | 2,3 |
| 62,500 | 2 | 4,5 | 59,000 | 1 | 2,3 |
| 64,000 | 1 | 2,3 | 60,000 | 1 | 2,3 |
| 65,800 | 1 | 2,3 | 60,300 | 1 | 2,3 |
| 67,000 | 1 | 2,3 | 60,500 | 1 | 2,3 |
| 67,500 | 1 | 2,3 | 62,500 | 1 | 2,3 |
| 68,000 | 2 | 4,5 | 64,000 | 1 | 2,3 |
| 68,500 | 1 | 2,3 | 64,200 | 1 | 2,3 |
| 69,000 | 2 | 4,5 | 65,200 | 1 | 2,3 |
| 70,000 | 4 | 9,1 | 65,500 | 1 | 2,3 |
| 72,000 | 1 | 2,3 | 66,000 | 1 | 2,3 |
| 74,500 | 1 | 2,3 | 66,500 | 1 | 2,3 |
| 75,000 | 1 | 2,3 | 66,800 | 1 | 2,3 |
| 76,000 | 1 | 2,3 | 67,000 | 1 | 2,3 |
| 76,500 | 1 | 2,3 | 67,500 | 2 | 4,5 |
| 80,000 | 1 | 2,3 | 67,600 | 1 | 2,3 |
| 86,000 | 1 | 2,3 | 68,000 | 1 | 2,3 |
| 89,000 | 1 | 2,3 | 69,500 | 1 | 2,3 |
| 90,300 | 1 | 2,3 | 72,000 | 1 | 2,3 |
| 94,000 | 1 | 2,3 | 73,500 | 1 | 2,3 |
| 99,000 | 1 | 2,3 | 74,000 | 1 | 2,3 |
| Total | 44 | 100,0 | 74,800 | 1 | 2,3 |
| | | | 76,600 | 1 | 2,3 |
| | | | 83,500 | 1 | 2,3 |
| | | | 87,500 | 1 | 2,3 |
| | | | 89,000 | 1 | 2,3 |
| | | | 92,800 | 1 | 2,3 |
| | | | 94,000 | 1 | 2,3 |
| | | | Total | 44 | 100,0 |

Con base en los datos arrojados se observa que la variación en el Pretest y Postest de las Glucosas mg/dl nos muestra que en el Pretest la media es de 211.64 mg/dl Vs. el Postest 121.41 mg/dl Con una varianza de 5929.725 vs. 960.619, dándonos un mínimo de 125 mg/dl, vs. 90 mg/dl, Mientras el máximo

fue de 420 mg/dl Vs. 121.41 mg/dl Así como una desviación de 77.005 vs. 30.994. Tabla 35.

Tabla 33. Presión Arterial mm/Hg milímetros de mercurio

| Presión Arterial Pretest | Frecuencia Pretest | Porcentaje Pretest | Presión Arterial Postest | Frecuencia Postest | Porcentaje Postest |
|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| 130/80 | 4 | 9,1 | 110/70 | 5 | 11,4 |
| 130/90 | 5 | 11,4 | 110/80 | 1 | 2,3 |
| 140/70 | 2 | 4,5 | 120/60 | 1 | 2,3 |
| 140/80 | 11 | 25,0 | 120/70 | 14 | 31,8 |
| 140/90 | 9 | 20,5 | 120/80 | 9 | 20,5 |
| 150/70 | 1 | 2,3 | 130/70 | 6 | 13,6 |
| 150/80 | 4 | 9,1 | 130/80 | 5 | 11,4 |
| 150/90 | 4 | 9,1 | 140/70 | 2 | 4,5 |
| 160/70 | 1 | 2,3 | 150/80 | 1 | 2,3 |
| 160/80 | 1 | 2,3 | Total | 44 | 100,0 |
| 160/90 | 1 | 2,3 | | | |
| 170/100 | 1 | 2,3 | | | |
| Total | 44 | 100,0 | | | |

Tabla 34. Índice de Masa Corporal (peso/talla)

| IMC Pretest | Frecuencia Pretest | Porcentaje Pretest | IMC Postest | Frecuencia Postest | Porcentaje Postest |
|-------------|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------|
| 20,74 | 1 | 2,3 | 20,01 | 1 | 2,3 |
| 21,37 | 1 | 2,3 | 20,62 | 1 | 2,3 |
| 21,67 | 1 | 2,3 | 21,08 | 1 | 2,3 |
| 22,68 | 1 | 2,3 | 21,94 | 1 | 2,3 |
| 22,94 | 1 | 2,3 | 22,31 | 1 | 2,3 |
| 22,99 | 1 | 2,3 | 22,33 | 1 | 2,3 |
| 23,69 | 1 | 2,3 | 22,52 | 1 | 2,3 |
| 23,83 | 1 | 2,3 | 22,83 | 1 | 2,3 |
| 24,46 | 1 | 2,3 | 23,03 | 1 | 2,3 |
| 24,51 | 1 | 2,3 | 23,37 | 1 | 2,3 |
| 24,67 | 1 | 2,3 | 23,63 | 1 | 2,3 |
| 24,88 | 1 | 2,3 | 23,70 | 1 | 2,3 |
| 25,64 | 1 | 2,3 | 24,30 | 1 | 2,3 |
| 25,70 | 1 | 2,3 | 25,00 | 1 | 2,3 |
| 25,88 | 1 | 2,3 | 25,04 | 1 | 2,3 |
| 25,92 | 1 | 2,3 | 25,36 | 1 | 2,3 |
| 26,35 | 1 | 2,3 | 25,51 | 1 | 2,3 |
| 26,64 | 1 | 2,3 | 25,68 | 1 | 2,3 |
| 27,16 | 1 | 2,3 | 26,38 | 1 | 2,3 |
| 27,35 | 1 | 2,3 | 26,48 | 1 | 2,3 |
| 27,44 | 1 | 2,3 | 26,74 | 1 | 2,3 |
| 27,53 | 1 | 2,3 | 26,78 | 1 | 2,3 |
| 27,99 | 1 | 2,3 | 27,27 | 1 | 2,3 |
| 28,08 | 1 | 2,3 | 27,43 | 1 | 2,3 |
| 28,45 | 1 | 2,3 | 27,49 | 1 | 2,3 |
| 29,09 | 1 | 2,3 | 27,68 | 1 | 2,3 |
| 29,14 | 1 | 2,3 | 27,87 | 1 | 2,3 |
| 29,41 | 1 | 2,3 | 28,25 | 1 | 2,3 |
| 29,63 | 1 | 2,3 | 28,54 | 1 | 2,3 |
| 29,97 | 1 | 2,3 | 28,93 | 1 | 2,3 |
| 30,44 | 1 | 2,3 | 29,11 | 1 | 2,3 |
| 30,86 | 1 | 2,3 | 29,55 | 1 | 2,3 |
| 31,11 | 1 | 2,3 | 30,00 | 1 | 2,3 |
| 31,53 | 1 | 2,3 | 30,59 | 1 | 2,3 |
| 31,67 | 1 | 2,3 | 31,00 | 1 | 2,3 |
| 31,90 | 1 | 2,3 | 31,34 | 1 | 2,3 |
| 33,33 | 1 | 2,3 | 32,53 | 1 | 2,3 |
| 33,76 | 1 | 2,3 | 32,79 | 1 | 2,3 |
| 33,78 | 1 | 2,3 | 32,81 | 1 | 2,3 |
| 34,00 | 1 | 2,3 | 32,87 | 1 | 2,3 |
| 34,01 | 1 | 2,3 | 32,89 | 1 | 2,3 |
| 34,26 | 1 | 2,3 | 33,11 | 1 | 2,3 |
| 36,63 | 1 | 2,3 | 36,11 | 1 | 2,3 |
| 40,16 | 1 | 2,3 | 39,64 | 1 | 2,3 |
| Total | 44 | 100,0 | Total | 44 | 100,0 |

Tabla 35. Glucosas mg/dl miligramos por decilitros

| Glucosa Pretest | Frecuencia Pretest | Porcentaje Pretest | Glucosa Postest | Frecuencia Postest | Porcentaje Postest |
|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| 125 | 2 | 4,5 | 90 | 1 | 2,3 |
| 129 | 2 | 4,5 | 98 | 1 | 2,3 |
| 130 | 2 | 4,5 | 100 | 9 | 20,5 |
| 131 | 1 | 2,3 | 102 | 1 | 2,3 |
| 139 | 1 | 2,3 | 110 | 7 | 15,9 |
| 140 | 2 | 4,5 | 115 | 1 | 2,3 |
| 143 | 1 | 2,3 | 120 | 10 | 22,7 |
| 144 | 1 | 2,3 | 125 | 1 | 2,3 |
| 145 | 1 | 2,3 | 127 | 1 | 2,3 |
| 152 | 1 | 2,3 | 130 | 5 | 11,4 |
| 153 | 1 | 2,3 | 134 | 1 | 2,3 |
| 169 | 2 | 4,5 | 135 | 2 | 4,5 |
| 170 | 1 | 2,3 | 140 | 1 | 2,3 |
| 190 | 2 | 4,5 | 150 | 1 | 2,3 |
| 191 | 1 | 2,3 | 180 | 1 | 2,3 |
| 192 | 1 | 2,3 | 291 | 1 | 2,3 |
| 201 | 1 | 2,3 | Total | 44 | 100,0 |
| 206 | 1 | 2,3 | | | |
| 212 | 1 | 2,3 | | | |
| 216 | 1 | 2,3 | | | |
| 222 | 1 | 2,3 | | | |
| 223 | 1 | 2,3 | | | |
| 226 | 1 | 2,3 | | | |
| 238 | 1 | 2,3 | | | |
| 243 | 1 | 2,3 | | | |
| 245 | 1 | 2,3 | | | |
| 246 | 1 | 2,3 | | | |
| 247 | 1 | 2,3 | | | |
| 257 | 1 | 2,3 | | | |
| 294 | 1 | 2,3 | | | |
| 297 | 2 | 4,5 | | | |
| 300 | 1 | 2,3 | | | |
| 302 | 1 | 2,3 | | | |
| 312 | 1 | 2,3 | | | |
| 386 | 1 | 2,3 | | | |
| 396 | 1 | 2,3 | | | |
| 420 | 1 | 2,3 | | | |
| Total | 44 | 100,0 | | | |

Prueba T de Studen del Pretest y Postest

La Prueba T de Studen

Esta prueba se hizo con el objeto de encontrar diferencias en las variables, realizándose un análisis de varianza, el cual reportó una diferencia entre el

antes y después de la intervención en la muestra dada (N= 44), sobre los factores y se presentan solo aquellas que fueron significativas, según la Prueba T para muestras relacionadas.

Tabla 36. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|----------------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Información pretest | 2,7273 | 44 | ,49427 | ,07451 |
| Información posttest | 1,5606 | 44 | ,28550 | ,04304 |

Tabla 37. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|--|----|-------------|------|
| Información pretest e Información posttest | 44 | ,303 | ,046 |

En el siguiente análisis, se obtuvieron diferencias significativas de igual o menor a 0.05. En el análisis de prueba “t” practicado al factor información con una media de 2.7273 en pretest y de 1.5606 en posttest (Tabla 36), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.046. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Creencias. Tabla 37.

Tabla 38. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|---------------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Percepción pretest | 2,2197 | 44 | ,57933 | ,08734 |
| Percepción posttest | 1,5227 | 44 | ,29985 | ,04520 |

Tabla 39. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|--|----|-------------|------|
| Percepción pretest e Percepción posttest | 44 | ,558 | ,000 |

En el siguiente análisis de prueba “t” se obtuvieron diferencias significativas ya que se practico al factor percepción con una media de 2.2197 en pretest y de 1.5227 en posttest (Tabla 38), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Creencias. Tabla 39.

Tabla 40. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|-----------------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Conocimiento pretest | 2,7121 | 44 | ,54555 | ,08225 |
| Conocimiento posttest | 1,4773 | 44 | ,29985 | ,04520 |

Tabla 41. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|---|----|-------------|------|
| Conocimiento pretest y Conocimiento postest | 44 | ,307 | ,043 |

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor conocimiento con una media de 2.7121 en pretest y de 1.4773 en postest (Tabla 40), diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.043. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Creencias. Tabla 41.

Tabla 42. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|------------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Cuidados pretest | 2,6307 | 44 | ,40880 | ,06163 |
| Cuidados postest | 2,0682 | 44 | ,24330 | ,03668 |

Tabla 43. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|-------------------------------------|----|-------------|------|
| Cuidados pretest y Cuidados postest | 44 | ,405 | ,006 |

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor cuidados con una media de 2.6307 en pretest y de 1.0682 en postest (Tabla 42), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.006. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Sentimientos. Tabla 43.

Tabla 44. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|-----------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Afectos pretest | 2,6364 | 44 | ,35084 | ,05289 |
| Afectos postest | 2,2576 | 44 | ,24761 | ,03733 |

Tabla 45. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|-----------------------------------|----|-------------|------|
| Afectos pretest y Afectos postest | 44 | ,360 | ,016 |

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor afectos con una media de 2.6364 en pretest y de 2.2576 en postest (Tabla 44), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.016. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Sentimientos. Tabla 45.

Tabla 46. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|----------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Gustos pretest | 2,3030 | 44 | ,60497 | ,09120 |
| Gustos postest | 1,4470 | 44 | ,33675 | ,05077 |

Tabla 47. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|---------------------------------|----|-------------|------|
| Gustos pretest y Gustos postest | 44 | ,487 | ,001 |

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor gustos con una media de 2.3030 en pretest y de 1.4470 en postest (Tabla 46), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.001. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Sentimientos. Tabla 47.

Tabla 48. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|--------------------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Malas Costumbres pretest | 2,1875 | 44 | ,60791 | ,09165 |
| Malas Costumbres postest | 3,2443 | 44 | ,26681 | ,04022 |

Tabla 49. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|---|----|-------------|------|
| Malas Costumbres pretest y Malas Costumbres postest | 44 | ,571 | ,000 |

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor malas costumbres con una media de 2.1875 en pretest y de 3.2443 en postest (Tabla 48), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Conducta. Tabla 49.

Tabla 50. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|------------------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Buenos Hábitos pretest | 2,5170 | 44 | ,49532 | ,07467 |
| Buenos Hábitos postest | 1,6307 | 44 | ,30255 | ,04561 |

Tabla 51. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|---|----|-------------|------|
| Buenos Hábitos pretest y Buenos Hábitos postest | 44 | ,576 | ,000 |

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor buenos hábitos con una media de 2.5170 en pretest y de 1.6307 en postest (Tabla 50), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Conducta. Tabla 51.

Tabla 52. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|-------------------------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Acciones no Razonadas pretest | 2,2500 | 44 | ,59062 | ,08904 |
| Acciones no Razonadas postest | 3,2955 | 44 | ,21750 | ,03279 |

Tabla 53. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|--|----|-------------|------|
| Acciones no Razonadas pretest y Acciones no Razonadas posttest | 44 | ,600 | ,000 |

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor acciones no razonadas con una media de 2.2500 en pretest y de 3.2955 en posttest (Tabla 52), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Conducta. Tabla 53.

Tabla 54. Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|------------------------|--------|----|-----------------|------------------------|
| Malos Hábitos pretest | 2,2216 | 44 | ,56860 | ,08572 |
| Malos Hábitos posttest | 2,6477 | 44 | ,31585 | ,04762 |

Tabla 55. Correlaciones de muestras relacionadas

| | N | Correlación | Sig. |
|--|----|-------------|------|
| Malos Hábitos pretest y Malos Hábitos posttest | 44 | ,793 | ,000 |

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor malos hábitos con una media de 2.2216 en pretest y de 2.6477 en posttest (Tabla 54), dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Conducta. Tabla 55.

IX. DISCUSIÓN

En este apartado integramos y discutimos con el apoyo teórico-metodológico en que están sustentados, la validación del instrumento construido para este estudio y el diseño e implementación del programa de intervención realizado, haciendo las comparaciones con los datos existentes. En el presente capítulo también realizaremos el análisis teórico con base en la descripción de los resultados expuestos anteriormente. Con la finalidad de confirmar y/o rechazar las hipótesis planteadas, así como las limitantes y las perspectivas para futuras investigaciones.

Principales hallazgos:

Debido a que nuestra población está envejeciendo, ya que las proyecciones del Consejo Nacional de Población con respecto a la cantidad de adultos mayores de 60 años y más, en el año 2000 fueron de 6,752,115; para el año 2010 fueron de 9,673,466 y para el 2050 será de 35,956,096. Cada uno de ellos requerirá atención integral. Se espera que el 85% de la población de adultos mayores de 65 años necesitarán de la ayuda de otra/s persona/s para realizar una vida normal. Esto ocasiona que gran parte de la población comience a preocuparse por aquellas enfermedades que se desarrollan preferentemente en la edad adulta avanzada, que son las que pueden acotar la vida o reducir su calidad de vida. (CONAPO, 2006).

Una gran parte del peso de las enfermedades crónicas degenerativas en el país, cabe destacar que muchas de ellas requieren de una buena intervención en la población más afectada. Con base en estos indicadores es importante destacar que las prioridades de educación para la salud tiene que considerarlos por que dentro de las causas de mortalidad general destacan problemas que pueden revertirse, y que de no intervenir oportunamente se transforman en patologías crónicas degenerativas. La integración al grupo de ayuda mutua del adulto mayor que captamos con hipertensión arterial y diabetes mellitus, en el Centro de Salud “Dr. Rafael Carrillo”, para mejorar la actitud y la calidad de vida. Influyo para lograr la modificación de la actitud dentro del grupo de ayuda mutua para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por medio de actividad física, así como, cambiar los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, incrementar los conocimientos de su enfermedad, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para mejorar su calidad de vida. Este grupo que se compuso de 44 personas adultas mayores que comparten las mismas patologías crónicas degenerativas, y que se reunieron para mejorar la actitud y la calidad de vida, así como, conseguir los cambios sociales y/o personales para revertir la vejez patológica a una vejez saludable. Ellos decidieron reunirse en forma voluntaria y periódica para mejorar su situación social y colectiva. Se dieron información e intercambiaron experiencias, también se dieron apoyo emocional.

En un abordaje integral de la salud, en donde se requirió de implementar intervenciones orientadas a promover la salud, prevenir la enfermedad y curar, así como, rehabilitar a las personas en sus problemas de salud. Para ello, se

requirió de la aplicación de actividades educativas en salud que se desarrollan a través de diferentes niveles de intervención. (Rodríguez Marín, J. 1995). Entre estas alternativas se consideran los programas de intervención; por lo que el presente estudio se planteó como objetivo implementar el programa de intervención para mejorar la actitud y la calidad de vida. En donde el Trabajador Social junto con el Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo al Grupo de Ayuda Mutua, los Profesionales (El Médico, El Psicólogo, El Dentista y El Trabajador Social). Los Técnicos (La Enfermera, El Nutriólogo, El Promotor de la Salud, El Preparador Físico y Los Auxiliares), realizaron a través de la capacitación y desarrollo de técnicas didácticas de la competencia de sus disciplinas para favorecer el logro de la Educación para la Salud; con lo que se buscó modificar los hábitos y la adquisición de conductas que permitieron mejorar los estilos de vida y el empoderamiento de la salud, situación que el Equipo de Apoyo realizó a través de la actividad física, la capacitación y el desarrollo de técnicas didácticas para favorecer el logro de este objetivo y sus resultados. Cabe aclarar que de acuerdo a la estrategia metodológica utilizada en la presente investigación, se plantearon dos estudios: el primero fue la Elaboración de los instrumentos y el segundo el Diseño e implementación del programa de intervención.

Estudio 1. Elaboración del instrumento.

Los grupos de ayuda mutua se definieron como un movimiento caracterizado por funciones de soporte, educativas, y con una orientación al cambio personal. Dichas metas están dirigidas a la solución de un problema de la vida diaria o a una condición compartida por todos sus miembros. (Kurtz, 1997). Algunos grupos de ayuda mutua se centran en enfermedades crónicas (Por ejemplo, la diabetes, la hipertensión, etc.). (Sheidlinger, 2004). Por lo que se debe estimar el papel que cumple el Grupo de Ayuda Mutua en la actitud para la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades crónicas degenerativas, así como de los familiares y cuidadores, ubicados en la estructura social y sanitaria, bajo la perspectiva de los miembros participantes y de los profesionales de la salud. (Rodríguez Marín, J. 1995). Según Backman y Secord (citado en Raven, 1981), hablan de cierta regularidad de sentimientos, pensamientos, y tendencias de las personas para obrar sobre un aspecto de su medio ambiente, según Raven (1981), la actitud es una evaluación positiva o negativa de un objeto.

Con respecto a la descripción y comparación de las frecuencias y porcentajes, así como, del análisis factorial realizado en pretest (antes) y en posttest (después) para poder medir la variable actitud, conformada por tres dimensiones que son Creencias, Sentimientos y Conducta.

En la primera Dimensión Creencias, observamos que en el primer componente Información se apreció una actitud favorable hacia la mayoría de las medidas de información para controlar las enfermedades crónicas degenerativas desde el Pretest a una diferencia marcada al Posttest. Cabe señalar que para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un

objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. Rodríguez, A. (1991). Por lo que las actitudes desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo.

En relación al segundo componente Percepción se apreció una mejoría en la actitud, ya que si compartimos la información y cambiamos hábitos hemos cambiado nuestra percepción como lo muestran los datos de las frecuencias en el pretest y la diferencia positiva en el postest. Esto nos muestra el psicólogo estadounidense Gordon W. Allport (citado en Smith y Mackie, 1997), La actitud social es compartida y favorece los intereses sociales por encima de los individuales. Ya que los principios básicos de las actitudes nos dicen que cada uno de nosotros es responsable de sus propias actitudes. Ya que si mis actitudes son mi propia creación la única persona que las puede cambiar soy yo mismo. Esto porque, ninguno de nosotros es un sistema cerrado, creamos nuestras actitudes para entender el mundo que nos rodea y, por tanto, nuestras actitudes están permanentemente abiertas a la influencia del entorno. Así como, Mann (1972) señala que este componente consiste en la percepción del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto. Este componente se refiere a la cantidad de información con que cuenta la persona con respecto a un objeto o fenómeno en específico. De aquí la diferencia que existe entre el antes y el después para modificar su actitud y por ende en su calidad de vida.

En el tercer componente Conocimiento nos dimos cuenta que importante es lo cognoscitivo de las actitudes ya que la gran diferencia entre el pretest y el postest donde vimos el cambio de actitud para mejorar su calidad de vida. Según Whittaker (1979) menciona que se necesita la representación cognoscitiva de un objeto para poder formarnos una actitud hacia él. Ya que el objeto, será conocido hacia la cual manifestará sentimientos a favor o en contra. Por lo tanto, es necesario tener una representación cognoscitiva de un objeto para sentirnos a favor o en contra de él. Este conocimiento o esta representación cognoscitiva del objeto de una actitud constituyen el componente cognoscitivo. Por lo que las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas. Ya que las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas. Fishbein y Ajzen, (citado en Rodríguez, A. 1991).

Como se ha señalado, el conocimiento proporciona control sobre el ambiente, y mantener nuestras cogniciones organizadas de formas coherentes y libres de tensiones aumenta la certeza en lo que sabemos y, por tanto, nuestra sensación de control. Sin duda, la búsqueda de equilibrio y coherencia constituye otra motivación humana fundamental. Morales, J. y cols. (2007).

Con respecto a la segunda Dimensión Sentimientos, en el primer componente Cuidados, los encuestados en el pretest están en desacuerdo a diferencia del postest en donde están de acuerdo, denotaron una mejor actitud. La actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana. Rodríguez, A. (1991). Según Mann (1972), se refiere a este componente como sentimental, aunque la diferencia radica únicamente en el término, ya que también señala que se refieren a las emociones y sentimientos de las personas vinculadas a un objeto. Algunos psicólogos sociales, creen que el aspecto afectivo es el único componente característico de una actitud. Para ellos actitud es el sentimiento que a favor o en contra de un objeto tiene una persona. Herberto Mahon (1991) reconoce dos campos de aprendizaje en el hombre: "Uno, es el de las aptitudes o habilidades donde el hombre incorpora los conocimientos que amplían su "saber hacer". El otro de los campos, es el de las actitudes o conductas, donde el hombre incorpora los mensajes que el contexto vuelca sobre él, y que, cuando alcanzan la contundencia suficiente, se asimilan y producen así una modificación de conducta". Consideramos el aprendizaje de aptitudes o habilidades como la formación profesional y el de actitudes y conductas como la formación personal. Green y cols. (1980) plantean la existencia de tres tipos de factores que influyen en las conductas de salud: los factores predisposicionales que son los antecedentes de la conducta que tienen una gran fuerza motivacional en la toma de decisiones de una conducta de salud (actitudes y creencias). Los factores facilitadores que son las habilidades y los recursos necesarios para la realización de una conducta.

En relación al segundo componente Afectos se apreció una actitud cambiante del pretest en donde están en desacuerdo, notándose una modificación de actitud en el postest. La actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. Rodríguez, A. (1991). Dentro del componente afectivo Mann (1972) lo designa como afectivo, se refiere a este componente como sentimental, aunque la diferencia radica únicamente en el término, ya que también señala que se refieren a las emociones y sentimientos de las personas vinculadas a un objeto. *El componente afectivo*: es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radico la diferencia principal con las creencias y las opiniones. Entre los sentimientos figuran el amor, odio, simpatía, aversión y otros sentimientos afines. Las tendencias conductuales comprenden las inclinaciones a obrar de determinada manera ante el objeto: acercarse a él, rehuirlo, etc. Rodríguez, A. (1991).

Con respecto al tercer componente Gustos vimos que en el pretest están en desacuerdo a diferencia del postest. Ajzen y Fishbein (1980, en Arreola, 1995) afirman que el comportamiento guarda estrecha relación con las intenciones del sujeto. Y éstas a su vez no son más que una parte de sus actitudes; reflejando asimismo su aceptación de las normas, entre ellas las presiones sociales para realizar o no una acción. Los cambios en las actitudes de las

personas pueden cambiar el contexto. Si las actitudes de un gran número de personas cambian, posiblemente las normas sociales puedan cambiar también. Por ello, el estudio de cómo se adquieren y modifican las actitudes resulta esencial para comprender las bases de posibles cambios más amplios. Morales, J. y cols. (2007).

En relación a la tercera Dimensión Conducta, en el primer componente Malas Costumbres mostro que hay una gran diferencia entre el pretest que estaba de acuerdo contra el postest que estaban en desacuerdo. El componente conductual: Recoge las intenciones o disposiciones a la acción así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud. Por lo tanto, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas. Morales, J. y cols. (2007). El componente conductual: Recoge las intenciones o disposiciones a la acción así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud. Smith y Mackie, (1997). La formación y cambio de actitudes, son aquellas que se forman a través de la experiencia, y a pesar de su relativa estabilidad, pueden ser cambiados también a través de ellas mismas. Para la formación de las actitudes se ha señalado y se ha llegado a un consenso en el sentido de que las actitudes son aprendidas. Por esto señalo Salazar (1999) que se encuentra siempre una referencia a este tema, y podemos señalar que los principales factores determinantes en la formación de las actitudes son la sociabilización y el aprendizaje social.

En el segundo componente Buenos Hábitos los encuestados en el pretest están en desacuerdo a diferencia del postest en donde están totalmente de acuerdo, denotando una mejor actitud. La función de identidad y expresión de valores, se ve en las personas que suelen manifestar públicamente sus actitudes expresando opiniones y valoraciones sobre multitud de asuntos o cuestiones. La expresión de las actitudes personales, así como sus correspondientes comportamientos, sirven para informar a los demás (e incluso a ellos mismos) de quiénes son, Nos ayudan, por tanto, a conocernos y darnos a conocer a los demás. Así las actitudes juegan un importante papel en la definición y el fortalecimiento de la propia identidad. Además, la expresión de las actitudes permite a las personas mostrar sus principios y valores, así como identificarse con los grupos que comparten actitudes similares (Katz, 1960) citado por Morales, J. y cols. (2007). Es decir, la expresión de actitudes sirve para acercarse a otras personas con actitudes similares, contribuyendo de esa forma a satisfacer la necesidad básica de aceptación y pertenencia grupal (Baumeister y Leary, 1995; Brewer, 1991) citado por Morales, J. y cols. (2007).

Con respecto al tercer componente Acciones no Razonadas se apreció una actitud cambiante del pretest en donde están totalmente de acuerdo, notándose la modificación de actitud en el postest donde están en desacuerdo. Ajzen y Fishbein (1980, en Arreola, 1995) afirman que el comportamiento guarda estrecha relación con las intenciones del sujeto. Y éstas a su vez no son más que una parte de sus actitudes; reflejando asimismo su aceptación de las normas, entre ellas las presiones sociales para realizar o no una acción. Dentro

de las funciones de las actitudes se encuentra la relación que guardan directamente con la conducta; actitud y conducta están en relación, con respecto a esto Salazar (1999) menciona que, este es un término que también puede ser dicotomizado. En un extremo puede ubicarse a aquellos que consideran a la actitud propiamente como una respuesta tal, y en el otro, a aquellos que la consideran solamente como una disposición a responder.

Así como, el cuarto componente denominado Malos Hábitos los encuestados manifestó en el pretest estar en acuerdo a diferencia del postest en donde están en desacuerdo, denotaron una mejor actitud. Por lo que las actitudes poseen un componente activo que produce conductas congruentes con las cogniciones y los afectos relacionados con el objeto de actitud. Mann (1972) lo menciona como un componente reactivo y señala que una actitud incluye toda una inclinación a actuar de manera determinada entre el objeto de dicha actitud, y lo considera como la tendencia a actuar o reaccionar de un modo con respecto al objeto. Este componente se refiere a la manera del individuo ante un fenómeno específico.

Aunado a la descripción y comparación de los resultados obtenidos en la media, la mínima y la máxima, así como, la frecuencia y los porcentajes de lo realizado en pretest (antes) y en postest (después) para poder medir la variable Calidad de Vida, conformada por tres dimensiones que son la Sociodemográficas, los tratamientos y los cuidados médicos y no médicos, así como los tratos de su medio ambiente social.

Como podemos observar en la descripción de la dimensión Sociodemográficas (edad y sexo) no varió en pretest y en postest, así como, Enfermedad crónico degenerativo. En referencia a la muestra de este estudio fueron 44 personas, de las cuales fueron 35 femeninas el 79.5% y 9 masculinos el 20.5%; con una edad que oscilo entre los 60 años mínimos a los 84 años máximo, siendo la edad promedio de la muestra de 67 años de edad. En la dimensión Tratamientos y los cuidados médicos y no médicos el 100% fueron detectados con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Con lo que respecta a los datos de gabinete al tratamiento medico en el Pretest eran 9 el 20.5% y en el Postest ninguno; en el no medico ninguno en Pretest, mientras que Postest eran 44 el 100.0%; en tanto en ningún tratamiento en Pretest fueron 36 el 79.5%, y en Postest ninguno. Notándose un gran cambio positivo, por lo que se evidencia, la modificación de actitud en el grupo de ayuda mutua.

Con base en los datos arrojados se observa que los encuestados refirieron su cambio en la Nutrición en base a los alimentos en Pretest, era regular 22 el 50.0%, y malo los otros 22 para completar el 100.0%; mientras que en el Postest modifico ya que se refirieron 23 por bueno siendo el 52.3%, y regular los otros 21 con el 47.7%; Así como, lo observado en la Condición Física (cantidad de ejercicios que realiza) en Pretest, era regular 1 el 2.3%, y malo 43 siendo el 97.7% y se nota el cambio en Postest ya que contestaron bueno 24 siendo el 52.3%, así como, regular los otros 20 con 45.5%. Las enfermedades y las discapacidades generalmente atribuidas al propio proceso de envejecimiento, no son universales y ello se debe en buena medida a la calidad de vida que se tuvo desde el nacimiento. Las discapacidades son resultado,

por ejemplo, de la anemia o la osteoporosis que pueden evitarse si a lo largo de la vida se cuenta con una buena nutrición, si se realiza el ejercicio adecuado y, además, se tiene acceso a un buen sistema de cuidado de la salud. Estas condiciones son requisito casi indispensable para llegar sano a edades avanzadas. Se trata de condiciones que se van creando desde la infancia y las cuales son imposibles de alcanzar en situaciones de pobreza. INM (2005). El control de peso se llevo a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas, utilizamos los criterios específicos en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas. Para perder peso, las personas obesas deben consumir menos calorías que las que gastan. Los métodos utilizados para conseguir este objetivo se clasificaron en tres grupos: autoayuda, en el que las personas, solas o en grupos con intereses comunes, usan información proveniente de libros u otras fuentes; programas no clínicos suministrados por consejeros que no son licenciados sanitarios; y programas clínicos suministrados por especialistas sanitarios. (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. 2002).

En la dimensión de los Tratos de su Medio Ambiente Social, los encuestados refirieron que el Trato en la familia en el Pretest nos dijeron 20 que es muy bueno siendo el 45.5%; bueno son 21 con 47.7%; regular 2 con el 4.5% y malo 1 sola con el 2.3%; mientras que en el Postest son 31 que dicen es muy bueno siendo el 70.5%; bueno son 12 con 27.3%; regular 1 con el 2.3%; y malo ninguno. Así como en el Trato en la comunidad observamos en el Pretest nos dicen 7 que es muy bueno siendo el 15.9%; bueno son 34 con 77.3%; regular 3 con el 6.8% y malo ninguno; mientras que en el Postest son 24 que dicen es muy bueno siendo el 54.5%; bueno son 19 con 43.2%; regular 1 con el 2.3%; y malo ninguno. Mientras que en el Trato en la sociedad, los encuestados refirieron en el Pretest con 5 que es muy bueno siendo el 11.4%; bueno son 30 con 68.2%; regular 8 con el 18.2% y malo 1 sola con el 2.3%; mientras que en el Postest son 23 que dicen es muy bueno siendo el 52.3%; bueno son 21 con 47.7%; regular nadie y malo ninguno. Así como en el Trato en las Instituciones Publicas observamos en el Pretest nos dicen 12 que es muy bueno siendo el 18.2%; bueno son 30 con 68.2%; regular 1 con el 2.3% y malo 1 con el 2.3%; mientras que en el Postest son 40 que dicen es muy bueno siendo el 90.9%; bueno son 4 con 9.1%; regular nadie y malo ninguno. El Trabajo Social tiene una función de concientización, movilización y organización del pueblo para que en un proceso de formación del autodesarrollo, individuos, grupos y comunidades realizando proyectos de trabajo social, inserta críticamente y actuando en sus propias organizaciones, participen activamente en la realización de un proyecto político que signifique el tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra plena participación del pueblo en la vida política, económica y social de la nación que cree las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre". El Trabajo Social es concebido como un modo superior de Asistencia y de Servicio Social. (Ander-Egg, E. 2003). Sobre los elementos componentes de la calidad de vida en las personas mayores, las relaciones interpersonales ejercen una notable influencia sobre su bienestar. Así, tanto en la dimensión objetivo-subjetiva como en la personal-socioambiental se sugiere el apoyo social como factor condicionante. Rocío Fernández-Ballesteros (1996).

Los 44 encuestados refirieron participar en el Grupo de ayuda mutua, tanto en el Pretest como en el Postest siendo el 100.0% en los dos casos. Mostrando una positiva actitud desde el principio. El apoyo social es un proceso por medio del cual los recursos de la estructura social permitieron satisfacer las necesidades en situaciones cotidianas o de crisis. El apoyo social promovió la ayuda mutua, favoreció la acción colectiva (solidaridad y pertenencia). Lo que nos llevo a conformar una red, misma que se define como el conjunto de vínculos que entrelazan a grupos e individuos dentro de una sociedad determinada y puede ocurrir de varias formas: por medio de las redes sociales personales, en los grupos de apoyo creados en la comunidad y a través de los profesionales de ayuda. (Villalba, 1997).

También, tendremos la descripción y comparación de los resultados obtenidos en la varianza, la media, la mínima y la máxima, así como, la frecuencia y los porcentajes de lo realizado en pretest (antes) y en postest (después) para poder medir la variable Calidad de Vida Saludable, conformada por tres dimensiones que fueron la Sociodemográficas, los datos de gabinete y laboratorio.

En base a los resultados de la dimensión Sociodemográficas, son las mismas que en la variable de calidad de vida. Ya que en base a los datos arrojados se observo que no vario en el Pretest y Postest la edad, el sexo y la estatura, ya que la media en la edad es de 66.55 con una varianza de 44.254 y un mínimo de 60 y máximo de 84 años, con una desviación de 6.652, mientras que el sexo tiene una media de 1.20 con una varianza de 0.166 y un mínimo de 9 masculinos y máximo 35 femeninas, con una desviación de 0.408. Mientras que en la dimensión de los Datos de Gabinete la estatura también no vario en el Pretest y Postest, que tiene una media de 1.5348 cm. con una varianza de 44.254 y un mínimo de 1.39 cm. y máximo de 1.75 cm., con una desviación de 0.08820. Con el objeto de abordar el peso y su variación, el cual nos arrojó en el Pretest la media en 66.61591 gr. Vs. el Postest 64.51818 gr. Con una varianza de 147.279 vs. 142.205, dándonos un mínimo de 43.000 gr. vs. 41.500 gr. Mientras el máximo fue de 99.000 gr. Vs. 94.000 gr. Así como una desviación de 12.135839 vs. 11.924984. Por lo que denotamos un gran cambio en beneficio de los sujetos a investigación. La mayor parte de los programas para perder peso se basan en la modificación del comportamiento. Los regímenes, por lo general, se consideran menos importantes que los cambios permanentes en los hábitos alimentarios y de ejercicio físico. Los programas acreditados enseñan cómo hacer cambios seguros, sensatos y graduales en los hábitos alimentarios que aumenten el consumo de hidratos de carbono complejos (frutas, vegetales, pan y pasta) y que disminuyan el consumo de grasas. Para los levemente obesos, se recomienda sólo una modesta restricción de calorías y de grasas. (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. 2002).

Con base en los datos arrojados en la toma de Presión Arterial se observo que la variación nos arrojó en el Pretest una media de 150/75 mm/hg. Vs. el Postest 120/75 mm/hg. Dándonos un mínimo de 130/80 mm/hg. vs. 110/70 mm/hg. Mientras el máximo fue de 170/100 mm/hg. Vs. 150/80 mm/hg. La presión

arterial se expresa mediante un par de valores: 120/80 ó "120 sobre 80". Que es el valor más frecuentemente encontrado en población sana. Esto es así porque la presión que la sangre ejerce sobre las arterias no es siempre la misma. Se alcanza la máxima presión cuando el corazón bombea. Entre latidos, cuando el corazón está en reposo, la presión desciende a su nivel más bajo. Tanto la presión máxima como la mínima son importantes, y por eso la medición tiene siempre dos componentes. Los médicos llaman "presión sistólica" a la cifra más alta, se produce en la aorta en el momento de la contracción ventricular, cuando el corazón envía sangre oxigenada al cuerpo y "presión diastólica" a la más baja, es originada cuando, la sangre no oxigenada regresa al corazón, los ventrículos se relajan, la resistencia periférica hace que la tensión arterial disminuya. La presión arterial sana normal es inferior a 130/85 y se mide en milímetros de mercurio (mm Hg). Se considera ya definitivamente anormal el tener estos valores constantemente en una medida igual o mayor a 140/90 y así es como se define a la hipertensión arterial. (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial 2002 Págs. 18-24)

Con base en los datos arrojados se observo que la variación en el IMC nos mostro que en el Pretest la media es de 28.2555. Vs. el Postest 27.3282. Con una varianza de 19.188 vs. 19.178, dándonos un mínimo de 20.74, vs. 20.01, Mientras el máximo fue de 40.16 Vs. 39.64 Así como una desviación de 4.38044 vs. 4.37923. La obesidad abdominal se ha vinculadas con el riesgo mucho más elevado de enfermedad coronaria y con tres de sus principales factores de riesgo: hipertensión arterial, la diabetes mellitus de comienzo en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre. La pérdida de peso hace bajar la presión arterial en la mayoría de las personas que tienen hipertensión arterial y permite a más de la mitad de las personas que desarrollan diabetes del adulto suprimir la insulina u otro tratamiento farmacológico. Y se define la obesidad mediante un valor llamado índice de masa corporal. Este índice se calcula dividiendo el peso por el cuadrado de la altura. Se considera un valor normal cuando es menor o igual a 25 Kg / m²; se considera sobrepeso cuando está entre 25 y 29 Kg / m², se considera obesidad cuando es mayor o igual a 30 Kg / m². (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. 2002). Procedimientos para la detección del paciente obeso, es a través de técnicas factibles de ser aplicadas en el primer nivel de atención, se procederá a evaluar el peso, sobrepeso y grado de obesidad del sujeto, en donde se deriva del peso y la talla, para ser calculado el Índice de Masa Corporal (IMC), como se refiere en la NOM-174-SSA-1998 Para el Manejo Integral de la Obesidad. El Índice de masa corporal se obtiene con la fórmula siguiente: $IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla} + \text{Talla}}$. (Ibíd.)

Así como en la dimensión de Laboratorio en base a los datos arrojados se observo que la variación en las Glucosas mg/dl nos mostro que en el Pretest la media es de 211.64 mg/dl Vs. el Postest 121.41 mg/dl Con una varianza de 5929.725 vs. 960.619, dándonos un mínimo de 125 mg/dl, vs. 90 mg/dl, Mientras el máximo fue de 420 mg/dl Vs. 121.41 mg/dl Así como una desviación de 77.005 vs. 30.994. La diabetes mellitus es un trastorno en el que los valores sanguíneos de glucosa (un azúcar simple) son anormalmente altos. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia

responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en la sangre. El estilo moderno de vida, preponderantemente urbano y con una tendencia a la falta de ejercicio físico, han llevado a que el número de personas que padecen esta enfermedad crezca significativamente en las últimas décadas. La diabetes se ve a menudo acompañada por otras complicaciones como lo son la hipertensión y la aterosclerosis. La glucosa se mantiene, en las personas no diabéticas, dentro de unos límites normales muy estrechos, sobrepasando muy rara vez los 130 mg/dl (miligramos por decilitros), incluso cuando se han tomado alimentos muy ricos en azúcares o grasas. (Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes. 2002.).

Por ultimo, la descripción y comparación de los resultados obtenidos en el análisis de varianza, la media, la desviación típica y la correlación de lo realizado en pretest (antes) y en postest (después) para poder medir la diferencia de la Prueba "T" de Studen.

Esta prueba se hizo con el objeto de encontrar diferencias en las variables, realizándose un análisis de varianza, el cual reportó una diferencia entre el antes y después de la intervención en la muestra dada (N= 44), sobre los factores y se presentan solo aquellas que fueron significativas, según la Prueba T para las muestras relacionadas.

En el siguiente análisis, se obtuvieron diferencias significativas de igual o menor a 0.05. En el análisis de prueba "t" practicado al factor Información con una media de 2.7273 en pretest y de 1.5606 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.046. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Creencias. Por lo que las actitudes desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo. Rodríguez, A. (1991).

En el siguiente análisis de prueba "t" se obtuvieron diferencias significativas ya que se practico al factor Percepción con una media de 2.2197 en pretest y de 1.5227 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Creencias. Este componente consiste en la percepción del individuo, sus creencias y esteriotipos, es decir, sus ideas sobre el objeto. Este componente se refiere a la cantidad de información con que cuenta la persona con respecto a un objeto o fenómeno en específico. Mann (1972)

En el siguiente análisis de prueba "t" practicado al factor Conocimiento con una media de 2.7121 en pretest y de 1.4773 en postest, diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.043. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Creencias. Este conocimiento o esta representación cognoscitiva del objeto de una actitud constituyen el componente cognoscitivo. Por lo que las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativos. Ya que las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y

mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Whittaker (1979)

En el siguiente análisis de prueba "t" practicado al factor Cuidados con una media de 2.6307 en pretest y de 1.0682 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.006. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Sentimientos. Herberto Mahon (1991) reconoce dos campos de aprendizaje en el hombre: "Uno, es el de las aptitudes o habilidades donde el hombre incorpora los conocimientos que amplían su "saber hacer". El otro de los campos, es el de las actitudes o conductas, donde el hombre incorpora los mensajes que el contexto vuelca sobre él, y que, cuando alcanzan la contundencia suficiente, se asimilan y producen así una modificación de conducta". Consideraremos el aprendizaje de aptitudes o habilidades como la formación profesional y el de actitudes y conductas como la formación personal.

En el siguiente análisis de prueba "t" practicado al factor Afectos con una media de 2.6364 en pretest y de 2.2576 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.016. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Sentimientos. La actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos ha dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. Rodríguez, A. (1991).

En el siguiente análisis de prueba "t" practicado al factor Gustos con una media de 2.3030 en pretest y de 1.4470 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.001. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Sentimientos. Se afirma que el comportamiento guarda estrecha relación con las intenciones del sujeto. Y éstas a su vez no son más que una parte de sus actitudes; reflejando asimismo su aceptación de las normas, entre ellas las presiones sociales para realizar o no una acción. Ajzen y Fishbein (1980, en Arreola, 1995)

En el siguiente análisis de prueba "t" practicado al factor Malas Costumbres con una media de 2.1875 en pretest y de 3.2443 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Conducta. El componente conductual: Recoge las intensiones o disposiciones a la acción así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud. Por lo tanto, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas. Morales, J. y cols. (2007).

En el siguiente análisis de prueba "t" practicado al factor Buenos Hábitos con una media de 2.5170 en pretest y de 1.6307 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos

concluir que si influyo la intervención realizada en Conducta. Es decir, la expresión de actitudes sirve para acercarse a otras personas con actitudes similares, contribuyendo de esa forma a satisfacer la necesidad básica de aceptación y pertenencia grupal (Baumeister y Leary, 1995; Brewer, 1991) citado por Morales, J. y cols. (2007).

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor Acciones No Razonadas con una media de 2.2500 en pretest y de 3.2955 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Conducta. Ajzen y Fishbein (1980, en Arreola, 1995) afirman que el comportamiento guarda estrecha relación con las intenciones del sujeto. Y éstas a su vez no son más que una parte de sus actitudes; reflejando asimismo su aceptación de las normas, entre ellas las presiones sociales para realizar o no una acción.

En el siguiente análisis de prueba “t” practicado al factor Malos Hábitos con una media de 2.2216 en pretest y de 2.6477 en postest, dándonos una diferencia de la muestra relacionada significativa de 0.000. Por lo que podemos concluir que si influyo la intervención realizada en Conducta. Mann (1972) lo menciona como un componente reactivo y señala que una actitud incluye toda una inclinación a actuar de manera determinada entre el objeto de dicha actitud, y lo considera como la tendencia a actuar o reaccionar de un modo con respecto al objeto. Este componente se refiere a la manera del individuo ante un fenómeno específico.

Estudio 2. Diseño e Implementación del programa de intervención.

La implementación se realizo con la aplicación y ejecución del plan, con un modelo científico, Así como, el diseño bien especificado y estandarizado. Todos estos pasos fueron gestionados y dirigidos por el Trabajador Social, dadas las características de formación académica y de participación permanente con los Grupos de Ayuda Mutua y que utiliza metodologías de gestión de proyecto.

En términos generales, el programa de intervención consistió en acciones sistemáticas, planificadas, orientadas al logro de objetivos y metas, como respuesta a los requerimientos de los pacientes hipertensos y diabéticos que conformaron el Grupo de Ayuda Mutua. Como el Grupo de Ayuda Mutua, están integrados por adultos mayores, se debió tener en cuenta las características positivas y negativas del adulto ante el aprendizaje, siendo esencial la oportunidad de participar activamente, para que lo sientan parte de sus propias experiencias. Es recomendable tener desde el principio el Grupo cerrado, es decir, que el número de participantes que lo integren no fluctúe durante el tiempo de permanencia de los pacientes en el Grupo, a fin de poder darles un seguimiento verdadero en las tres dimensiones biológica, psicológica y social. Por lo que se deberá registrar en un directorio los datos generales del paciente, así como en hojas específicas de seguimiento los avances y condiciones generales de su estado de salud. (Comelles, 1985b).

La atención a la salud, por su propia naturaleza biopsicosocial, requiere de un equipo de trabajo de profesionales de diferentes disciplinas, que puedan interactuar entre sí, con un enfoque holístico que no es intercambiable. El trabajo en grupo, permite que las personas que tienen habilidades diferentes y que dependen unas de otras funciones eficientemente para lograr metas y objetivos comunes. Este trabajo con grupos puede ser apasionante, pues se da el intercambio de experiencias, se propician discusiones enriquecedoras y se retroalimenta a la información que cada participante posee; así enfocado a los Grupos de Ayuda Mutua, cada participante tiene características especiales y un acumulo de experiencias sobre su patología, que bien orientadas pueden incidir en otros participantes. (Ídem.). La intervención del personal de Trabajo Social desde su perfil académico, profesional y cultural, aporta conocimientos y experiencias en su interacción con la población en lo particular al otorgamiento de la atención médica integral que proporcionan las Instituciones de Salud a la población a través de la investigación, organización, capacitación, educación para la salud y redes de apoyo en beneficio del desarrollo bio-psico-social del individuo, del grupo y de la comunidad.

La pregunta que guio este estudio fue averiguar ¿Como influye un grupo de ayuda mutua en la modificación de la actitud y la calidad de vida en los adultos mayores hipertensos y diabéticos?

Los grupos de ayuda mutua están compuestos de personas que comparten un problema o situación, que se reúnen para hacer alguna cosa para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales. Y estos grupos enfatizan la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades de sus miembros. Suelen proporcionar ayuda material o emocional y promueven unos valores a través de los que sus miembros pueden reforzar la propia identidad. (Borman, 1992).

La modificación de la actitud, para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable para modificar su calidad de vida. Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como **Estilos de Vida Saludables**. Los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Pastor, Balaguer y García-Merita (1998). Así como, Green y cols. (1980) plantean la existencia de tres tipos de factores que influyen en las conductas de salud: los factores predisposicionales que son los antecedentes de la conducta que tienen una gran fuerza motivacional en la toma de decisiones de una conducta de salud (actitudes y creencias). Los factores facilitadores que son las habilidades y los recursos necesarios para la realización de una conducta (habilidades de lavado de dientes o el acceso a dentífricos con flúor). Por último, los factores reforzadores son los refuerzos tangibles o no, los incentivos o los castigos asociados a una conducta que contribuyen a su persistencia o a su desaparición (aprobación de los pares por el consumo de tabaco).

Considerándose lo anterior, la pregunta se respondió con el siguiente supuesto: Si formamos el grupo de ayuda mutua para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, entonces podremos lograr la modificación de su actitud y su calidad de vida.

Los datos obtenidos en la escala de Actitud, aplicada antes y después de la intervención, permitió aceptar la hipótesis anterior, ya que el programa de intervención fue el determinante para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, así como, la educación para la salud, la modificación de conducta y el comportamiento de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida saludable.

Se aplicó el programa al Grupo de ayuda mutua, con la comparación del pretest (antes) y el postest (después), con esto, se está en posibilidad de interpretar y verificar que se promovieron cambios en la actitud, conformada por tres dimensiones: Creencias, Sentimientos y Conducta. Para la dimensión Creencias se conforman por tres componentes (Información, Percepción y Conocimiento), obteniendo (59.18% de la varianza total y un alfa de Cronbach general = 0.562) vs postest, (53.21% de la varianza total y un alfa de Cronbach general = -0.062), que determinó la existencia de confiabilidad estadística. Estos hallazgos mostraron que la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos ha dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. Rodríguez, A. (1991).

Para la dimensión Sentimientos se conforman por tres componentes (Cuidados, Afecto y Gusto) el cual arrojó una diferencia estadísticamente significativa en pretest (57.26% de la varianza total y un alfa de Cronbach general = 0.424) vs postest, (71.03% de la varianza total y un alfa de Cronbach general = 0.436), que determinó la existencia de confiabilidad estadística. Estos hallazgos son congruentes con el componente afectivo, al cual se refiere Mann a este componente como sentimental, aunque la diferencia radica únicamente en el término, ya que también señala que se refieren a las emociones y sentimientos de las personas vinculadas a un objeto. Algunos psicólogos sociales, creen que el aspecto afectivo es el único componente característico de una actitud. Para ellos actitud es el sentimiento que a favor o en contra de un objeto tiene una persona. Mann (1972)

Para la dimensión Conducta se conformaron por cuatro componentes (Malas Costumbres, Buenos Hábitos, Acciones no Razonadas y Malos Hábitos) el cual arrojó una diferencia estadísticamente significativa en pretest (64.31% de la varianza total y un alfa de Cronbach general = 0.567) vs postest, (63.28% de la varianza total y un alfa de Cronbach general = 0.531), que determinó la existencia de confiabilidad estadística. Estos hallazgos confirman lo mencionado por Whittaker (1979) donde los psicólogos sociales suelen

aceptar en lo general que las actitudes poseen un componente activo que produce conductas congruentes con las cogniciones y los afectos relacionados con el objeto de actitud.

Fortalezas

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación a través de la aplicación de los instrumentos construidos y validados para este estudio, se concluyo con respecto a la primera hipótesis planteada que en general; Si formamos el grupo de ayuda mutua para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, entonces podremos lograr la modificación de su actitud y su calidad de vida. Lo que nos lleva a concluir que aceptamos esta hipótesis, la cual se confirmo.

Ya que los grupos de ayuda mutua se definirían como un movimiento caracterizado por funciones de soporte, educacionales, y con una orientación al cambio personal. Dichas metas están dirigidas a la solución de un problema de la vida diaria o a una condición compartida por todos sus miembros. (Kurtz, 1997). Algunos grupos de ayuda mutua se centran en enfermedades crónicas (Por ejemplo, la diabetes, la hipertensión, etc.). (Sheidlinger, 2004). Por lo que se debe estimar el papel que cumplió el Grupo de Ayuda Mutua en la actitud para la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por determinadas enfermedades principalmente crónicas degenerativas, así como de sus familiares y cuidadores, ubicados en la estructura social y sanitaria, bajo la perspectiva de los miembros participantes y de los profesionales de la salud. (Rodríguez Marín, J. 1995).

La modificación de la actitud, para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable para modificar su calidad de vida. Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como **Estilos de Vida Saludables**. Los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Pastor Y, Balaguer I y García-Merita ML. (1998). Así como, Green y cols. (1980) plantean la existencia de tres tipos de factores que influyen en las conductas de salud: los factores predisposicionales que son los antecedentes de la conducta que tienen una gran fuerza motivacional en la toma de decisiones de una conducta de salud (actitudes y creencias). Los factores facilitadores que son las habilidades y los recursos necesarios para la realización de una conducta (habilidades de lavado de dientes o el acceso a dentífricos con flúor). Por último, los factores reforzadores son los refuerzos tangibles o no, los incentivos o los castigos asociados a una conducta que contribuyen a su persistencia o a su desaparición (aprobación de los pares por el consumo de tabaco). Según Backman y Secord (1964, en Raven, 1981), hablan de cierta regularidad de sentimientos, pensamientos, y tendencias de las personas para obrar sobre un aspecto de su medio ambiente, según Raven (1981), la actitud es una evaluación positiva o negativa de un objeto.

Si bien estos cambios se observaron básicamente en la comparación entre el pretest y el postest, durante la intervención del grupo de ayuda mutua. En este caso las tres dimensiones de la actitud se manifestaron en aspectos de Creencias, Sentimientos y Conducta, tal como se plasmo en los ítems de la escala Likert, el cual demostró en conjunto una actitud favorable hacia la modificación y cambio a través de la experiencia de la sociabilización y el aprendizaje social. Por medio del Programa de intervención en donde buscamos informar, motivar y adquirir estilos de vida sanos en el seno del grupo de ayuda mutua en el que trabajamos por lograr unas condiciones adecuadas, por medio de la participación, siendo el objetivo obtener un desarrollo de una cultura de la salud a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje para lograr “saber”, “saber ser” y “practicar” lo que se sabe y tiene como objetivo genérico enseñar conocimientos adecuados sobre la salud y propiciar conductas o comportamientos. Tomando como eje principal la información que es un elemento imprescindible del proceso educativo, sin dejar de lado el proceso de formación que nos lleva a la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectivos.

En lo que respecta a la segunda hipótesis; Si formamos el grupo de ayuda mutua para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, entonces podremos lograr la modificación de la actitud, para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable. Se confirmó la existencia de diferencias estadística significativa entre el pretest y el postest, Con base en los datos arrojados se observo que los encuestados refirieron su cambio en la Nutrición en base a los alimentos en Pretest, era regular 22 el 50.0%, y malo los otros 22 para completar el 100.0%; mientras que en el Postest modifíco ya que se refirieron 23 por bueno siendo el 52.3%, y regular los otros 21 con el 47.7%; Así como, lo observado en la Condición Física (cantidad de ejercicios que realiza) en Pretest, era regular 1 el 2.3%, y malo 43 siendo el 97.7% y se nota el cambio en Postest ya que contestaron bueno 24 siendo el 52.3% así como regular los otros 20 con 45.5%. Por lo que el control de peso se llevo a cabo mediante el Programa de intervención en donde aplicamos un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas, utilizando los criterios específicos en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas. Para perder peso, las personas obesas deben consumir menos calorías que las que gastan. Los métodos utilizados para conseguir este objetivo se clasificaron en tres grupos: autoayuda, en el que las personas, solas o en grupos con intereses comunes, usan información proveniente de libros u otras fuentes; programas no clínicos suministrados por el preparador físico; y programas clínicos suministrados por especialistas sanitarios. (Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. 2002). **En el Programa de Prevención en los Hábitos de la alimentación**, fue el de promoverse el Hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados. La alimentación equilibrada, es una dieta recomendable para la prevención de otras

enfermedades crónicas no transmisibles, Algunos consejos para comer menos ya que el conocimiento forma parte de la toma de decisiones, para ello trabajamos con las estructuras de poder existentes para promover, desarrollar y poner en práctica los cambios que se necesitaron. Ya que la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas. Modificamos la actitud por medio de platicas por especialistas en el tema para el incremento de los conocimientos sobre las enfermedades crónico degenerativas, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para cambiar los estilos de vida, adquiriendo la toma de conciencia, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, por medio del grupo de ayuda mutua para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos y diabéticos, revertiendo los efectos de estas patologías.

El programa para la actividad física, hizo referencia al movimiento, la interacción, el cuerpo y la práctica humana. Tiene tres dimensiones: biológica, personal y sociocultural. La actividad física es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea. Por esta razón la actividad física esta asociada a la salud de las personas. **La actividad física** habitual para mantener la movilidad y flexibilidad articulares, las cuales se realizaron con la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, cinco veces por semana. Mantuvimos un programa de ejercicios, iniciando el entrenamiento con bajas intensidades de esfuerzo, también con actividades recreativas y a veces natación los fines de semana.

En cuanto a la tercera hipótesis que nos dice; Si formamos el grupo de ayuda mutua para los adultos mayores hipertensos y diabéticos, entonces podremos lograr un mejoramiento en su calidad de vida, para cambiar los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable. Por lo que se confirmo que existe una diferencia en el Pretest y Postest. Esto se fundamento, ya que según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Kaplan, define calidad de vida como el impacto de la enfermedad y de la incapacidad sobre el funcionamiento diario. Ferruci, diferenciaba incapacidad funcional de la enfermedad dice que para "la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad terapias de rehabilitación y de apoyo social". En Kliempt. P. (2000) Según estos autores, la variable salud es la de mayor valor en la percepción de bienestar del adulto mayor y que los déficit en el estado de salud, constituyen el primer problema para ellos y afectan su calidad de vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo que se vio como un proceso

dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Pastor Y. (1999). Mahon, reconoce dos campos de aprendizaje en el hombre: "Uno, es el de las aptitudes o habilidades donde el hombre incorpora los conocimientos que amplían su "saber hacer". El otro de los campos, es el de las actitudes o conductas, donde el hombre incorpora los mensajes que el contexto vuelca sobre él, y que, cuando alcanzan la contundencia suficiente, se asimilan y producen así una modificación de conducta". Consideraremos el aprendizaje de aptitudes o habilidades como la formación profesional y el de actitudes y conductas como la formación personal. Herberto Mahon (1991). Con la aplicación del Programa de intervención, las estrategias que se utilizaron para el fomento de comportamientos saludables junto a otras que trataron de modificar los comportamientos insanos, debido a que los comportamientos saludables pueden ser incompatibles con estilos de vida insanos. En este sentido la práctica de actividad física fue fundamental tanto para la prevención como para el cambio de los estilos de vida insanos. Se sabe como las personas físicamente activas se comprometieron con más frecuencia con comportamientos saludables y con menor frecuencia con conductas de riesgo para la salud, en comparación con las personas sedentarias.

Finalmente, con respecto a la cuarta hipótesis que dice; Si promovemos entre las personas adultas mayores la modificación de su actitud dentro del grupo de ayuda mutua, entonces el cambios de estilo de vida, romperá con el sedentarismo por actividades físicas, así como, cambios en los hábitos y costumbres en su nutrición no saludable por una saludable para modificar su calidad de vida. Lo que nos lleva a concluir que esta hipótesis se confirmo.

Ya que al modificar la actitud por medio del incremento de los conocimientos sobre las enfermedades crónico degenerativas, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para cambiar los estilos de vida, adquiriendo la toma de conciencia, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, por medio del grupo de ayuda mutua para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus revertiendo los efectos de estas patologías. Conseguimos que el cambio de actitud sea estable, resistente y capaz de predecir la conducta, el Programa de intervención conto con procesos psicológicos que subyacen al cambio que queríamos que se produjeran. Motivar al receptor y permitirle que disponga de todos sus recursos cognitivos para procesar una información persuasiva dará lugar a una mayor elaboración y, como consecuencia de ello, a que se produzca un cambio de actitudes a través de algún proceso de alta elaboración. Por lo que la formación y el cambio de actitudes, son aquellas que se forman a través de la experiencia, y a pesar de su relativa estabilidad, pueden ser cambiados también a través de ellas mismas. Para la formación de las actitudes se ha señalado y se ha llegado a un consenso en el sentido de

que las actitudes son aprendidas. Y podemos señalar que los principales factores determinantes en la formación de las actitudes son la sociabilización y el aprendizaje social. Por ende el estilo de vida saludable como un "conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud" tienden a modificarse. Mientras que por patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones (Rodríguez-Marín y García, 1995). Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar.

La mayor parte de los programas para perder peso se basan en la modificación del comportamiento. Los regímenes, por lo general, se consideran menos importantes que los cambios permanentes en los hábitos alimentarios y de ejercicio físico. El Programa de intervención que se enseñó cómo hacer cambios seguros, sensatos y graduales en los hábitos alimentarios. Para los levemente obesos, se recomendó sólo una modesta restricción de calorías y de grasas. No cabe duda que la actividad física regular ofrece una serie de posibilidades para "verse y sentirse mejor". Estos son algunos de los beneficios con que el ejercicio físico contribuye a mejorar la calidad de vida. Es importante enfatizar que los niveles de actividad física requeridos para la promoción de la salud no necesariamente deben ser de elevada intensidad. No es necesario tener el entrenamiento de un atleta para lograr resultados y las personas sedentarias pueden mejorar su aptitud física comenzando con breves períodos de ejercicios livianos. Lo primero en una persona inactiva es comenzar a ponerse en movimiento, aunque sólo lo haga pocos minutos al día. Este fue el punto más importante para iniciar un cambio en el estilo de vida para lograr una mejoría en la calidad de vida de las personas: Para ello desarrollamos la planificación del trabajo físico, ya que resulto muy importante la actividad física los 5 días de la semana y un horario por la mañana de 2:00 horas, que fueron dedicados a mejorar la aptitud física y mejorar la salud. El ejercicio físico regular contribuyo a combatir todos los malos factores y más aún, al actuar directamente sobre el corazón y los vasos sanguíneos, es uno de los elementos más eficaces para prevenir la aparición y la progresión de las enfermedades.

Todo esto para alcanzar la calidad de vida, que según la OMS es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Los planes de acción de la OMS (1998). Por supuesto los factores genéticos, la herencia que es transmitida a través de los genes, juegan un papel importante en la salud de las personas. Sin embargo es nuestra propia actitud y participación activa, principalmente en los hábitos de vida, lo que hace que logremos una mejor calidad de vida. La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo

así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Limitaciones

Un aspecto importante que se encontró al realizar este estudio fueron las limitantes, entre las que se pueden mencionar si bien existieron resultados favorables en corto tiempo (3 meses de intervención), sería conveniente tener un seguimiento de los cambios para garantizar la efectividad y cambio permanente en las habilidades adquiridas por el Programa de intervención para modificar su actitud por medio de la adquisición de conocimientos de las enfermedades, cambiando los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable y así, por ende mejorar su calidad de vida.

En esta limitante nos demostraron los participantes en el grupo de ayuda mutua que realmente fue muy breve el tiempo de intervención ya que sabiendo ellos que solo duraría 3 meses, al final nos decían; que querían seguir con el grupo debido a los cambios que habían desarrollado y la relación de su nueva red, para lo que como Trabajador social ya estaba preparado y los invite a continuar con el grupo de adultos mayores que están integrados en el Centro Social Ignacio Zaragoza perteneciente a la Dirección General de Desarrollo Social de la Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa, aceptando la mayoría del grupo, a pesar de que el trato sería de adultos mayores saludables, claro con cuidados parecidos al grupo de ayuda mutua por la propuesta que les hice a las autoridades del Centro Social de conformar un Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, por lo menos con un Trabajador Social, un Médico, un Psicólogo, una enfermera y su preparador físico, con el cual tendré algunos acuerdos seguidos, como poder implementar pláticas para el envejecimiento exitoso y saludable. Propuesta que fue recibida con mucho agrado por las autoridades. Cabe hacer mención que dicho Centro Social nos prestó la ayuda para realizar con éxito el Programa de intervención ya que algunos fines de semana en el programa se realizaba natación, por lo que nos prestaron la alberca los fines de semana donde llevamos a cabo las actividades acuáticas del grupo de ayuda mutua.

Otra limitante se encontró en cuanto se recolectaron los datos la gran mayoría tenía estudios no terminados de primaria, no siendo limitantes para la comprensión de conocimientos de sus enfermedades por lo que no fue impedimento para el entendimiento de los temas tratados. Así como, nos dimos cuenta que las mujeres tienen mayor cuidado en su persona por las enfermedades, como se demostró en la participación de la mayoría de ellas, no así los hombres que no asisten al médico por lo que se notó su menor participación en el Grupo de Ayuda Mutua.

Perspectivas para futuras investigaciones

El presente estudio deja abierta la posibilidad a futuras investigaciones de seguir profundizando en la misma línea o desde perspectivas científicas diferentes, ya que es fundamental darnos cuenta de la importancia del apoyo

que se les debe dar a este grupo etario desprotegido y lo que ello nos conlleva, tanto a nivel individual y social en la cuestión saludable, jurídica y política para un envejecimiento exitoso y saludable.

Por consiguiente, se recomienda para próximos estudios, tener mas tiempo de intervención creándoles algún sistema de autoevaluación personal para que no pierdan su control y su actitud se conserve como al final de la intervención para que sigan manteniendo sus aptitudes físicas conseguidas. Hacer convenio con grupos de adultos mayores saludables para continuar con dicha actitud y aptitudes, para seguir manteniendo la motivación, la red social que mantuvieron dentro del grupo, así como, seguir teniendo esa seguridad adquirida para enfrentar a esas enfermedades crónico degenerativas y otras que pudieran tener. Seguir teniendo beneficios individuales y sociales e ir retroalimentándose entre si, afianzando sus habilidades de autocuidado.

Para finalizar la intervención profesional siempre será justificada por la presencia de un problema, esto nos demuestra que el Trabajador Social intervendrá con capacidad en la medida en que sea necesaria su presencia para dar solución individual y grupal a nivel personal, comunal y social, creando las alternativas de solución que sean necesarias para contrarrestar las problemáticas existentes que ha de abordar haciendo tomar conciencia a las personas en pro de modificar su actitud negativa a una positiva. De esta forma el Trabajador Social estará cumpliendo con sus funciones científicas ante el Grupo de Ayuda Mutua al ser un mediador entre las necesidades y la satisfacción de las mismas, conformando e integrando los Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, así como, coordinando los esfuerzos de equipo para lograr con éxito el objetivo trazado para el beneficio individual y grupal a los niveles personales y sociales que requieren para obtener tan ansiado logro de una actitud positiva ante la vida y así, llegar a tener mas años pero con calidad de vida saludables y aceptable.

Es importante que se promueva más la participación y atención a los hombres y no se dejen al abandono y asistan a los servicios de salud y a los Grupo de Ayuda Mutua para modificar su actitud y sea realmente positiva ante la vida y así gozar de vivir más años pero con calidad de vida saludables y lograr una vejez exitosa.

X. CONCLUSIONES

En conclusión, en el presente capítulo los hallazgos obtenidos en este estudio, muestran la influencia que tuvo la integración del grupo de ayuda mutua de los adultos mayores que captamos con hipertensión arterial y diabetes mellitus, en el Centro de Salud “Dr. Rafael Carrillo”, para mejorar la actitud y la calidad de vida. El cual influyó para lograr la modificación de la actitud ante la vida, por medio del desarrollo en forma integral de las habilidades de autocuidado de los 44 integrantes de este grupo de ayuda mutua para lograr la modificación de la actitud, cambiando los estilos de vida, rompiendo con el sedentarismo por actividades físicas, así como, cambiando los hábitos y costumbres de la nutrición no saludable por una saludable, incrementando los conocimientos de su enfermedad, así como, los cuidados médicos y autocuidados no médicos, para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y revertir la vejez patológica a la vejez saludable por medio del grupo de ayuda mutua.

La relevancia de este trabajo residió en el intento de explorar un fenómeno que afecta a este tipo de población en donde los hallazgos obtenidos en este estudio, mostraron la importancia que tiene el desarrollo de forma integral las habilidades del autocuidado en los integrantes del grupo de ayuda mutua y no en forma aislada. De tal manera, que el apoyo social fue el proceso por medio del cual los recursos de la estructura social permitieron satisfacer necesidades en situaciones cotidianas o de crisis. El apoyo social promovió la ayuda mutua, favoreció la acción colectiva (solidaridad y pertenencia). Lo que nos lleva a conformar una red, siendo el vínculo que entrelaza al grupo e individuos dentro de la sociedad y puede ocurrir de varias formas: por medio de las redes sociales personales, en los grupos de apoyo creados en la comunidad y a través de los profesionales de ayuda. (Villalba, 1997). Esto permitió a los integrantes reconocer y visualizar de forma integral sus padecimientos; así como, activar en ellos nuevas habilidades que adquirieron para mantener una mejora en su calidad de vida, debido a sus nuevos estilos de vida saludables adquiridos, gracias al logro de la modificación de la actitud para mejorar su calidad de vida. La gente que hace ayuda mutua, y que están ya colaborando con estos principios y sobre todo a los profesionales de la salud, que lo estimulan y facilitan su constitución, es decir que ayudan a crearlos.

Por lo que el presente estudio se planteó como objetivo implementar el programa de intervención para mejorar la actitud y la calidad de vida. En donde el Trabajador Social junto con el Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo al Grupo de Ayuda Mutua realizaron a través de la capacitación y desarrollo de técnicas didácticas de la competencia de sus disciplinas para favorecer el logro de la Educación para la Salud; con lo que se buscó modificar los hábitos y la adquisición de conductas que permitieron mejorar los estilos de vida y el empoderamiento de la salud, situación que el Equipo de Apoyo realizó a través de la actividad física, la capacitación y el desarrollo de técnicas didácticas para favorecer el logro de este objetivo y sus resultados.

La implementación se realizó con la aplicación y ejecución del plan, con un modelo científico, así como, el diseño bien especificado y estandarizado. Todos estos pasos fueron gestionados y dirigidos por el Trabajador Social, dada las características de la formación académica y de la participación permanente con los Grupos de Ayuda Mutua en el cual se utiliza metodologías de gestión de proyecto. Siendo un abordaje integral de la salud que requirió de implementar intervenciones orientadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar a las personas con problemas de salud. La educación para la salud formó parte principal para la modificación de conducta y el comportamiento de los individuos que les conllevaron a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida saludable. El programa de intervención consistió en acciones sistemáticas, planificadas, orientadas al logro de objetivos y metas, como respuesta a los requerimientos de los pacientes hipertensos y diabéticos que conformaron el Grupo de Ayuda Mutua, siendo desde el principio del Grupo en forma cerrada, es decir, que el número de participantes que lo integraron no fluctuó durante el tiempo de permanencia de los pacientes en el Grupo, a fin de poder darles un seguimiento verdadero en las tres dimensiones biológica, psicológica y social. Por lo que se registraron en un directorio los datos generales del paciente, así como en hojas específicas de seguimiento de los avances y condiciones generales de su estado de salud.

Si bien estos cambios se observaron básicamente en la comparación entre el pretest y en postest, durante la intervención, el trabajador social realizó dos tipos de retroalimentación una dirigida al Equipo interdisciplinario y multidisciplinario de profesionales y Técnicos de la salud de Apoyo al Grupo de Ayuda Mutua y el otro al Grupo de Ayuda Mutua de intervención. En la primera la retroalimentación consistió en identificar los avances del programa para en caso de ser necesario, realizar ajustes acordes con las demandas del grupo.

Mientras que en la segunda, con respecto al Grupo de Ayuda Mutua de intervención, se percató de las modificaciones en las habilidades de autocuidado que los integrantes mismos fueron reconociendo en su persona y externando hacia el mismo grupo (sus pares) de los avances para mejorar y controlar sus padecimientos, gracias a los conocimientos adquiridos por los especialistas y a la activación física realizada, expresando que el Programa de intervención está muy completo y que les ha hecho cambiar su vida, sintiéndose mucho más felices y satisfechos con la vida, que de haber sabido todo esto anteriormente otra cosa hubiera sido en su vida.

Esta parte vivencial del trabajo en grupo enriqueció la dinámica y cohesión del Grupo de Ayuda Mutua, demostrándonos el favorecimiento al cambio de actitud positiva para reconocerse y aceptarse como hipertensos y diabéticos, lo cual fue posible a la intervención personal del trabajador social y la organización del Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, el cual realizó a través de capacitación (educación) para la salud y jugaron el rol de instructores o moderadores ante el grupo, asumieron la responsabilidad de preparar los temas, precisaron los objetivos, delimitaron los contenidos, seleccionaron las técnicas y recursos didácticos, pero sobre todo evaluaron el aprendizaje.

Para dirigir el programa de intervención se designo como coordinador para las actividades del Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, por acuerdo del equipo fue el Trabajador Social, dadas las características de formación académica y de participación permanente en todos los Grupos de Ayuda Mutua. Y porque la intervención del personal de Trabajo Social desde su perfil académico, profesional y cultural, aporta conocimientos y experiencias en su interacción con la población en lo particular al otorgamiento de la atención médica integral que proporcionan las Instituciones de Salud a la población a través de la investigación, organización, capacitación, educación para la salud y redes de apoyo en beneficio del desarrollo bio-psico-social del individuo, del grupo y de la comunidad. Así como, también el Trabajador social hace la intervención de manera científica apoyándose en la base de sus conocimientos basado en la comprensión y explicación de los problemas, normalmente ha lo obtenido de otras ciencias y de otras disciplinas que han estado orientadas históricamente a la investigación básica. Otra fuente de conocimiento es la que proviene de la práctica social y que es usada para guiar la acción de los Trabajadores Sociales. Todos estos conocimientos junto con otros valores, sirvieron para llevar a cabo una buena coordinación e intervención competente.

Por tal situación, el trabajador social fungió como el integrador y dio seguimiento al grupo, coordino y dirigió las actividades del Equipo Interdisciplinario y Multidisciplinario de Apoyo a la salud, logrando mayor coherencia e impacto en el Programa de intervención dirigido al grupo, garantizando una atención de calidad.

Por lo que podemos observar en México los efectos de la transición epidemiológica acompañada del proceso de envejecimiento en la demanda de los servicios de salud y cabe mencionar que en México no ha sido cabal; el descenso de las enfermedades transmisibles de la nutrición y de la reproducción, siguen representando una carga importante y, por tanto, debe hacérseles frente a la vez que las enfermedades crónico-degenerativas demandan recursos importantes. Actualmente el Sistema de Salud en México está más preparado para atender las enfermedades agudas que las crónicas; y en el caso de las crónicas, más en el sentido de evitar la muerte una vez que se presenta el padecimiento que de impedir su aparición. De ahí que se requieran adecuaciones en los servicios de salud de modo que puedan atender la demanda creciente de patologías que afectan más a la población envejecida y que requieren de una atención especializada y de duración hospitalaria prolongada. Aunado a lo anterior se espera que la demanda de servicios de salud crezca debido al incremento de la escolaridad o conocimientos de salud, ya que la gente está más consiente de sus derechos sociales y, por tanto, es capaz de demandar servicios de salud cada vez más adecuados a sus necesidades en términos de cantidad y calidad.

De esta manera nos damos cuenta la necesidad de estas estrategias de prevención y control de las enfermedades crónico-degenerativas desde la atención desde el primer nivel por Equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios de profesionales y Técnicos de la salud de Apoyo al Grupo

de Ayuda Mutua, aplicando Programas de intervención efectivos, siendo importante destacar que la prioridad de educación para la salud tiene que considerarse por que dentro de las causas de mortalidad general destacan problemas que pueden revertirse con programas de prevención, y que de no intervenir oportunamente se transforman en patologías crónico degenerativas, como la diabetes, que no originan la muerte inmediata, pero que si requieren de un alto costo en el tratamiento médico y quirúrgico a largo plazo, originan perdida de productividad por discapacidades asociadas y muerte prematura. Esta pandemia, tiene múltiples impactos en lo social, familiar y económico, pues sus complicaciones, cada vez más severas, implicando un costo financiero adicional considerable. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad son un problema de salud pública en nuestro país. Es por esto que el sistema de salud requiere de este tipo de estrategias de intervención para que se multipliquen en beneficio de estos pacientes, así como, disminuir los gastos económicos que genera el alto costo de su tratamiento y de la prevención de sus complicaciones, tanto para el paciente como para el sector salud.

Debido a todo lo visto anteriormente, concluimos que la investigación realizada cumplió los objetivos planteados y respondió a las preguntas formuladas. No obstante, los resultados encontrados son representativos de la muestra por lo que no pueden generalizarse.

Bibliografía

Alarid Jaime, Humberto. (1992). Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Méndez, México.

Alayón, Norberto. (1985). Perspectivas del Trabajo Social. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.

Alayón, Norberto. (1986). Reflexiones sobre Trabajo Social. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.

Alayón, Norberto. (1986). El Trabajo Social de hoy y el mito de la Asistencia Social. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.

Alayón, N. (1987). Definiendo al trabajo social. Ed. HVMANITAS, Buenos Aires, Argentina.

Alegría, Paula. (1992). Manual de Trabajo Social. Ed. El Ateneo, México.

Álvarez, G. (1995). La nutrición: Un enfoque bioquímico. Ed. Limusa, México.

Ander-Egg, E. (1982). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Ed. El Ateneo S. A., México.

Ander-Egg, Ezequiel. (1984). El Desafío de la Reconceptualización. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.

Ander-Egg, Ezequiel. (1986). Ideología, Política y Trabajo Social. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.

Ander-Egg, Ezequiel. (1989). Desarrollo de la Comunidad. Editorial "El Ateneo", México.

Ander Egg, Ezequiel. (1992). Introducción al Trabajo Social. Ed. Siglo XXI España Editores. España.

Ander-Egg, E. (1995). Diccionario del trabajo social. Ed. EL LUMEN, Buenos Aires.

Ander-Egg, E. (2003). Historia del Trabajo Social. Edit. Félix Varela. La Habana.

Andrien, M. (2001). Nutrición y comunicación: de la educación en nutrición convencional a la comunicación social en nutrición. Ed. Universidad Iberoamericana, Departamento de Salud, México, D. F.

A. Lima, B. (1983). Epistemología de trabajo social. Ed. HVMANITAS, Buenos Aires, Argentina.

Arreola, A. (1995). Psicología para el bachillerato. UNAM. México.

Asili, N. (2004). Vida plena en la vejez. Ed. PAX MEXICO, México, D. F.

Balaguer I, Pastor Y. y Moreno Y. (1999). Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. Revista Valenciana de Estudios Autonómicos.

Basu K. y López-Calva Luís F. (2003). "Functionings and Capabilities". En Arrow, A. Sen y K. Suzumura, ed., Handbook of Social Choice and Welfare. Elsevier-North Holland. Conapo (Consejo Nacional de Población). 2001. Índices de Desarrollo Humano, 2000. México.

Baran, Paul y Paul M. Sweezy, (1996). Monopoly Capital: An Essay on the American Economic and Social Order, Nueva York: Monthly Review Press

Bartholomew LK, Parcel GS y Kok G. (1998). Intervention mapping: a process for developing theory-and evidence-based health education programs. Health Education and Behavior. Filadelfia.

Barrón, A., Lozano, P. Y Chacón, F. (1988). Autayuda y Apoyo Social. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), Psicología Comunitaria (pp. 205-225). Madrid: Visor.

Barrón, A. (1996). Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.

Bauer, M. y Ziegler, G. (2003). La aventura del hombre. Ed. Maeva, Madrid.

Benkert, O. (1981). Reconocimiento del Síndrome Depresivo. Ed. Laboratorio Horhst, S. A., Alemania.

Birren, J. (1996). Historia de la Gerontología. En J. Birren (ed.), *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego: Academia Press.

Borman, F. (1992). “Grupos de Ayuda Mutua para estrategias para la salud, en Katz, A. H., H. L. Hendrick, D. H. Isenberg, L. M. Thomson, T. Goodrich y A. H. Kutscher (ed) *Self-help: Concepts and Applications*, The Charles Press, Filadelfia.

Braveman, Harry, (1974). Labor and Monopoly Capital: The Degradation of Work in Twentieth Century. New York: Monthly Review Press

Britos, N. (2006). Ámbito profesional y mundo del trabajo: políticas sociales y trabajo social en los noventas. ed. Espacio, Buenos Aires.

Calvo V, Cesar G. (1999). La atención del paciente con hipertensión arterial. Un enfoque para el consultorio. Ed. JGH, Vol. 2, México.

Campillo Alvarez, José Enrique, (2006). El mono obeso. Ed. Crítica, Barcelona.

Canals, J. (1995). “Grupos de ayuda mutua. Familia y vejez: mitos y realidades. Cultura, tradiciones y arte voluntario”. En Zayas, I. y L. Pérez Caballero (eds), *Jornadas por una vejez activa*, Barcelona, SG Editores.

Cardenal, V. (1999). El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal. Ed. Aljibe, Málaga, España.

Castellanos, María C. (1984). Manual de trabajo social. Ed. La presa medica mexicana S.A., 2a. reimpresión, México.

Cartwright, D. y Zander, A. (1983). Dinámica de Grupos. Investigación y Teoría. Ed. Trilla, México.

Cazares, Y. M. (1998). Manejo efectivo de un grupo: el desarrollo de los grupos hacia la madurez y la productividad. Ed. Trillas, México.

Crimmins, E. y Emmanuelle C. (2003). "Social inequalities in health expectancy", en Robine, Jean-Marie et al., Determining health expectancies. John Wiley & Sons Ltd., West Sussex. Canada.

Comelles, J. M. (1985 a). "Sociedad, Salud y enfermedad: los procesos asistenciales". Jano, Madrid.

Comelles, J. M. (1985 b). "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales". Jano, Madrid.

Contreras de Wilhelm, Yolanda. (1987). Trabajo Social de Grupos. Ed. Pax-México, México D. F.

Córdova, A. (1999). Nutrición y envejecimiento: importancia de los oligoelementos. Ed. Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Valladolid.

Cooper, Kenneth H. (1973). Aerobics. Ed. Diana, S.A. México, D.F.

Curcio, C. (1999) Calidad de Vida en Ancianos. Revisiones Geriátricas. Santa fe de Bogotá.

Custer, D. (1981). La mente en las relaciones humanas. Ed. C.E.C.S.A., México.

David, J. (2003). Juguemos antes que se acabe. Ed. Lumen-Humanitas, Buenos Aires; México.

De la Fuente, R. (1985). Psicología Médica. Ed. F. C. E., México.

Dosil, J. (2004). Psicología de la actividad física y del deporte. Ed. McGraw-Hill, Madrid; México, depósito legal.

Dulcey, E. (1991). Envejecimiento y Calidad de Vida. Centro de Psicología Gerontológica y Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá. Colombia.

Eiser, J. R. (1989). Psicología Social. Pirámide. Madrid.

Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. 1993-2001 Microsoft.

Espinosa, E. y Libreros, M. (1995). Modelo básico para el mejoramiento de la calidad de vida del viejo recluso durante su permanencia en la cárcel del distrito judicial de Cali. Santiago de Cali. Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura, Valle, Colombia.

Evangelista, Eli. (2001). "Historia del Trabajo Social en México". Ed. Plaza y Valdez, México.

Fericgla, J. (1992). Envejecer. Una Antropología de la Ancianidad. Barcelona: Anthropos.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Ed. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Gerontología: un apunte conceptual. Revista Española de Geriátría y Gerontología, Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Ed. Pirámide, Madrid.

Eiser, J.R. (1989). Psicología Social. Madrid. Pirámide, Madrid.

Flores González, María Luisa. (1988). Antecedentes de la ayuda en el mundo y en México, ed. ENTS-UNAM. México,

Fox, B. A. (1992). Ciencia de los alimentos, nutrición. Ed. Limusa, México.

Gallardo, C. (2001). "Los grupos de ayuda mutua en la comunidad de Madrid, Perspectiva de los Médicos de Atención Primaria". Tesis doctoral, Madrid.

- Gaspar, O. (1998). Calidad de Vida en la Tercera Edad. Ed. Limusa. Colombia.
- Getchell, B. (1984). Condición Física. Cómo mantenerse en forma. Ed. Limusa, México.
- González, Á. (1997). Clínica de hipertensión arterial. Ed. Médicas Actualizadas, S.A., cuatro tomos México.
- González, F. (1988). El mexicano Psicología de su destructividad. Ed. Pax-México, México.
- González, R. (2005). Psicosociología de los grupos pequeños: comunicación, procesos de influencia y aprendizaje del trabajo en equipo. ED. Universitas, Madrid.
- Green L, Kreuter MW, Deeds SG y Partridge KB. (1980). Health education planning. A diagnostic approach. California, Mayfield Publishing Company.
- Gutiérrez, L. M. (2004). “La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento”. En CONAPO, la situación Demográfica de México, 2004. CONAPO, México.
- Hamilton, Gordon. (1992). Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos. La Presan Médica Mexicana, México.
- Haiman Franklin, Saúl. (1990). La Dirección de Grupos: Teoría y Práctica. Ed. Limusa, México.
- Hernández, A. (1989). La administración pública y el profesional en trabajo social. Ed. Inap, México, D. F.
- Inglehart, Ronald. (2000). Modernización y Posmodernización: el cambio cultural, económico y político en 43 sociedades, Ed. Siglo XXI, Madrid.
- Jagger, C. (1999). Health expectancy calculation by the Sullivan method, nupri. Research Paper Series N° 68, Nihon University, Tokyo, 37 pp.

Katz, Alfred H.; Hannah L. Hedrick; Daryl Holtz Isenberg; et. al., (1992). *Self-Help; Concepts and Applications*, Edit. The Charles Press, Philadelphia, EEUU,

Kirsten Rainer E. (1990). Trabajo Social de grupos, entrenamiento de grupos ed. Mensajero, México.

Kliempt, P. et all. (2000) Measuring the outcomes of care in older people: a non-critical review of patient based measures. I. General Health Status and Quality of life instruments. *Reviews in Clinical Gerontology*,10:33-42.

Krugman, Paul. (1998). La era de las perspectivas limitadas, Ed. Ariel, Barcelona.

Kurtz, Linda F. (1997). *Self-help and Support Groups. A Handbook for Practitioners*, Sage Publications, Londres.

Lima, Boris Alexis. (1989). Contribución a la Epistemología del Trabajo Social. 3ra Edición Humanitas, Buenos Aires.

Lindgren, H. (1982). Introducción a la psicología social. Ed. Trillas. México.

Loo, I. y Hernandez, G. (2007). Educación y autocuidado de la persona diabética. Ed. Irene Loo Morales. UNAM. México.

Mahon Herberto. (1991). Excelencia: Una Forma de Vida. Ed. Vergara, Buenos Aires.

Malagón, C. (1999). Nutrición y dietética deportiva. Ed. Kinesis, Colombia.

Mann, L. (1972). Elementos de la psicología social. Ed. Limusa. México.

Max-Neff, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjöld. Santiago de Chile.

McCary, J. (1996). Sexualidad humana. Manual Moderno. México.

McFarlane, Stewart. (1998). Manual completo de T'AI CHI. Ed. Javier Vergara, S.A., México, D.F.

Melgosa, J. (1997). ¡Sin estrés! Ed. Sanfeliz, México.

Mendoza, L. (1999). Manual de grupos de autoayuda: sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda. Ed. Secretaria de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, México, D. F.

Montenegro, O y Laguna, A. (1998). Reflexiones Sobre El envejecimiento y La Calidad de Vida. Universidad de Alicante, España.

Morales, J. (1994). Psicología social. Ed. Mc Graw Hill. México.

Morales, J., Moya, M., Gaviria, E., y Cuadrado, I. (2007). Psicología social. Ed. Mc Graw Hill. México.

Mosteller, F., and Falotico L Taylor, J. (1989). Analinity of Live and Tecnology assesment. National Academy Press. Washington. D.C. USA.

Nussbuam, M, y Sen, A. (1996). La Calidad de Vida. Fondo de Cultura Económica, México.

Nussbaum, P. D. (1997). Handbook of Neuropsychology and aging. Nueva Cork: Plenum Press, USA.

Odriozola, J. M. (1994). Nutrición y deporte. Ed. EUDEMA, Madrid.

Orridge, M. (2001). Otras 75 maneras de hacer divertida la capacitación: una segunda colección de actividades estimulantes. Ed. Panorama, México.

Ortiz, B. (1993). Medicina, salud y nutrición aztecas. Ed. Siglo XXI, México.

Pastor Y, Balaguer I y García-Merita MI. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. Revista de Psicología de la salud. Valenciana, España.

Pastor Y. (1999). Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.

Pardiñas, Felipe. (1975). Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. Ed. Siglo XXI, S.A., México, D.F.

Perlman, Helen Harris. (1980). El trabajo social individualizado, ed. Rialp. Madrid, España.

Quintero, G. (1998). La salud funcional y el bienestar como componentes de la calidad de vida en la vejez. En: Envejecimiento: Experiencias y perspectivas. AIG de Colombia. Santafé de Bogotá. Colombia.

Sáez, S. (2002). Conducción de grupos y rol del coordinador: material didáctico. Ed. Milenio, Lleida.

Salas, E. (1997). ¿Cómo Orientar?. Ed. Universitaria, S. A., Santiago de Chile.

Salazar, J. (1999). Psicología social. Ed. Trillas. México.

Sampieri, H. (1998). Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw Hill. México.

San Martín, H., y Pastor, V. (1988). Salud comunitaria: Teoría y Práctica. Ed. Díaz de Santos, Madrid.

San Martín, H. y Pastor, Y. (1990). Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana. México.

Schaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R.S. (1981). Las Funciones Afines a la Salud de Apoyo Social. Periódico de Comportamiento en la Medicina, 4(4), 381-406.

Sallis JF. (1993). Promoting Healthful Diet and Physical Activity. En: Millstein SG, Petersenm AC y Nightingale EO, editores. Promoting the Health of Adolescents. New Directions for the Twenty-first Century. New York, Oxford University Press.

Silva, A. R. (1975). Psicología del deporte y preparación del deportista. Ed. Kapeluz, Buenos aires.

Sheidlinger, S. (2004). "Group Psychoterapy and Related Helping Groups Today: an Overview". Ann J. Psychoter. USA.

Simonson, R. (1981). Dietas Normales y Terapéuticas. Los alimentos en la salud y la enfermedad. Ed. La presa medica mexicana S.A., 2a. reimpresión, México.

Smith, E. y Mackie, D. (1997). Psicología social. Panamericana. México.

Torre, A. (1992). Las tres fuentes de salud y longevidad: ejercicio, nutrición, actitud mental. Ed. Diana, México.

Torres, C. (1999). Dinámica de grupos en formación de formadores: casos prácticos. Ed. Herder, Barcelona.

Tschorne, P. (1990). La dinámica de grupo aplicada al trabajo social. Ed. Obelisco, Barcelona.

Tschorne, P. (1997). Dinámica de grupo en trabajo social, atención primaria y salud comunitaria. Ed. Amaru, Salamanca.

Raven, B. (1981). Psicología social; las personas en grupos. Continental. México.

Richmond, Mary Hellen. (1977). Caso social individual, ed. HUMANITAS, Buenos Aires, Argentina.

Ridley, M. 2000. Genoma. ED. Taurus, Madrid.

Riquelme, A. (1997). Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Rivero, J. (2005). Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud: claves de un nuevo modelo socio-sanitario. Ed. Plaza y Valdés, México, D. F.

Robertis, Cristina. (1996). Metodología de la intervención en trabajo social, ed. el ateneo, México,

Robinw, J-M. (1999). Peut-on espérer vivre à la fois longtemps et en bonne santé? Actes de congrés scientifique Autonomie et Vieillessement, Institute Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Canada.

Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. Trillas. México.

Rodríguez, M. (1991). Hacia la estrella con pasión y la ciudad auestas. Ed. de la casa chata, México.

Rodríguez Marín, J. (1995). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades: estilos de vida y salud. En: *Psicología social de la salud*. Madrid: Ed. Síntesis.

Rodríguez-Marín J y García JA. (1995) Estilo de vida y salud. En: Latorre, JM, editor. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid, Síntesis.

Rojas, E. (2001). ¿Quién eres? : De la personalidad a la autoestima. Ed. Temas de Hoy, Madrid.

Rojas, R. y Ruiz, A. (1991). Apuntes de la vida cotidiana. Ed. Plaza Valdés, S. A., México.

Rosado, M. Á. (1995). Dinámicas de grupo y orientación educativa. Ed. Trillas, México.

Ruíz, Á. G. (2007). El Derecho social en México a inicios del siglo XXI: una visión en conjunto. Ed. Porrúa: Universidad de Guadalajara, México: Porrúa.

Uribe, M. (1998). Medicina Interna. Ed. Panamericana, México.

Valero, A. Compiladora. (1980). Antología de lecturas Básicas, teoría de trabajo social. Editorial Secretaría de Educación Pública, México.

Valero, A. Compiladora. (1980). Trabajo social con grupos. Editorial Secretaría de Educación Pública, México.

Valero Chávez, Aída. (1994). El trabajo social en México. desarrollo y perspectivas, ed. Escuela Nacional de Trabajo Social- Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Villa, V. (2007). El adulto mayor. Ed. Trillas, México.

Villalba, C. (1997). “Nuevos retos para los servicios sociales: la colaboración con los sistemas de ayuda informal y la atención especial a los cuidadores familiares”, Apuntes de Psicología, México, D. F.

Salazar, J. (1999). Psicología social. Ed. Trillas. México.

Sampieri, H. (1998). Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw Hill. México.

Sánchez Rosado, Manuel. (1996). Manual de trabajo social, ed. Escuela de Trabajo Social-Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Schalock, Robert L. (1994). Quality of life, quality enhancement, and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and developmental disabilities. Evaluation and Program Planning. New York, Oxford University Press.

Sen, A. (1997). Bienestar, Justicia y Mercado. Primera edición. Edición Paidós. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

Sheidlinger, S. (2004). “Group Psychotherapy and Related Helping Group Today: an Overview”, Ann J. Psychother., New York, USA.

Smith, E. y Mackie, D. (1997). Psicología social. Panamericana. México.

Weinberg, R. S. (1996). Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico. Ed. Ariel, Barcelona.

Whittaker, J. (1979), La psicología social en el mundo de hoy. Ed. Trillas. México.

Wills, T.A. (1981). Principios comparativos de melancolía en psicología social. (Eds.) *Social Support and Health* (pp. 61-82). Nueva York.

Yates, F. E. (1996). Teoría de la Vejez: Biológica. En J. Birren (ed.), *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego: Academia Press.

LEGISLACIÓN

Comentarios a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, México: Pac, 2007. Báez Martínez, Roberto.

La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos / Jaime Cárdenas, México, D. F.: Nostra, 2007

Ley orgánica de la administración pública federal y disposiciones complementarias / revisión y actualización por Miguel Carbonell. México: Porrúa, 2006.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores / (SEDESOL e INAPAM). Secretaria de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

HEMEROGRAFIA

Diario Oficial de la Federación, **Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus**, México, D. F., 28 de febrero de 2000.

Diario Oficial del Distrito Federal, **Reglamento de la Ley que establece el Derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de setenta años residentes en el Distrito Federal**. México, D. F. a 31 de diciembre de 2003.

Diario Oficial del Distrito Federal, **Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral**. México, D. F. a 22 de mayo de 2006.

Diario Oficial del Distrito Federal, **Acuerdo mediante el cual se emite el programa de Visitas Médicas Domiciliarias para adultos mayores de setenta años en el Distrito Federal**. México, D. F. a 26 de septiembre de 2005.

Norma Oficial Mexicana NON-015-SSA2-1994 para la **Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en la Atención Primaria a la Salud**. Propuesta de modificación 1999.

Norma Oficial Mexicana NON-015-SSA2-1994 para la **Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus**, 1999.

Norma Oficial Mexicana NON-030-SSA2-1999 para la **Prevención, tratamiento y control de hipertensión arterial**. 1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la **Vigilancia Epidemiológica**.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, del **Expediente Clínico**.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para el **Manejo Integral de la Obesidad**.

Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. Secretaria de Salud. 2001.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la **Previsión, Tratamiento y Control de la Dislipidemias.**

Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la **Previsión, Tratamiento y Control de la Diabetes.** Modificación a la Norma Oficial Mexicana de la diabetes 2003. **Consenso Uso de Combinaciones en el Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2.**

DOCUMENTOS

Guía de detección integrada de diabetes, obesidad e hipertensión arterial. Secretaría de Salud. México 2002

Grupos de ayuda mutua; Guía Técnica para su funcionamiento, programa de salud, en el adulto y en el anciano. Secretaría de Salud; México D. F. 2001.

Guía práctica clínica, criterios comunes mínimos. En Diabetes Mellitus, Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2006.

Lineamientos generales para la capacitación a los integrantes de los clubes de diabéticos e hipertensos de los centros de salud. Servicios de Salud Pública del Distrito Federal 1999.

Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. Secretaría de Salud. México 2002.

Control de la Presión Arterial para Personas de 60 años en adelante. Guía Clínica para Médico. Subsecretaría de Previsión y Control de Enfermedades, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Programa de Salud del Adulto y el Anciano, Secretaría de Salud. México, 1998.

Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial. Secretaría de Salud. México 2002.

Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes. Secretaría de Salud. México 2002.

Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua (2008), Subdirección de Previsión y Protección a la Salud de la Subdirección General Medica del ISSSTE 6 de Febrero de 2008.

Exercise and Your Heart. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute.

Valor Nutritivo de los Alimentos consumidos en México. INNSZ, México.

Pioneros en la investigación de la Diabetes. Documento de la empresa farmacéutica de Hoechst.

Estudios de la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y diabetes mellitus en población trabajadora de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal. Secretaría de Salud. 1988.

Perfil hemodinámico e influencia del medio interno en la hipertensión arterial esencial. Dr. José F. Guadalajara Boo del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

La ciudadanía y las personas adultas mayores. Una red de protección ciudadana. Gobierno del Distrito Federal.

Publicación para la vida, Hacia la medicina preventiva y la educación para la salud. En colaboración de la UNICEF, UNESCO, OMS, IMSS Y MUNJP.

Guía metodológica para aplicación y seguimiento a los comités locales en el proceso de mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal. 1996.

Revista del hospital General "Dr. Manuel Gea González", Nefropatía en la diabetes mellitus del adulto. Secretaría de Salud. México 1998.

Deporte y Recreación para la Rehabilitación. Cuaderno de Educación Especial, S.E.P. 1997.

Trabajo en equipo, Dirección General de Desarrollo Social, Gobierno del estado de Chihuahua.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores / (SEDESOL e INAPAM) Secretaria de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. 2007.

Gaceta UNAM, 1 de septiembre de 2008. Número 4,096.

Austria. (1983). ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO. Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento: Naciones Unidas,

Encuesta Nacional de Salud 2000. 2. La salud de los adultos. Instituto Nacional de Salud Pública. 1ª. Ed.2003.

Epidemiológica. Programa de Salud del Adulto y el Anciano. SSA. México. 2002.

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Publicado en el D. O. F., el 31 de mayo de 2007.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Publicado en el D. O. F., el 31 de mayo de 2007.

Plan Nacional de Salud 2007-2012.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en México. Informe sobre Desarrollo Humano México 2002.

Informe del índice de desarrollo humano (2010). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

El Programa de las Naciones Unidas. Organización mundial de la salud. OMS (1986). Doce indicadores de salud. Ginebra. Suiza.

El Programa de las Naciones Unidas. Organización mundial de la salud. OMS (1993).

El Programa de las Naciones Unidas. Organización mundial de la salud. OMS (1997).

Los planes de acción de la OMS (1998).

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004: Hacia una Política Multisectorial en Apoyo para Actividades Físicas, <http://www.who>.

La Asamblea Mundial de la Salud reunida en Alma-ata en 1978

Declaración de Alma Ata, (1978). Todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. OMS, Ginebra.

La **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. (Octubre de 1986), Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, se celebró en Ottawa (Canadá). Se celebró, bajo los auspicios de la OMS

La **Declaración de Yakarta** (julio de 1997). En Conferencia sobre Promoción de la Salud.

La Cuarta Conferencia sobre Promoción de la Salud, (julio de 1997). *Nuevos Actores para una Nueva Era: Guiando la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI*, celebrada en Yakarta (Indonesia). Se celebró, bajo los auspicios de la OMS

Organización de las Naciones Unidas (ONU), (1982), Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Informe de la Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de (Viena, 1982).

Organización de las Naciones Unidas (ONU), (2002), Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Informe de la Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento acerca de la labor de su segundo periodo de sesiones, anexo IV, Proyecto de Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento 2002, Madrid, 8-12 de abril.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (2002), resolución CE130 R19, La salud y el envejecimiento, 130ª. Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D. C., 24-28 de junio.

Instituto Nacional de las Mujeres. INM (2005). Mujeres y hombres en proceso de envejecimiento. Dirección de Estadística, México. Contigo es posible.

Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaria de salud, México 2001.

Guía para mantener bajo el colesterol. Secretaria de salud, México 2006.

Manual de mantenimiento de la salud para personas que viven con Diabetes Mellitus, Instituto Carlos Slim de la Salud, México D.F.

Manual de mantenimiento de la salud para personas que viven con Hipertensión Arterial, Instituto Carlos Slim de la Salud, México D.F.

Manual de mantenimiento de la salud para personas que viven con Sobrepeso u Obesidad o quienes controlan su peso, Instituto Carlos Slim de la Salud, México D.F.

SITIOS WEB

1. Secretaria de Salud, México. www.salud.gob.mx
2. (INEGI) Instituto Nacional de Geografía, estadística e informática. www.inegi.gob.mx
3. (CONAPO) Consejo Nacional de Población. www.conapo.gob.mx
4. CONAPO, 2006. Proyecciones de la población de México. www.conapo.gob.mx

GLOSARIO DE TERMINOS

Como nos marca el **Artículo 3o.** Para los efectos de Ley del adulto mayor (Op. Cit. 2007), se entenderá en el inciso, VI. **Geriatría.** Es la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas mayores; VII. **Gerontología.** Estudio científico sobre la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de la misma; VIII. Integración social. Es el resultado de las acciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal, las familias y la sociedad organizada, orientadas a modificar y superar las condiciones que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral; IX. Atención integral. Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias; X. Calidad del servicio. Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales.

***ANEXOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Escuela Nacional de Trabajo Social
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Cuestionario de escala tipo Likert



Este cuestionario es anónimo, completamente confidencial para fines académicos y de beneficio social a la comunidad de los adultos mayores con posibilidades de integrar el grupo de ayuda mutua de donde tomaremos los datos para análisis estadístico.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones; por favor coloque una **X** en el espacio correspondiente a la respuesta que mas se identifique con usted, recuerde que a cada frase le corresponde un número. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que usted piense con detenimiento cada pregunta

- TOTALMENTE DE ACUERDO 1
- DE ACUERDO 2
- DESACUERDO 3
- TOTALMENTE EN DESACUERDO 4

| ITEMs | TOTALMENTE DE ACUERDO | DE ACUERDO | DESACUERDO | TOTALMENTE EN DESACUERDO |
|---|-----------------------|------------|------------|--------------------------|
| 1.- Consumo alimentos nutritivos diariamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.- Mis alimentos me gustan siempre fritos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.- Es importante saber que alimentos son nutritivos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.- Consumo frutas diariamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.- Repito platillos de comida frecuentemente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.- Siento que es bueno realizar mis tres alimentos diarios (desayuno, comida y cena) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.- Bebo Diariamente refrescos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.- Veo toda la tarde la Televisión | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.- Consumo carne de puerco más de tres veces a la semana | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10.- Hago ejercicios diariamente para sentirme saludable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11.- Consumo sopas de pasta Diariamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12.- Como entre comidas frituras | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.- Si reduzco el consumo de sal me beneficiara en la salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14.- Me paso sentado mucho tiempo durante el día | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15.- Cuando estoy enfermo asisto al médico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.- Acudo al médico con oportunidad para revisión | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17.- Consumir verduras me beneficia para reducir de peso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18.- Consumo de más de cuatro tortillas en mis alimentos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.- Tengo frecuentemente problemas con mi familia | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 20.- Camino más de 30 minutos seguidos diariamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21.- La inactividad física me afecta en mis enfermedades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.- Controlo mis enfermedades médicamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23.- Me ayuda mucho tener con quien platicar mis males para sentirme mejor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24.- Sigo fielmente las indicaciones del médico para tratar mis enfermedades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25.- Me siento mejor al entender el control médico y no médico (por medio de un grupo de ayuda mutua) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26.- Si mejoro mi dieta alimenticia estaré más saludable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27.- Si comparto mis experiencias con otros, me ayudará a mejora mi calidad de vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28.- Si modifico mis hábitos de vida sedentarios mejorara mi calidad de vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29.- Si adquiero conocimientos sobre mis enfermedades mejorara mi calidad de vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30.- Si participo en el grupo de ayuda mutua puedo mejorar mi calidad de vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31.- Si estoy bajo control médico me ayudará a mí salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32.- Consumo más de dos panes diariamente en los alimentos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33.- Consumo embutidos Diariamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34.- Mis bebidas me gustan con mucha azúcar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35.- Mis alimentos me gustan con mucha manteca o aceite | 1 | 2 | 3 | 4 |

“Gracias por su cooperación”



Vivir Mejor

Tu salud nos mueve



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Trabajo Social
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Apartir de los 60 años en adelante

Este cuestionario es anónimo, para fines puramente académicos y de beneficio social a la comunidad de los adultos mayores que viven en los ocho barrios de la Delegación del Gobierno del Distrito Federal en Iztapalapa.

Para llenarlo, marque con una X en el paréntesis (X), si la contestación es afirmativa.

1.- ¿Barrio al que pertenece?: _____

2.- ¿Cuál es su edad? Tengo _____ años

3.- ¿Cuál es su sexo? Femenino () Masculino ()

4.- ¿Qué enfermedades padece usted?
Hipertensión Arterial () Diabetes Mellitus ()
Otras: _____

5.- ¿Qué tratamiento esta realizando?
Medicamentos () Dietas () Ejercicios Físicos ()
Ninguno () ¿Por qué no?: _____

6.- ¿Qué alimentos come durante la semana?
Leche () Huevos () Carne () Pescado ()
Frutas () Verduras () Cereales y Leguminosas ()
Desayuna () Merienda () Come () Cena ()

7.- ¿Cuántos días a la semana hace ejercicios físicos?
Siete días () Cinco días () Tres días ()
Dos días () Un día () Ninguno ()

¿Por qué no hace ejercicios físicos?

8.- ¿Cómo me tratan?

| | MUY BIEN | BIEN | REGULAR | MAL |
|----------------------|----------|------|---------|-----|
| En la familia | () | () | () | () |
| En la comunidad | () | () | () | () |
| En la sociedad | () | () | () | () |
| En las instituciones | () | () | () | () |

¿Cuáles instituciones? _____

9.- ¿Desea formar parte de un grupo de ayuda mutua para mejorar su calidad de vida y compartir experiencias con otros Adultos Mayores?
Si () No () ¿Por qué no? _____



CUESTIONARIO VOLUNTARIO DE INVESTIGACION

PARA DETECTAR ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS QUE ASISTEN
PARA HACERSE EL DIAGNOSTICO VOLUNTARIAMENTE EN EL C.S. T-III "RAFAEL CARRILLO"

| NOMBRE DEL ADULTO MAYOR | EDAD EN AÑOS | SEXO MAS. O FEM. | PESO EN KG. | ESTATURA EN CM. | EI IMC (peso/talla) | PRESION mm Hg milímetros de mercurio | GLUCOSA mg/dl miligramos por decilitro | FECHA DE TOMA DE DATOS |
|----------------------------------|--------------|------------------|-------------|-----------------|---------------------|--------------------------------------|--|------------------------|
| Isidora Castillo Benítez | 64 | F | 56.000 | 1.45 | 26.64 | 170/100 | 386 | 07-07-10 |
| Rosa María Campos Campos | 60 | F | 74.500 | 1.48 | 34.01 | 140/80 | 140 | 07-07-10 |
| Jorge Gildardo Menguer Hernández | 64 | M | 89.000 | 1.68 | 31.53 | 150/80 | 222 | 08-07-10 |
| Eugenia Granados | 80 | F | 58.500 | 1.46 | 27.44 | 160/70 | 216 | 09-07-10 |
| Margarita Galicia Romero | 73 | F | 76.000 | 1.51 | 33.33 | 150/70 | 192 | 09-07-10 |
| Herminio Galicia Romero | 68 | M | 99.000 | 1.70 | 34.26 | 150/80 | 245 | 12-07-10 |
| Wilfrido Castillo Benítez | 60 | M | 56.500 | 1.52 | 24.46 | 140/90 | 300 | 12-07-10 |
| María del Carmen Bustos Gómez | 68 | F | 56.000 | 1.47 | 25.92 | 140/90 | 312 | 12-07-10 |
| Gabina Piña Piña | 69 | F | 76.500 | 1.50 | 34.00 | 150/90 | 130 | 12-07-10 |
| Barbará Guadalupe González Pérez | 61 | F | 75.000 | 1.49 | 33.78 | 140/90 | 125 | 13-07-10 |
| María Esperanza García | 74 | F | 59.500 | 1.48 | 27.16 | 140/80 | 190 | 15-07-10 |
| María Elvira Merlos Mendiola | 62 | F | 61.000 | 1.64 | 22.68 | 130/80 | 169 | 15-07-10 |
| Ángel Roldan Pérez | 67 | M | 64.000 | 1.58 | 25.64 | 160/80 | 143 | 16-07-10 |
| Cira Álvarez Cid | 69 | F | 53.300 | 1.47 | 24.67 | 140/80 | 190 | 19-07-10 |
| Esperanza Cabello Calzada | 84 | F | 50.500 | 1.46 | 23.69 | 140/90 | 212 | 19-07-10 |
| Juana Josefina Lujano Saldivar | 69 | F | 68.000 | 1.46 | 31.90 | 130/90 | 152 | 19-07-10 |
| Saúl Lozada Rivera | 62 | M | 70.000 | 1.69 | 24.51 | 130/90 | 420 | 20-07-10 |
| Josefina Naranjo Ramírez | 60 | F | 51.400 | 1.54 | 21.67 | 150/90 | 396 | 21-07-10 |
| Benita Corona Granados | 78 | F | 62.500 | 1.54 | 26.35 | 140/80 | 201 | 21-07-10 |
| Esperanza Rodríguez Muñiz | 61 | F | 43.000 | 1.44 | 20.74 | 140/70 | 129 | 22-07-10 |
| Matilde Peralta Hernández | 78 | F | 50.000 | 1.39 | 25.88 | 140/80 | 191 | 22-07-10 |
| Soledad Sánchez Ortega | 61 | F | 68.500 | 1.50 | 30.44 | 140/80 | 130 | 22-07-10 |
| Bernarda García Munguía | 60 | F | 70.000 | 1.55 | 29.14 | 140/70 | 153 | 22-07-10 |
| Fernando Díaz Arias | 70 | M | 68.000 | 1.72 | 22.99 | 140/80 | 140 | 23-07-10 |



CUESTIONARIO VOLUNTARIO DE INVESTIGACION

PARA DETECTAR ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS QUE ASISTEN
PARA HACERSE EL DIAGNOSTICO VOLUNTARIAMENTE EN EL C.S. T-III "RAFAEL CARRILLO"

| NOMBRE DEL ADULTO MAYOR | EDAD EN AÑOS | SEXO MAS. O FEM. | PESO EN KG. | ESTA TURA EN CM. | EI IMC (peso/talla) | PRESION mm Hg milímetros de mercurio | GLUCOSA mg/dl miligramos por decilitro | FECHA DE TOMA DE DATOS |
|-----------------------------|--------------|------------------|-------------|------------------|---------------------|--------------------------------------|--|------------------------|
| Juana Espinoza Neria | 65 | f | 67.500 | 1.46 | 31.67 | 130/80 | 302 | 26-07-10 |
| Juana Hernández Bobadilla | 66 | f | 59.000 | 1.44 | 28.45 | 150/90 | 131 | 26-07-10 |
| Graciela Mendoza Martínez | 60 | f | 53.000 | 1.52 | 22.94 | 140/80 | 139 | 26-07-10 |
| Emilia Flores Galaza | 61 | f | 69.000 | 1.57 | 27.99 | 130/90 | 145 | 26-07-10 |
| Arturo Hernández Jiménez | 65 | m | 62.500 | 1.71 | 21.37 | 130/90 | 243 | 27-07-10 |
| María P. Hernández Sánchez | 60 | f | 62.300 | 1.45 | 29.63 | 130/90 | 170 | 27-07-10 |
| Raúl Castillo Hernández | 61 | m | 59.000 | 1.54 | 24.88 | 130/80 | 294 | 28-07-10 |
| Imelda Sotelo Torres | 65 | f | 69.000 | 1.54 | 29.09 | 140/90 | 226 | 28-07-10 |
| Heriberta Peralta Ramírez | 69 | f | 72.000 | 1.55 | 29.97 | 150/90 | 257 | 28-07-10 |
| Yolanda Soto Gutiérrez | 61 | f | 70.000 | 1.50 | 31.11 | 160/90 | 238 | 29-07-10 |
| Reyna Cruz Rojas | 62 | f | 67.000 | 1.56 | 27.53 | 140/90 | 223 | 30-07-10 |
| Josefina Acevedo Martínez | 68 | f | 61.000 | 1.44 | 29.41 | 130/80 | 144 | 30-07-10 |
| Ofelia Herrera Solís | 72 | f | 70.000 | 1.44 | 33.76 | 140/90 | 125 | 30-07-10 |
| María luisa Pozos Hernández | 70 | f | 94.000 | 1.53 | 40.16 | 140/80 | 206 | 02-08-10 |
| Ricardo Aguilar Ramírez | 60 | m | 86.000 | 1.75 | 28.08 | 140/80 | 169 | 02-08-10 |
| Socorro López Flores | 78 | f | 90.300 | 1.57 | 36.63 | 140/90 | 246 | 02-08-10 |
| María Eugenia León López | 62 | f | 80.000 | 1.61 | 30.86 | 150/80 | 247 | 03-08-10 |
| Alicia Granados Alfaro | 80 | f | 57.500 | 1.45 | 27.35 | 140/80 | 297 | 03-08-10 |
| Guadalupe Cortes Atlatenco | 60 | f | 59.500 | 1.58 | 23.83 | 140/90 | 129 | 04-08-10 |
| Yolanda Castañeda Rojas | 61 | f | 65.800 | 1.60 | 25.70 | 150/80 | 297 | 04-08-10 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |



CUESTIONARIO VOLUNTARIO DE INVESTIGACION

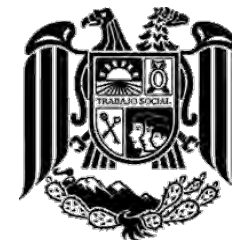
PARA DETECTAR ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS QUE ASISTEN
PARA HACERSE EL DIAGNOSTICO VOLUNTARIAMENTE EN EL C.S. T-III "RAFAEL CARRILLO"

| NOMBRE DEL ADULTO MAYOR | EDAD EN AÑOS | SEXO MAS. O FEM. | PESO EN KG. | ESTA TURA EN CM. | EI IMC (peso/talla) | PRESION mm Hg milímetros de mercurio | GLUCOSA mg/dl miligramos por decilitro | FECHA DE TOMA DE DATOS |
|----------------------------------|--------------|------------------|-------------|------------------|---------------------|--------------------------------------|--|------------------------|
| Isidora Castillo Benítez | 64 | f | 54.500 | 1.45 | 25.68 | 150/80 | 291 | 05-11-10 |
| Rosa María Campos Campos | 60 | f | 72.000 | 1.48 | 32.87 | 120/70 | 120 | 05-11-10 |
| Jorge Gildardo Menguer Hernández | 64 | m | 87.500 | 1.68 | 31.00 | 130/70 | 134 | 05-11-10 |
| Eugenia Granados | 80 | f | 57.000 | 1.46 | 26.74 | 130/70 | 127 | 05-11-10 |
| Margarita Galicia Romero | 73 | f | 74.800 | 1.51 | 32.81 | 140/70 | 100 | 05-11-10 |
| Herminio Galicia Romero | 68 | m | 94.000 | 1.70 | 32.53 | 130/70 | 140 | 05-11-10 |
| Wilfrido Castillo Benítez | 60 | m | 54.000 | 1.52 | 23.37 | 110/70 | 120 | 05-11-10 |
| María del Carmen Bustos Gómez | 68 | f | 53.500 | 1.47 | 24.30 | 120/80 | 180 | 05-11-10 |
| Gabina Piña Piña | 69 | f | 74.000 | 1.50 | 32.89 | 110/80 | 100 | 05-11-10 |
| Barbará Guadalupe González Pérez | 61 | f | 73.500 | 1.49 | 33.11 | 120/80 | 102 | 05-11-10 |
| María Esperanza García | 74 | f | 58.000 | 1.48 | 26.48 | 120/70 | 120 | 05-11-10 |
| María Elvira Merlos Mendiola | 62 | f | 59.000 | 1.64 | 21.94 | 110/70 | 125 | 05-11-10 |
| Ángel Roldan Pérez | 67 | m | 62.500 | 1.58 | 25.04 | 140/70 | 120 | 05-11-10 |
| Cira Álvarez Cid | 69 | f | 51.500 | 1.47 | 23.03 | 120/70 | 130 | 05-11-10 |
| Esperanza Cabello Calzada | 84 | f | 48.000 | 1.46 | 22.52 | 130/80 | 120 | 05-11-10 |
| Juana Josefina Lujano Saldivar | 69 | f | 66.800 | 1.46 | 31.34 | 120/80 | 110 | 05-11-10 |
| Saúl Lozada Rivera | 62 | m | 67.500 | 1.69 | 23.63 | 120/80 | 120 | 05-11-10 |
| Josefina Naranjo Ramírez | 60 | f | 50.000 | 1.54 | 21.08 | 130/80 | 150 | 05-11-10 |
| Benita Corona Granados | 78 | f | 60.500 | 1.54 | 25.51 | 120/70 | 120 | 05-11-10 |
| Esperanza Rodríguez Muñiz | 61 | f | 41.500 | 1.44 | 20.01 | 120/70 | 100 | 05-11-10 |
| Matilde Peralta Hernández | 78 | f | 49.000 | 1.39 | 25.36 | 120/70 | 135 | 05-11-10 |
| Soledad Sánchez Ortega | 61 | f | 65.500 | 1.50 | 29.11 | 120/70 | 98 | 05-11-10 |
| Bernarda García Munguía | 60 | f | 66.500 | 1.55 | 27.68 | 120/60 | 110 | 05-11-10 |
| Fernando Díaz Arias | 70 | m | 66.00 | 1.72 | 22.31 | 110/70 | 120 | 05-11-10 |



CUESTIONARIO VOLUNTARIO DE INVESTIGACION

PARA DETECTAR ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS QUE ASISTEN PARA HACERSE EL DIAGNOSTICO VOLUNTARIAMENTE EN EL C.S. T-III "RAFAEL CARRILLO"



| NOMBRE DEL ADULTO MAYOR | EDAD EN AÑOS | SEXO MAS. O FEM. | PESO EN KG. | ESTATURA EN CM. | EI IMC (peso/talla) | PRESION mm Hg milímetros de mercurio | GLUCOSA mg/dl miligramos por decilitro | FECHA DE TOMA DE DATOS |
|-----------------------------|--------------|------------------|-------------|-----------------|---------------------|--------------------------------------|--|------------------------|
| Juana Espinoza Neria | 65 | f | 65.200 | 1.46 | 30.59 | 110/70 | 130 | 05-11-10 |
| Juana Hernández Bobadilla | 66 | f | 57.000 | 1.44 | 27.49 | 130/80 | 90 | 05-11-10 |
| Graciela Mendoza Martínez | 60 | f | 51.600 | 1.52 | 22.33 | 120/70 | 100 | 05-11-10 |
| Emilia Flores Galaza | 61 | f | 67.600 | 1.57 | 27.43 | 120/80 | 110 | 05-11-10 |
| Arturo Hernández Jiménez | 65 | m | 60.300 | 1.71 | 20.62 | 120/70 | 110 | 05-11-10 |
| María P. Hernández Sánchez | 60 | f | 60.000 | 1.45 | 28.54 | 110/70 | 110 | 05-11-10 |
| Raúl Castillo Hernández | 61 | m | 56.800 | 1.54 | 23.70 | 120/70 | 120 | 05-11-10 |
| Imelda Sotelo Torres | 65 | f | 67.000 | 1.54 | 28.25 | 120/70 | 100 | 05-11-10 |
| Heriberta Peralta Ramírez | 69 | f | 69.500 | 1.55 | 28.93 | 130/80 | 130 | 05-11-10 |
| Yolanda Soto Gutiérrez | 61 | f | 67.500 | 1.50 | 30.00 | 130/80 | 115 | 05-11-10 |
| Reyna Cruz Rojas | 62 | f | 64.200 | 1.56 | 26.38 | 120/80 | 130 | 05-11-10 |
| Josefina Acevedo Martínez | 68 | f | 57.800 | 1.44 | 27.87 | 120/70 | 100 | 05-11-10 |
| Ofelia Herrera Solís | 72 | f | 68.000 | 1.44 | 32.79 | 120/80 | 100 | 05-11-10 |
| María luisa Pozos Hernández | 70 | f | 92.800 | 1.53 | 39.64 | 120/70 | 110 | 05-11-10 |
| Ricardo Aguilar Ramírez | 60 | m | 83.500 | 1.75 | 27.27 | 120/70 | 100 | 05-11-10 |
| Socorro López Flores | 78 | f | 89.000 | 1.57 | 36.11 | 120/80 | 120 | 05-11-10 |
| María Eugenia León López | 62 | f | 76.600 | 1.61 | 29.55 | 130/70 | 110 | 05-11-10 |
| Alicia Granados Alfaro | 80 | f | 56.300 | 1.45 | 26.78 | 130/70 | 135 | 05-11-10 |
| Guadalupe Cortes Atlatenco | 60 | f | 57.000 | 1.58 | 22.83 | 120/80 | 100 | 05-11-10 |
| Yolanda Castañeda Rojas | 61 | f | 64.000 | 1.60 | 25.00 | 130/70 | 130 | 05-11-10 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

NOVIEMBRE DEL 2010