

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON ACENTUACIÓN EN SISTEMAS DE
SALUD



TESIS “ESTILOS DE VIDA Y SALUD DE ADULTOS MAYORES CON DIABETES
TIPO 2 QUE ACUDEN A DIABETIMSS EN UN HOSPITAL DE CULIACAN”

“QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN TRABAJO
SOCIAL CON ACENTUACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD”

PRESENTA:

JESÚS ENRIQUE SANTOS ESPINOZA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. BEATRIZ YASUKO ARITA WATANABE

LECTORAS:

DRA. RAMONA ROMERO SEGOVIA

MC. MATILDE MIGUEL DOMÍNGUEZ

CULIACÁN DE ROSALES, SINALOA, MAYO DE 2019.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis está dedicada a mis padres quienes desde pequeño y a lo largo de mi desarrollo apoyaron mi inquietud por conocer más allá de lo que podía percibir, a mis hermanos por darme ánimos de seguir adelante en cada uno de los objetivos que me planteo, a mi abuelo motivo que me impulso a conocer sobre la diabetes en adultos mayores.

A mi asesora y directora de tesis la Dra. Beatriz Yasuko Arita Watanabe por guiarme, apoyarme y brindarme sus conocimientos en investigación.

A todas aquellas personas que de manera directa e indirecta formaron parte de este trabajo de investigación, pues el concretar un trabajo de tesis es gracias a múltiples enseñanzas de maestros, colegas y amigos sin los cuales esto no sería posible.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico sin el cual esta etapa de formación personal reflejada en un trabajo de tesis hubiera sido irrealizable.

“Lo único que sé es que cualquier persona que quiera puede mejorar su bienestar” Carl Rogers.

RESUMEN

El objetivo general de este estudio fue analizar el impacto de los estilos de vida en el estado de salud física y emocional de adultos mayores con diabetes tipo 2 que acuden a programa de control en diabetes (diabetIMSS), en la unidad médico familiar no.46 ubicada en Culiacán, Sinaloa. Participaron 100 adultos mayores de 60 años y más que asisten a grupo de diabetes. El alcance de la investigación fue correlacional explicativa, empleando los instrumentos estandarizados; Instrumento para Medir Estilos de Vida en Diabetes (IMEVID) de López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma y Munguía-Miranda (2003) y la Encuesta en Salud Sf- 36 v2 desarrollado por Alonso (2003), y entrevista semiestructurada a 2 trabajadoras sociales del módulo diabetIMSS de la UMF 46, datos que se analizaron mediante el programa de análisis lexicográfico Iramuteq 7. El análisis de los datos indica que existe relación entre los puntajes globales de estilos de vida y estado de salud, al igual que entre algunas de las dimensiones que componen estilo de vida y estado de salud física y emocional, nutrición y consumo de tabaco no correlacionaron con las correspondientes a estado de salud. El análisis lexicográfico mostró que la palabra con mayor incidencia en el lenguaje de las Trabajadoras Sociales del módulo de diabetes es paciente y que las principales funciones son agendar citas, derivar con los profesionales del cuerpo multidisciplinar y reintegrar pacientes remisos. Los estilos de vida influyen en la salud de los adultos mayores a nivel físico y emocional encontrando diferencias a nivel físico entre hombres y mujeres. El desarrollo de una línea de investigación sobre estilos de vida y adulto mayor en desde la disciplina de Trabajo Social fortalecerá la promoción y prevención de enfermedades como la diabetes. Palabras clave: Estilos de vida Adulto mayor Diabetes Trabajo Social

ABSTRACT

The general objective of this study was to analyze the impact of lifestyles on the state of physical and emotional health of older adults with type 2 diabetes who attend the diabetes control program (diabetIMSS), in the family medical unit no.46 located in Culiacán, Sinaloa. 100 adults older than 60 years and more who attend diabetes group participated. The scope of the investigation was explanatory correlational, using standardized instruments; Instrument to Measure Lifestyles in Diabetes (IMEVID) of López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma and Munguía-Miranda (2003) and the Health Survey Sf- 36 v2 developed by Alonso (2003), and semi-structured interview with 2 social workers of the diabetIMSS module of the UMF 46, data that was analyzed by the Iramuteq 7 lexicographical analysis program. The analysis of the data indicates that there is a relationship between the global life style scores and the state of health, as well as between some of the dimensions that make up style of life and state of physical and emotional health, nutrition and tobacco consumption did not correlate with those corresponding to health status. The lexicographical analysis showed that the word with the highest incidence in the language of the Social Workers of the diabetes module is patient and that the main functions are scheduling appointments, deriving from the multidisciplinary body professionals and reintegrating remiss patients. Lifestyles influence the health of older adults physically and emotionally finding differences at a physical level between men and women. The development of a line of research on lifestyles and older adults in the discipline of Social Work will strengthen the promotion and prevention of diseases such as diabetes. Keywords: Lifestyles Older adult Diabetes Social work

ÍNDICE

Agradecimientos	i
Resumen.....	ii
Introducción.....	9
CAPITULO I. CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
I.1 Problema.....	13
I.2 Justificación.....	21
I.3 Pregunta de investigación.....	25
I.4 Objetivos.....	26
I.4.1 Objetivo general	26
I.4.2 Objetivos especificos.....	26
I.5 Hipotesis general	27
I.5.1 Hipotesis especifica.....	27
CAPITULO II. ESTADO DEL ARTE	28
II.1 Instrumento para medir estilos de vida en diabetes (IMEVID)	31
II.2 Encuesta de Salud Sf-36	35
CAPITULO III. MARCO TEÓRICO.....	40
III.1 Modernidad.....	40
III.2 Proceso de salud-enfermedad	48
III.2.1 Adulto mayor y diabetes mellitus tipo 2.....	51
III.2.2 Enfermedades crónicas: la diabetes mellitus	54

III.3 Posicionamiento teórico, estilos de vida	58
III.3.1 Componentes de estilo de vida relacionados con el adulto mayor que padece diabetes.	64
III.4 Componentes de estado de salud del adulto mayor con diabetes.....	70
III.5 Políticas y programas de salud en diabetes	74
III.6 Trabajo Social en el área de salud	80
CAPITULO IV. METODOLOGÍA.....	87
IV.1 Enfoque y método de investigación.....	88
IV.2 Alcance de la investigación	88
IV.3 Participantes.....	89
IV.4 Universo y muestra	89
IV.5 Variables de estudio.....	92
IV.6 Técnicas de recolección de los datos.....	93
IV.7 Procedimiento y análisis de los datos	96
CAPITULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	98
V.1 Descripción de la muestra	98
V.2 Estilos de vida IMEVID	99
V.2.1 Analisis de las dimensiones que conforman los Estilos de vida	100
V.3 Resultados Encuesta de salud Sf-36	106
V.3.1 Análisis de las dimensiones de salud (física y emocional)	107
V.4 Validez y confiabilidad de los instrumentos empleados	112

V.5 Correlación entre las dimensiones que componen estilos de vida del IMEVID y estado de salud física y emocional del Sf-36.....	120
CAPITULO VI. DISCUSIÓN	129
CONCLUSIONES	143
Alternativas y recomendaciones	144
REFERENCIAS.....	147
ANEXOS	158

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Mortalidad general de población a causa de la diabetes en México a partir de 2009.....	22
Tabla 2. Mortalidad de adultos mayores a causa de la diabetes en México en el año 2015.....	23
Tabla 3. Calendario de asistencia mensual del programa diabetIMSS (n=400).....	91
Tabla 4. Participantes por sexo y clasificación de edades (n=100).....	92
Tabla 5. Participantes por sexo (n=100).....	98
Tabla 6. Ocupación por sexo (n=100).....	99
Tabla 7. Clasificación de los puntajes obtenidos en IMEVID.....	100
Tabla 8. Dimensión nutrición del IMEVID por sexo.....	101
Tabla 9. Dimensión actividad física IMEVID por sexo.....	102
Tabla 10. Dimensión consumo de tabaco del IMEVID por sexo.....	103
Tabla 11. Dimensión consumo de alcohol IMEVID por sexo.....	103
Tabla 12. Dimensión información sobre diabetes del IMEVID por sexo.....	104
Tabla 13. Dimensión emociones del IMEVID por sexo.....	105
Tabla 14. Dimensión adherencia al tratamiento del IMEVID por sexo.....	106
Tabla 15. Puntaje global Encuesta salud Sf-36.....	107
Tabla 16. Dimensión función física.....	108

Tabla 17. Dimensión rol físico.....	109
Tabla 18. Dimensión rol emocional.....	110
Tabla 19. Dimensión dolor corporal.....	111
Tabla 20. Dimensión salud general.....	112
Tabla 21. Matriz de componentes rotados IMEVID.....	115
Tabla 22. Matriz de componentes rotados Sf-36.....	118
Tabla 23. Prueba t-Student puntaje global estilo de vida y salud en hombres y mujeres.....	120
Tabla 24. Frecuencia de palabras en análisis lexicográfico.....	125
Tabla 25. Clasificación estilos de vida para dimensión función física de salud.....	166
Tabla 26. Clasificación estilos de vida para dimensión rol físico de salud.....	166
Tabla 27. Clasificación estilos de vida para dimensión dolor corporal.....	167
Tabla 28. Clasificación estilos de vida para dimensión salud general del Sf-36	167
Tabla 29. Clasificación estilos de vida para la dimensión rol emocional de salud.....	168
Tabla 30. Clasificación general entre estilos de vida y estado de salud física.....	168
Tabla 31. Clasificación general entre estilos de vida y estado de salud emocional.....	169

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estilos de vida Bourdieu.....	46
Figura 2. Gráfico de dispersión de estilos de vida y estado de salud.....	124
Figura 3. Análisis de similitud Iramuteq 7.....	128

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los estilos de vida están siendo analizados como factores en la prevención, aparición y control de diversas enfermedades, como lo son la obesidad, hipertensión y diabetes. La diabetes en específico es una de las principales enfermedades que impactan en la salud de la población mexicana, cuya detección va en tendencia creciente con el paso de los años a nivel mundial. El presente trabajo de investigación gira en torno al estudio del impacto que los estilos de vida tienen en el estado de salud física y emocional de adultos mayores (60 años y más) que acuden a programa de control en diabetes y está compuesto por siete capítulos:

En el primer capítulo se aborda lo relacionado con el planteamiento del problema el cual indica la necesidad de indagar en los estilos de vida como determinantes de la salud que junto con el envejecimiento de la población a nivel mundial (causada principalmente por el aumento en esperanza de vida) van dando lugar a problemas relacionados con los estilos de vida (alimentación inadecuada, poca actividad física, consumos de sustancias dañinas como tabaco y alcohol, entre otras). Asimismo, la problemática se inscribe en el proceso de transición epidemiológica caracterizada por el paso de un mayor control de las enfermedades infecciosas a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas. En este primer capítulo de estudio también se presentan datos estadísticos sobre la mortalidad causada por la diabetes en el país lo que da pie para justificar la presente investigación con adultos mayores con diabetes y proponer los objetivos y supuestos teóricos de la presente investigación.

En el segundo capítulo se mencionan las principales investigaciones relacionadas con la temática de estilos de vida y estado de salud, se abordan aspectos relacionados con el surgimiento del concepto estilo de vida desde diferentes disciplinas, además se señalan los principales datos y hallazgos referentes a la temática de estilos de vida y salud en relación a los instrumentos empleados en el trabajo de tesis, como lo son investigaciones sobre estilos de vida empleando el instrumento para medir estilos de vida en diabetes (IMEVID), así como los principales estudios de salud que emplearon la encuesta en salud Sf-36 para obtención de datos.

En el tercer capítulo se abordan las categorías relacionadas al marco teórico de análisis de este trabajo de investigación, tomando como punto de partida referente a condiciones objetivas de vida del adulto mayor la transición entre modernidad sólida y líquida de Bauman de la cual se desprende el concepto consumismo, además se retoma el concepto *habitus* de Bourdieu para abordar las condiciones subjetivas de vida, así se da el acercamiento a estilos de vida y su relación con la salud. Lo anterior permite fundamentar las categorías centrales del presente trabajo, las cuales son modernidad, consumismo y *habitus*, posteriormente se revisan en ese mismo plano, los conceptos clave: estilos de vida y proceso salud enfermedad, de igual manera se describen los dos programas de atención en diabetes que atienden al mayor número de personas en el país, y se indaga en el campo de trabajo social hospitalario.

En el cuarto capítulo correspondiente a la metodología, se plantea la posición epistemológica positivista en la cual se posiciona el investigador, se aborda la necesidad de realizar un estudio cuantitativo, se describen las técnicas e instrumentos empleados (IMEVID y la encuesta de salud SF-36), de la misma manera se puntualiza la fórmula estadística

empleada para el cálculo de la muestra así como la sistematización realizada de acuerdo a las sesiones de los grupos de diabetes para conformar la muestra participante (n=100), además se describe el procedimiento de recolección y análisis de los datos.

En el quinto capítulo se presentan resultados iniciando con datos descriptivos sobre estilos de vida y estado de salud física y emocional de adultos mayores, siguiendo con análisis de los instrumentos empleados calculando el alfa de Cronbach para IMEVID y Encuesta de salud SF-36, además se calculan medias y se realiza comparación por sexos empleando la prueba T-Student mediante la cual no se observó diferencias significativas para la variable estilo de vida pero si para la dimensión de estado de salud entre hombres y mujeres, para finalizar el análisis se realizaron correlaciones entre las dimensiones que componen estilos de vida y salud física y emocional de adultos mayores.

En el último capítulo se abordan la discusión y conclusiones sobre los principales hallazgos de investigación, como lo son la ausencia de correlación de las dimensiones nutrición y consumo de tabaco que conforman la variable estilo de vida con las dimensiones que componen estado de salud física y emocional como lo son rol físico, función física, dolor corporal, rol emocional y salud general, así como también las diferencias encontradas en la prueba T-Student lo cual indica que debido a la diferencia entre hombres y mujeres en estado de salud es necesario indagar más a fondo desde la perspectiva de género, así como también investigar la temática estilos de vida en estudios posteriores desde una visión complementaria la cual permita conformar un enfoque holístico sobre la temática estilos de vida y estado de salud de personas adultas mayores diabéticas que permita el desarrollo de estrategias y programas de calidad en salud de adultos mayores.

Además se concluye mencionando la necesidad de creación de líneas de investigación sobre la temática estilos de vida en la etapa adulto mayor, ya que el realizar trabajos de investigación de Trabajo Social desde los posgrados resulta necesario ya que indagar en aspectos que favorezcan el atender las necesidades específicas que presentan algunos grupos vulnerables como es el caso particular de los adultos mayores, que están inmersos en contextos sociales, políticos y económicos complejos donde la cotidianidad de las condiciones en ocasiones no permite observar los indicadores que permitan mejorar la salud en las personas que tienen un padecimiento tan común como lo es la diabetes, que es motivo de alarma y está registrado como una de las principales causas de muerte y uno de los principales padecimientos que lleva a las personas a ver disminuido su estado de salud a consecuencia de un descontrol en niveles de glucosa.

Son diversas las situaciones que viven las personas adultas mayores que padecen diabetes, desde el nivel individual se presenta miedo, desesperación frustración, desgaste económico, y a nivel familiar suele aparecer sentimiento de frustración, cansancio de quien apoya al enfermo, molestia por esperas en atención de salud lo que en relación a las instituciones de atención del sector salud se presenta una gran cantidad de enfermos que no corresponde con el número de profesionistas por lo que no se logra ofrecer una atención de calidad y calidez.

Por lo que las investigaciones permiten debelar las condiciones, necesidades, proyecciones y características de las instituciones y en función de esto ofrecer recomendaciones a los que diseñan, ejecutan y evalúan las políticas públicas. Y con ello el mejorar las condiciones de vida de las personas adultas mayores desde una perspectiva biopsicosocial.

CAPÍTULO I

CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

I.1 El problema

El estudio de la búsqueda del bienestar es uno de los aspectos esenciales que los investigadores sociales han abordado estudiando las distintas etapas del ciclo de vida, pero el interés actualmente comienza a centrarse en la etapa adulto mayor (60 años y más), debido a que proyecciones demográficas indican un envejecimiento en la población mexicana causado entre otros factores, por la baja en los índices de natalidad y el aumento en la esperanza de vida. Aunque la esperanza de vida tiende a incrementarse, con la edad los sistemas fisiológicos van deteriorándose de manera progresiva, por lo cual aumenta la predisposición de desarrollar algunas enfermedades que merman el bienestar de los adultos mayores (Montes de Oca, 2010).

La vejez es la etapa final que forma parte del ciclo vital del ser humano, debido a múltiples factores como el avance tecnológico, médico, autocuidado, entre otros, las personas han ido alargando la longevidad. De acuerdo con la OMS (2015) la etapa adulto mayor inicia a partir de los 65 años, y en ella se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales que son importantes de analizar. Naciones Unidas plantea que en países desarrollados se considera adulto mayor a aquel individuo que cuenta con 65 años o más y en países en desarrollo a adultos de 60 años y más, dicha institución plantea que el envejecimiento es un proceso que involucra tanto a la persona como a la familia y a la comunidad. Al ubicarse México dentro de los países en desarrollo se considera en nuestro país que la etapa adulto mayor inicia a partir de los 60 años.

Existen múltiples posturas de análisis asociadas al estudio de la etapa adulto mayor, las cuales según Montes de Oca (2010) se abordan desde diversos aspectos, como lo son: desde una postura cronológica la cual hace referencia a una población con 60 años y más, otra definición la cual ha sido muy criticada se refiere a esta etapa de la vida como vejez desde una perspectiva funcional, la cual se aborda desde un modelo deficitario de la vida, mientras que una tercera postura desde una perspectiva social define a la vejez como la etapa de la vida que antecede la muerte, esta última postura tiene su base en características de la historia y circunstancias de la sociedad donde se inscribe el adulto mayor estudiado.

Son diversos los cambios por los que pasan las personas a lo largo del ciclo de vida, de acuerdo con Gonzales y Padilla (2006) algunos de los cambios asociados a la etapa adulto mayor que impactan en la calidad de vida son, en la dimensión social; la pérdida de empleo y en consecuencia a ello dificultades económicas, mayor aislamiento social, debido a la menor capacidad y recursos con los cuales el anciano dispone para adaptarse a las circunstancias; mientras que en la dimensión biológica; aumentan enfermedades físicas y aparición de discapacidades; y en la psicológica, el deterioro cognitivo es uno de los aspectos que se observan comúnmente, así como la aparición de sintomatología depresiva, relacionada con dificultades o la poca capacidad para afrontar las pérdidas a nivel emocional. Todos estos cambios antes mencionados afectan el estado de salud de los adultos mayores llevándolo a enfermar o dificultando su mejoramiento reflejándose en dificultades para seguir las indicaciones médicas.

La población de adultos mayores difiere de acuerdo con las diversas regiones del mundo, Acrich (2012) plantea que el envejecimiento poblacional es debido a bajas tasas de nacimiento y al aumento de la esperanza de vida que se ha elevado hasta los 75 años,

resaltando que países desarrollados cuentan con mayor población de más de 55 años, en comparación con la población de menos de 15 años, por lo cual se calcula que para el año 2025 la quinta parte de la población mundial será de más de 65 años (Consejo Nacional de Población, 2013).

En Latinoamérica y el Caribe la población mayor de 60 años se ha incrementado de manera gradual, haciéndose notorio debido a que el incremento absoluto de personas mayores está acompañado de un mayor peso relativo en referencia con el resto de la población. El proceso de envejecimiento demográfico es significativo en la región latinoamericana, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe se visualiza principalmente en países como Uruguay, Cuba y Chile cuya proporción de personas mayores de 60 años será superior al 20% del total de la población en 2025 (CEPAL, 2018).

En México de acuerdo con datos recabados mediante el censo poblacional realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2014), en 2014 el 27% de la población total tiene menos de 15 años, mientras que el 65% corresponde a la población de entre 15 y 64 años, y el 7.2% a la población en edad avanzada. El censo de población y vivienda realizado en 2015 por INEGI (2016), da a conocer que en uno de cada cuatro hogares habita una persona mayor de 60 años, mientras que una quinta parte de los hogares tiene una persona adulto mayor como jefa o jefe de familia, es decir 6.2 millones de 28.2 millones de hogares censados en México. Datos obtenidos por INEGI en 2014 indican que del total de la población de adultos mayores (60 años y más) el 26% tiene discapacidad y el 36% posee alguna limitación.

Lo cual nos habla que en México la pirámide poblacional está comenzando a invertirse, pues conforme pasan los años la proporción de población adulta y adulta mayor

comienza a incrementarse en comparación con la población joven, que aunado a los cambios característicos de la edad ya mencionados esta situación se perfila como foco de atención.

Llegar a la etapa adulto mayor de manera óptima depende de diversos factores relacionados con los estilos de vida, entendiendo dicho término como todas aquellas acciones, conductas y/o patrones que las personas eligen realizar, determinadas por las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida, las cuales impactan en su salud (Cockerham, 2007). Así, una alimentación adecuada, evitar el sedentarismo y no exponerse a sustancias dañinas para el organismo son medidas que sin duda impactan en el bienestar de las personas de 60 años y más. Debido a diversos padecimientos la necesidad de asistencia que presenta la población adulto mayor está aumentando de manera acelerada, se pronostica que para 2050 la cantidad de adultos mayores que no puedan valerse por sí mismos se multiplicará cuatro veces en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Una de las principales afecciones que sufren las personas de 60 años y más es la diabetes mellitus, enfermedad crónico-degenerativa caracterizada por la elevación de los niveles de glucosa en la sangre debido a una disfunción en el páncreas, órgano encargado de la producción y distribución de la insulina, hormona que transporta la glucosa del torrente sanguíneo a las células donde puede ser almacenada o empleada como energía.

La diabetes es una enfermedad que ha atraído el foco de atención a nivel mundial, pues de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID) (2013) es una de las principales causas de muerte prematura debido a las complicaciones que de ella se derivan, esta enfermedad suele acompañar al sobre peso y a la hipertensión, y se presenta en gran parte de la población adulto mayor debido al desarrollo de estilos de vida inadecuados. De

acuerdo con datos recabados por la FID (2017) 425 millones de adultos padecen diabetes en el mundo (1 de cada 11 adultos), y para 2045 se calcula que esta cifra aumentará a 629 millones (1 de cada 10 adultos en el mundo), mientras que cada 6 segundos muere en el mundo una persona con diabetes (5 millones de muertes por año).

Datos captados por la FID en 2015, indican que 215 millones de hombres de la población total mundial de adultos de entre 20 y 79 años padecen diabetes, y se calcula que para 2040 sean 328,4 millones. Mientras que en mujeres del mismo rango de edad se contabilizó a 199,5 millones en el mundo que padecen dicha enfermedad y se calcula que para 2040 la cifra aumentará a 313,3 millones. De los 415 millones de personas que padecen diabetes a nivel mundial, 94,2 millones son adultos mayores de 60 años y más.

Con el desarrollo tecnológico y diversos avances científicos que benefician la longevidad es que la población a nivel mundial ha comenzado a envejecer debido principalmente al aumento de la esperanza de vida, pero conforme aumenta la edad los adultos mayores experimentan dificultades a nivel físico que impactan su salud, afectando su desempeño social y estado emocional. Debido a diversos factores socioculturales relacionados con el estilo de vida (alimentación, actividad física y consumo de sustancias, entre otros.), el surgimiento de enfermedades como el sobrepeso, la hipertensión y la diabetes es cada vez más frecuente. Datos de la FID indican que a nivel mundial la diabetes es la principal problemática que afecta la salud de la población de 60 años y más.

Según datos de INEGI en 2014 las principales causas de muerte en México en hombres de 60 años y más fueron enfermedades isquémicas de corazón (17.7%), diabetes mellitus (15.7%), enfermedades cerebrovasculares (6.2%) y enfermedades crónicas de vías respiratorias (6.0%). Mientras que en mujeres correspondientes a la misma edad (60 años y

más) la principal causa de muerte es debido a la diabetes mellitus (18.6%), seguida por enfermedades isquémicas del corazón (16.1%) y enfermedades cerebrovasculares (7.4%). Estas enfermedades crónico-degenerativas son producto principalmente de conductas negativas relacionadas con los estilos de vida actuales.

La Federación Internacional de Diabetes en su estudio Atlas de 2015 señala una lista de los 10 países con mayor número de adultos con diabetes en el mundo, la lista es encabezada por China, seguida por India, Estados Unidos en tercer lugar, Brasil y Rusia en cuarto y quinto lugar respectivamente, apareciendo México en el sexto lugar, seguido por Indonesia, Egipto, Japón, y Bangladesh. Dicha institución (FID) en el estudio realizado en 2015 pronosticó que para 2040 México se ubicaría en el 5to lugar a nivel mundial de los países con mayor número de personas diabéticas, sin embargo en el estudio Atlas realizado en 2017 las cifras obtenidas señalan que la proyección se ha cumplido de manera anticipada, pues México ocupa actualmente el 5to lugar en países con mayor índice de diabetes en el mundo (FID, 2017), sin duda algo alarmante para la población y sector salud del país.

El comer alimentos chatarra, o procesados se está volviendo cada vez más común, esto debido al ritmo tan apresurado de vida, que articulado con una baja actividad física, consumo de sustancias como tabaco o alcohol trae consecuencias de salud con el paso del tiempo. Dichos patrones de comportamiento se adquieren y desarrollan dentro de los núcleos de convivencia primarios, es decir círculos de familia y amigos en los cuales el acompañar los alimentos con bebidas azucaradas o acudir a lugares de comida rápida como formas de socialización es cada vez más frecuente.

De acuerdo con Rodríguez y García (1995) las diversas formas de comportamiento recurrentes que forman parte del modo habitual de respuesta de las personas, es decir hábitos,

se aprenden durante la interacción diaria y una vez adquiridos son difíciles de modificar. Es debido a ello que las personas que padecen enfermedades crónicas como la diabetes presentan dificultades para modificar sus estilos de vida manifestando poca adherencia al tratamiento que reciben. Por tanto la salud de los adultos mayores que padecen diabetes ha sido abordada a nivel mundial desde políticas públicas, con programas de atención y prevención de complicaciones que buscan mediante sesiones educativas reforzar conductas en salud, promover la adopción de estilos de vida saludables y la adherencia terapéutica.

En México se desarrollan programas del sector salud que forman parte de la estrategia nacional para prevenir y controlar el sobrepeso, la obesidad y la diabetes, implementada por el gobierno federal a partir del año 2013, dichos programas son desarrollados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con “PrevenIMSS” y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) mediante el programa “PrevenISSSTE”, los cuales buscan mediante cuestiones educativas y atención multidisciplinar, prevenir y controlar dichas problemáticas de salud a través de la modificación de estilos de vida, mediante la instrucción de diversos profesionales que intervienen en los programas como lo son médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos y trabajadoras sociales y que se llevan a cabo en los edificios de las propias instituciones hospitalarias.

En el sector salud Trabajo Social es una de las disciplinas clave para la ejecución de distintos programas de promoción de la salud, entre ellos los relacionados a diabetes, donde Trabajo Social es el primer contacto que tienen los pacientes una vez canalizados por parte del médico familiar a programas socio educativos. Dentro de las instituciones de salud los profesionistas de la disciplina guían a las personas durante el proceso educativo, identifican

las necesidades de atención en salud y canalizan con los miembros del grupo de atención según las necesidades de los usuarios. Además realizan acciones de concientización y convivencia entre los miembros asistentes a control en salud. Por lo que investigar la relación de los estilos de vida con la salud física y emocional de adultos mayores que asisten a la Unidad Médico Familiar (UMF en menciones posteriores) número 46 del IMSS de Culiacán resulta necesario, a través de conocer y analizar el grado de participación y vinculación de esta disciplina con los sujetos de análisis.

Los adultos mayores que asisten al IMSS número 46 ubicado en la colonia Cañadas en Culiacán, son un grupo de personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas específicamente diabetes, su nivel socioeconómico los ubica en el rango de bajo a medio bajo, son hombres y mujeres que en su mayoría cuentan con nivel de estudio bajo, que desarrollan actividades laborales como vigilantes, veladores y amas de casa, que periódicamente asisten a la institución de salud pues fueron canalizados al grupo diabetIMSS debido a que presentan síntomas como visión borrosa, sed excesiva, cansancio y ganas de orinar con frecuencia, pautas características de diabetes.

La atención brindada en la UMF del IMSS 46 es de primer nivel para diabetes, enfocado a pautas educativas de prevención y promoción estilos de vida saludables las cuales se desarrollan en 12 sesiones en las que se aborda que es la diabetes, sus síntomas, los mitos acerca de la enfermedad, pautas adecuadas de alimentación, promoción de actividad física, adherencia al tratamiento y pautas de autocuidado para la piel, pies y manos. La ubicación física de la institución médica se encuentra en medio de calles con gran inclinación lo cual dificulta que las personas adultas mayores acudan solas a ella pues debido a la edad desplazarse por varios cientos de metros resulta complicado para gran número de personas.

I.2 Justificación

La diabetes se ha convertido en el principal padecimiento que afecta la salud y bienestar de la población adulto mayor, debido a conductas no saludables relacionadas con estilos de vida inadecuados (mala alimentación, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco). De acuerdo con datos de INEGI (2016) la diabetes es actualmente una de las principales causas de muerte de personas de 60 años y más en México. Cifras de la Federación Internacional de Diabetes indican que en 2015 los costos a nivel mundial relacionado con la diabetes y sus complicaciones fueron de 376,000 millones de dólares y se calcula que para 2030 este número ascenderá a 490,000 millones de dólares.

En México datos estadísticos revelan que la prevalencia va en aumento, pues de acuerdo con el estudio Atlas realizado en 2015 por la FID, el país se ubicó en el sexto lugar a nivel mundial en prevalencia de diabetes y proyecciones indicaron un aumento para el año 2040, sin embargo en el estudio más actual realizado por la FID en 2017 se observa un aceleramiento en la proyección, pues México se ubica actualmente, como ya se mencionó en páginas anteriores, en el quinto lugar de los países con mayor prevalencia en diabetes a nivel mundial, además de que tiene el primer lugar en mortalidad en América Latina a causa de dicha enfermedad y el tercer lugar a nivel mundial (FID, 2017).

Los altos índices de detección y mortalidad de diabetes indican que México está teniendo dificultades para contrarrestar dicha enfermedad, por tanto la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, política pública implementada por el gobierno federal busca disminuir la prevalencia y complicaciones de la diabetes, sin embargo datos obtenidos por diversas instituciones(INEGI, FID,OMS) indican que controlar niveles glucémicos, mediante la promoción de estilos de vida saludables y

conductas de autocuidado que permitan mejora en la adherencia al tratamiento son retos vigentes para las instituciones de salud (ver Tabla 1).

Tabla 1. Mortalidad general de población a causa de la diabetes en México a partir de 2009.

Año	Mortalidad
2009	77,699
2010	82,964
2011	80,788
2012	85,055
2013	89,469
2014	94,029
2015	98,521
2016	105, 574

Elaboración propia. Fuente: Base de datos INEGI Consulta interactiva.:

http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/

De acuerdo con cifras obtenidas por INEGI (2016), en 2015 fallecieron 73, 413 adultos mayores en México a causa de la diabetes (ver Tabla 2). Las personas que padecen diabetes en la etapa adulto mayor frecuentemente experimentan complicaciones que limitan su funcionalidad a nivel físico, social y psicológico. Dichas complicaciones conllevan

consecuencias graves como pueden ser amputaciones, deterioro a nivel mental y depresión, que sin duda afectan el bienestar (Alfaro, Carothers & Gonzales, 2006).

Tabla 2. Mortalidad de adultos mayores a causa de la diabetes en México en el año 2015.

Rangos de edad	Mortalidad
60-64 años	11, 917
65-59 años	13, 369
70-74 años	13, 251
75-79 años	12, 773
80-84 años	10, 845
85 años y más	11, 204
Total:	73, 413

Elaboración propia .Fuente, INEGI: estadística de mortalidad (2015). Consulta interactiva.

<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/>

Por tanto la diabetes en México además de convertirse en una problemática social que afecta a miles de familias, está generando un alto impacto económico, según datos obtenidos por El Financiero (2016), IMSS, ISSSTE y Secretaria de Salud (SSA) en el año 2015 invirtieron en total 40mil 987 millones de pesos, gastos cubiertos por el gobierno federal

y se pronostica que esta cifra se duplique para el año 2050. El principal gasto requerido para el tratamiento de la diabetes no es para prevención o tratamiento de control de la misma, sino que se utiliza en tratar complicaciones que de ella derivan.

El mayor impacto económico causado por la diabetes se da en los bolsillos de las personas que la padecen, representando el 51% del total de los gastos para diabetes, seguido por las instituciones de seguridad social e instituciones para no asegurados (Arredondo y De Icaza, 2011). Sin duda los tratamientos para prevenir, controlar y atender las complicaciones de la diabetes representan gran parte del gasto a nivel familiar y sector salud. Por lo cual centrar la atención en la etapa adulto mayor es necesario, pues en ella se están presentando complicaciones referentes a la diabetes, las cuales repercuten de manera negativa en el bienestar de dicha población, causando dificultades que conllevan a la muerte.

Por lo mencionado anteriormente es que se considera esencial contar con personal intermediario como lo es el Trabajador(a) Social para trabajar en aspectos de prevención y promoción en salud, ya sea en el ámbito comunitario, con familias y casos según el problema, implementando así estrategias de información y estrategias de modificación de estilos de vida. Es necesario que mediante el profesional de la disciplina de trabajo social se logre afianzar una especie de vínculo o engranaje entre la comunidad y la institución de salud, pues así la información no solo favorece al paciente que acude al programa de salud sino también a las personas que lo rodean en su núcleo familiar y comunidad.

Las investigaciones realizadas sobre la problemática corresponden mayor mente desde la medicina, enfermería y nutrición y se han enfocado principalmente en la observación de variables biomédicas medibles (monitoreo de glucosa, peso, presión arterial, índice de calidad de vida) como en la eficacia de programas referentes a la salud, sin embargo se ha

indagado en menor medida en la relación entre variables que afecten el estado de salud física y emocional de adultos mayores diabéticos que involucren aspectos biopsicosociales.

Por lo cual, indagar dicha problemática desde el Trabajo Social resulta necesario, ya que investigar los estilos de vida y su relación con estado de la salud física y emocional de adultos mayores con diabetes tipo 2 que acuden a la UMF 46 del IMSS ubicada en Culiacán desde la perspectiva cuantitativa permite en un primer momento tener mayor conocimiento del problema, identificando los estilos de vida de las personas, así como la relación entre variables que conllevan a las personas a tener cierto estado de salud y en un segundo momento a partir de los resultados obtenidos, desarrollar estrategias de intervención desde la disciplina de la cual se realiza el presente estudio, es decir desde el Trabajo Social.

Así se favorece maximizar la eficacia de los programas de salud pública, permeando tanto a la población foco que padece dicha enfermedad como al Estado, pues mediante la maximización en control y prevención se fortalecen conductas saludables relacionadas con los estilos de vida y se reducen gastos relacionados a complicaciones derivados de dicha enfermedad.

1.3 Pregunta de investigación

A partir de lo antes mencionado es que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué manera los estilos de vida adoptados por adultos mayores con diabetes tipo 2 que acuden a programa de control en diabetes (diabetIMSS) impactan en el estado de salud física y emocional?

I.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar el impacto de los estilos de vida en el estado de salud física y emocional de adultos mayores con diabetes tipo 2 que acuden a programa de control en diabetes (diabetIMSS), en la unidad médico familiar no.46 ubicada en Culiacán, Sinaloa.

1.4.2 Objetivos específicos

Explicar los estilos de vida y estado de salud física y emocional de adultos mayores que acuden a programa de control en diabetes (diabetIMSS) en la unidad médico familiar 46.

Analizar si la frecuencia de actividad física, la alimentación balanceada y la adherencia al tratamiento impactan en el estado de salud física y emocional de adultos mayores que acuden a programa de control en diabetes en la unidad médico familiar 46.

Analizar el papel de Trabajo Social como engranaje entre la institución y los grupos de personas adultas mayores que participan en el programa institucional (diabetIMSS) de la unidad médico familiar 46.

I.5 Hipótesis General

A estilo de vida saludable (mejor alimentación, mayor actividad física, adherencia al tratamiento) mejor estado de salud (mayor función física, mejores rol físico, rol emocional y salud general) de adultos mayores con diabetes tipo 2.

I.5.1 Hipótesis específicas

La alimentación balanceada, actividad física frecuente, la adherencia al tratamiento y las convivencias sociales son indicadores de los estilos de vida positivos que contribuyen a elevar el estado de salud física y emocional de los AM con D2.

La función actual del Trabajo Social en las instituciones de salud no permite el seguimiento continuo de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 debido a las múltiples actividades que deben desarrollar, correspondiendo ésta función al deber ser como engranaje entre el *hábitus* y la institución de salud.

CAPITULO II

ESTADO DEL ARTE

En este apartado se revisan las principales investigaciones y artículos desarrollados en torno a los estilos de vida empleando el Instrumento para Medir Estilos de Vida en Diabetes (IMEVID) y sobre los estudios de salud que han utilizado la Encuesta de Salud Sf-36 como instrumento de recolección de datos. El término estilo de vida ha sido abordado desde diversos enfoques y autores, desde la Sociología los primeros aportes al estudio de este concepto se remontan al siglo XIX por aportaciones de filósofos como Karl Marx y Max Weber.

Weber en su obra *Economía y sociedad* (1944) plantea una discusión entre estilos de vida y estatus social, en la cual expresa que los individuos pertenecientes a una misma clase social realizan acciones de sentido a manera de regularidades, comparten iguales circunstancias materiales, educativas y políticas, por lo tanto sus estilos de vida son similares, sin embargo lo que determina el estilo de vida de las personas independientemente de la situación de clase es el estatus, pues mientras los que gozan de alto estatus visten de traje y asisten a cocteles, quienes tienen menos prestigio se irán de tapas (comerán antojitos) y vestirán informal.

Weber asigna en su jerarquización de clase el estatus más alto a los partidos, pues mientras las clases existen en el orden económico, los grupos de estatus en el orden social, los partidos suelen ser establecidos en el orden político, pues son estructuras que siempre

luchan por el poder las cuales pueden pertenecer al estado o existir en vínculo con algún club social (Ritzer, Rodríguez y Barbado, 2001).

Por otra parte Karl Marx planteó que la posición social de una persona es determinada por el acceso que esta tenga a los medios de producción, es decir la clase a la cual pertenece una persona se encuentra determinada por la cantidad de bienes sobre los cuales tiene control. Marx distinguía entre los burgueses y proletariado, cada uno de ellos con acceso a bienes diferente, desarrollando actividades diferentes según su estilo de vida determinado por el acceso a los medios (Ritzer et al. 2001).

Por su parte, en su obra “La distinción criterios y bases sociales del gusto” Bourdieu (2002) postula que las personas que pertenecen a una misma clase social mantienen gustos similares y estilos de vida afines debido al *habitus*; pues de acuerdo con este autor el *habitus* es un sistema, forma de pensar, sentir y actuar inconsciente en el individuo pero dependiente de las condiciones objetivas de existencia y trayectoria social.

Desde una perspectiva social individual el psicólogo Alfred Adler realizó un trabajo sobre estilos de vida, en el cual plantea que existen estilos de vida normal e inadaptado, los cuales son determinados debido a la capacidad que tiene el individuo para funcionar y desarrollarse socialmente logrando dejar atrás sentimientos de inferioridad los cuales según este autor son característicos en todos los seres humanos desde el momento del nacimiento. Desde la postura de Adler estilo de vida se define como un patrón único de conductas y hábitos de vida mediante los cuales el individuo lucha para sentirse mejor (Adler, 2014).

Según este autor es difícil poder identificar el estilo de vida de un individuo cuando este se encuentra en una situación favorable, sin embargo cuando sucede una situación desfavorable es posible identificarlo. Para Adler el estilo de vida es “Una unidad porque se ha desarrollado a partir de las dificultades en el comienzo de la vida y una lucha por un fin” (Adler, 2014, p.45), desde esta perspectiva estilo de vida son todas aquellas pautas o acciones realizadas desde la infancia y a lo largo de la vida de los individuos, las cuales deben ser comprendidas desde el contexto físico y social y no separadas como partes.

El planteamiento que realiza Adler (2014) sobre estilos de vida se encuentra relacionado al sentimiento de inferioridad, el cual consiste en que todo ser humano que se enfrenta a dificultades o se siente inseguro de afrontar una nueva situación está sometido a sentir que no puede hacer frente a dicha situación, lo cual a manera de estímulo lo lleva a realizar acciones, las cuales derivan en un fin, es decir en un estilo de vida. De igual manera el sentimiento de superioridad entendiéndose como la capacidad del individuo de exaltar sus virtudes lo lleva a adaptarse en sociedad derivando en un estilo de vida.

De acuerdo con Adler debido a que las personas tienen estilos de vida, con frecuencia es posible predecir acciones que realizarán en el futuro:

Así, partiendo de la experiencia y del conocimiento de unos cuantos hechos, podemos predecir lo que les sucederá a los niños que se mantienen siempre alejados de los demás, que buscan apoyo, que son mimados y dudan al verse frente a situaciones nuevas. (2014, p.46).

Dos son los tipos de estilos de vida que plantea Adler que influyen en el individuo como ente social y que además son determinantes en salud: a) estilo de vida normal y estilo de vida inadaptado. Aunque Adler plantea estos dos estilos de vida y menciona algunos otros

estilos de vida precoces o prototipos, no considera correcto dividir o clasificar a individuos en ciertos estilos de vida ya que considera que cada ser humano tiene un estilo de vida individual, y se refiere a tipos solo como un recurso intelectual para identificar rasgos similares entre las personas. De acuerdo con Adler el estilo de vida inadaptado dificulta la inserción del individuo en el medio social debido a que se encuentra lidiando con el sentimiento de inferioridad, mientras que el estilo de vida normal hace referencia a personas con sentimiento de superioridad, es decir que logran adaptarse, desarrollarse y funcionar en el medio social. Son múltiples los estudios que se han realizado sobre estilos de vida, principalmente referentes a aspectos biomédicos algunos de los principales se mencionan a continuación.

II.1 Instrumento para medir estilos de vida en diabetes (IMEVID)

López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma y Munguía-Miranda (2003) realizaron un estudio sobre estilos de vida en Guadalajara México desde la perspectiva médica, con el objetivo de validar el instrumento para medir estilos de vida en diabetes (IMEVID) con una muestra de 412 participantes adultos con diabetes tipo 2 asistentes a una institución de salud pública, con media de edad de 56 años, en dicho estudio se encontró relación entre estilos de vida no saludables, obesidad y descontrol glucémico, además se encontró que el instrumento cuenta con validez lógica y de contenido (alfa de Cronbach de 0,81).

Por otra parte Fuentes-Facundo, Lara-Loya y Rangel-Vega (2004) analizaron los estilos de vida no saludables de 91 pacientes menores de 39 años con diabetes tipo 2 pertenecientes a una institución de salud pública de Coahuila, utilizaron dos encuestas

validadas por Nola, J. Pender y un grupo de expertos en diabetes. Encontrando que un 52.7% de los participantes establece horario para los alimentos, un 52.8% no toma en cuenta la selección de alimentos adecuados, el 57.1% continua consumiendo azúcar a pesar de su condición, el 71.4% dedican tiempo para relajación, sin embargo solo el 38.5 % de los participantes realiza ejercicio y el 63.3% conoce sus niveles de glucosa en sangre.

Balcázar et al. (2008) llevaron a cabo un estudio (desde el área de la psicología) en el Estado de México con 30 sujetos adultos de entre 24 y 64 años de edad (20 mujeres y 10 hombres), con el objetivo de describir el estilo de vida de personas diagnosticadas con diabetes tipo 2 y analizar su comportamiento con relación a la enfermedad. Se utilizó el instrumento IMEVID, dicho estudio fue transversal descriptivo. Los resultados indican que solo el 26.67 % de los participantes obtuvieron un buen estilo de vida. De acuerdo con los autores el tratamiento exitoso reside en una buena adherencia terapéutica y conductas de autocuidado por parte del paciente.

Montejo-Briceño (2009) desarrolló un estudio transversal con el objetivo de explorar relaciones entre estilo de vida, control glucémico y salud-autoeficacia de 112 pacientes que acuden a control en diabetes de dos instituciones de salud pública en Veracruz, México empleando los instrumentos IMEVID para medir estilos de vida, y también utilizó la escala multidimensional para medir el locus de control en salud (MHLCS), la escala de valor asignado a la salud de Lau y Cols y la escala de autoeficacia. Los resultados muestran que de los 112 participantes 47 obtuvieron puntajes que los ubica dentro del rango de buen estilo de vida mientras 65 participantes se ubicaron en puntaje correspondiente a estilo de vida no saludable. Encontrando correlación entre locus de control con los puntajes del IMEVID sin

embargo no se obtuvo correlación entre los puntajes de este último y la autoeficacia generalizada.

Gomez-Aguilar, Yam-Sosa y Martìn-Pavòn (2010) desarrollaron un estudio descriptivo transversal en el que participaron 214 personas con diabetes tipo 2 de dos instituciones de salud pública en Yucatán, México, el objetivo fue determinar la relación entre estilo de vida y salud mediante control glucémico. Las técnicas de recolección empleadas fueron entrevista dirigida, cuestionario de datos sociodemográficos y parámetros de hemoglobina glucosilada. Los resultados de dicho estudio indican que el mayor problema identificado con relación a la salud del diabético es el sedentarismo, se encontró bajo índice de consumo de alcohol y tabaco sin embargo los investigadores plantean que dichas dimensiones asociadas con estilo de vida puede corresponder a cuestiones de género, ya que la mayoría de participantes fueron mujeres.

Años más tarde Gomez-Aguilar, Avila-Sansores, y Candila-Celis (2012) estudiaron la relación entre estilo de vida de personas con diabetes tipo 2 y su control metabólico mediante un estudio transversal, conformado por 45 sujetos mayas (80% mujeres) edad promedio de 61 años, (46.66% con nivel de estudios de primaria) de un grupo de inserción social en Mérida Yucatán, México. Se utilizaron dos instrumentos de medición el primero se conformó por una ficha de identificación que incluyo datos socioeconómicos, mediciones antropométricas y control metabólico. El segundo instrumento empleado fue el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en pacientes con Diabetes tipo 2. Los resultados indican que el 62.20% de los participantes cuentan con estilo de vida inadecuado mientras el 37.8% presento buen estilo de vida, encontrando que un buen estilo de vida favorece el control metabólico.

En otro contexto Tolosa, Candiotti y D` Alessandro (2012) estudiaron la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional de 50 pacientes (37 mujeres y 13 hombres) con diagnóstico de diabetes tipo 2 asistentes a un grupo de atención médica en Santa Fe, Argentina. Se empleó el Instrumento IMEVID desarrollado por López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma y Munguía-Miranda (2003) pero adaptado para población Argentina conformado por 24 Ítems y evaluado en dos categorías: Estilo de vida adecuado y estilo de vida inadecuado. Los resultados indican un alto porcentaje de personas con estilo de vida inadecuado (74%) y alta relación con prevalencia de exceso de peso (30% sobrepeso, 56% obesidad).

Por otra parte, Figueroa et al. (2014) realizaron un estudio cuantitativo a 539 pacientes con diabetes tipo 2 (73% mujeres) en el estado de México con el objetivo de comparar los estilos de vida y grado de control metabólico, y así analizar la efectividad de un programa de diabetes, por lo cual se estudió a tres poblaciones de sujetos diabéticos: a) asistentes a programa de salud, b) no asistían a programa de salud, c) egresados de programa de salud. Encontrando diferencias entre los estilos de vida y los parámetros de control empleados, obteniendo mayor número de variables de metas de control en el grupo de egresados del programa de salud, manifestando buena efectividad.

Por su parte Cantú (2014) llevo a cabo un estudio descriptivo transversal con 65 pacientes con diabetes tipo 2 en Nuevo León, México con el objetivo de explorar el estilo de vida y su relación con la percepción de los pacientes. Se utilizó el IMEVID con el objetivo de medir los estilos de vida y se les preguntó a los pacientes sobre la percepción que tenían sobre su salud. Los resultados obtenidos indican que un 29.23% consideraba tener buen estilo

de vida, mientras que el 70.77% estilo de vida inadecuado, encontrando relación entre los puntajes del IMEVID y la salud percibida por los sujetos.

II.2 Encuesta de Salud Sf-36

La encuesta de salud formato corto de 36 ítems (Sf-36) fue diseñada en la década de los noventa en Estados Unidos para su uso en la práctica clínica y la investigación, evaluación de políticas de salud y encuestas de población general. Se encuentra conformada por 8 conceptos de salud: limitación en actividad física debido a problemas de salud, limitaciones en actividades sociales debido a problemas físicos y emocionales, limitación en actividades físicas por problemas de salud física, dolor corporal, salud mental general, limitaciones en actividades de roles habituales, vitalidad y percepciones generales de salud (Ware y Sherbourne, 1992).

Alonso, Prieto y Anto (1995) realizaron una adaptación al idioma español la cual se desarrolló en el marco del proyecto internacional IQOLA, el cual se conformó con investigadores de 15 países los cuales realizaron traducción de la escala en salud Sf-36 a diversos idiomas, con el objetivo de contar con un instrumento válido y confiable que permitiera evaluar aspectos de salud y servir a su vez como referente para medir salud individual, grupal y calidad de vida.

En 1996 se desarrolló la versión 2 del instrumento con el objetivo de mejorar la redacción de algunos ítems, emplear instrucciones más claras y ampliar las opciones de respuesta facilitando la lectura y comparabilidad en las diversas traducciones (Ware, Kosinski y Dewey, 2000).

De acuerdo con Vilagut et al. (2005) el Sf-36 es un instrumento útil para valorar el estado de salud de pacientes de manera individual, así como de grupos y subgrupos de población general, además facilita comparar la carga de diversas enfermedades. El Sf-36 es un instrumento genérico que mide el estado de salud. Es una herramienta utilizada para valorar aspectos de salud en el área clínica, pues brinda el estado general de salud de las personas de manera rápida, práctica y confiable, ya que diversos estudios internacionales lo validan (García, Santibáñez y Soriano, 2004).

Otro de los usos que se le ha dado a la encuesta de salud Sf-36 es como herramienta para la medición de calidad de vida relacionada con la salud, esto debido a su capacidad multidimensional así como su facultad de evaluación objetiva y subjetiva de la salud (Vilagut et al. 2005).

García, Santibáñez y Soriano (2004) emplearon la encuesta de salud Sf-36 para describir el estado de salud percibido por 3,915 trabajadores de empresas en población española, (65% varones y 35% mujeres) encontrando asociación entre la salud percibida por los trabajadores y las características de la empresa (tamaño y nivel de riesgo) así como alteraciones relacionadas con la edad y sexo de los trabajadores, encontrando mayor alteración de la salud física, psíquica y social en varones del sector industrial cuyas actividades laborales se relacionan con el riesgo de la actividad de trabajo. Mientras que las mujeres presentaron más alteraciones en las dimensiones relacionadas con la salud física.

En nuestro país Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Gandek y Medina-Moreno (1999) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de establecer un perfil multidimensional del estado de salud del sureste de México empleando la encuesta Sf-36. Dicho estudio contó con 257 participantes de entre 35 y 44 años de edad, de una clínica médica, conformando un grupo

de estudio y un grupo control. Los resultados indican que el instrumento Sf-36 mostró validez y confiabilidad en referencia con los estudios realizados en otros contextos internacionales, los resultados permiten afirmar que la encuesta en salud Sf-36 es un instrumento válido y confiable para conocer el estado general de salud, su utilización para medir la calidad de vida relacionada con la salud es otro de los usos que pudiera dársele pues cuenta con múltiples dimensiones que la hacen adecuada para dicha medición.

Durán-Arenas, Gallegos-Carrillo, Salinas-Escudero y Martínez-Salgado (2004) llevaron a cabo un estudio cuantitativo con el objetivo de establecer una base normativa en la medición de calidad de vida empleando el formato corto Sf-36. Aplicaron dicho instrumento en 4200 hogares de Sonora y Oaxaca, contando con un total de 5961 participantes (mayores de 25 años) de ambos estados de la república, los datos fueron obtenidos en el periodo entre junio y septiembre de 1999.

Los resultados permiten observar que la mayor variación entre hombres y mujeres se observa en adultos hasta de 64 años de edad concentrándose en tres dimensiones: salud general, función social y salud mental, en el grupo de 65 a 74 años de edad la variación se concentra en función social y salud mental y en mayores de 75 años de edad en salud mental.

Martínez-Hernández, Segura-Méndez, Antonio-Ocampo, Torres-Salazar y Murillo-Gómez (2010) llevaron a cabo la validación del instrumento Sf-36 con el objetivo de evaluar la calidad de vida de personas asmáticas y con rinitis alérgica. Participaron 50 pacientes asmáticos (edad media de 34 años), el estudio fue de tipo cuantitativo. Los resultados indican que hubo mayor deterioro en la calidad de vida en pacientes asmáticos con rinitis alérgica, ya que los puntajes indican que la salud física y general se ve afectada a mayor severidad de la enfermedad. El alfa de Cronbach fue de 0.93 lo cual indica que es un instrumento fiable

para futuros estudios con población de pacientes adultos mexicanos con asma y rinitis alérgica.

Por su parte Aragón, Meras y Trujillo (2015) desarrollaron una validación en tres contextos culturales de México empleando la encuesta de salud Sf-36 (Zúñiga, et al. 1999) a la cual le añadieron 9 ítems. El estudio fue de tipo cuantitativo desarrollado en fases de estudio, la primera fase consistió en aplicar dicho instrumento a 460 habitantes de la ciudad de México, 220 hombres y 237 mujeres con edades entre 19 y 76 años (media de edad de 39 años), la segunda muestra se conformó por 230 habitantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo 112 hombres y 118 mujeres cuya edad fue de entre 17 y 62 años (media de edad de 28 años), la tercera muestra fue de 460 habitantes de la ciudad de Gómez Palacio, Durango. 115 hombres y 115 mujeres con edades entre 18 y 72 años (media de 38 años de edad). Todos los sujetos que participaron en el estudio indicaron estar casados o en relación de pareja.

Las encuestas fueron aplicadas en oficinas, escuelas y plazas comerciales. Los resultados indican que en el análisis correspondiente a Ciudad de México 44 de los 45 ítems cumplieron con los criterios de análisis establecidos para la construcción y validez de escalas por Reyes-Lagunes, García y Barragán (2008). El análisis factorial KMO fue de .939 lo cual indica alta correlación entre las variables que componen la escala Sf-36. En Pachuca Hidalgo 42 de los 45 ítems cumplieron con los criterios establecidos. El análisis factorial KMO fue de .683 lo cual indica que hubo una correlación baja entre las dimensiones que componen el instrumento, sin embargo el alfa de cada dimensión fue superior a .90.

En la muestra correspondiente a Durango los resultados indican que 42 de los 45 ítems cumplieron con los criterios establecidos por Reyes-Lagunes, García y Barragán (2008), el análisis factorial arrojó un KMO de .909 lo cual indica una alta correlación entre las variables que conforman la escala empleada. Los resultados generales permiten contar con puntajes válidos para la población mexicana sobre salud, los cuales pueden retomarse para futuras investigaciones sobre conjunción con otras variables de salud, resiliencia, regulación emocional, intimidad y empatía en relaciones humanas.

CAPITULO III

MARCO TEORÌCO

El envejecimiento es uno de los procesos que se está presentando actualmente a nivel mundial, diversos son los cambios a nivel biológico, psicológico y social que continúan manifestándose en esta etapa de la vida. La diabetes surge como la principal afectación de la salud de la población adulto mayor, siendo los estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de sustancias como alcohol y tabaco) factor principal de riesgo para su aparición y control, lo que ha llevado a diversas disciplinas del área de salud a tomarlo en cuenta en las pautas de control de enfermedades.

III.1 Modernidad

Explicar los estilos de vida actual hace imprescindible el referir a la modernidad. Bauman plantea que la modernidad se desdobra en dos fases, una es la modernidad sólida y otra la modernidad líquida. La modernidad sólida pesada o era del *hardware* como Bauman la denominó, es caracterizada por la riqueza y el poder, las cuales provenían de la tierra, yacimientos de hierro y minas de carbón. La modernidad sólida está obsesionada por el gran tamaño y dominada por la creencia de que lo grande es mejor. Riqueza y felicidad, felicidad y poder eran conceptos geográficos, en dicho periodo dominaban los grandes muros impenetrables, guardias y controles (Bauman, 2002).

Las relaciones sociales en la modernidad solida se caracterizaron por ser estables, las personas ingresaban a trabajar en alguna empresa y continuaban en ella por el resto de

sus días, era una relación entre capital y trabajo que perduraba durante toda la vida. Las relaciones de pareja como el matrimonio eran duraderas, condenadas a la vida de cónyuge en la cual ninguno de ellos podía sobrevivir sin el otro. En cambio la modernidad líquida o de *software*, es caracterizada por los cambios, donde las personas no duran por muchos años en una misma empresa, debido a que se encuentran en un mundo dinámico, complejo, acelerado, difuso y ambiguo que milita en contra de las estructuras durables (Bauman, 2002) y se están transformando también las formas y durabilidad de familia y pareja sentimental.

El estado de modernidad líquida está caracterizado por los viajes a velocidad de la luz, el espacio-tiempo puede recorrerse en una corta fracción de tiempo con la cual se pierde el impulso por visitar un lugar al cual se puede acceder de manera frecuente, las relaciones sociales pierden estabilidad, la necesidad de la estabilidad característica de la modernidad sólida ha sido sustituida por la necesidad de consumismo y disfrute en el momento. La modernidad líquida es una versión de la vida actual (dinámica y cambiante) la cual diversos autores llaman posmodernidad concepto que desde la perspectiva de Bauman puede asemejarse más a una modernidad tardía. Dos son los componentes característicos de la modernidad que permiten explicar los estilos de vida, consumismo y habitus conceptos que se abordan a continuación.

a) Consumismo. La sociedad moderna está caracterizada por ser líquida, esta liquidez lleva a las personas a estar en constante dinámica. De acuerdo con Bauman (2002) el consumo es una necesidad de todos los seres vivos, sin embargo el consumismo es un atributo de la sociedad, va más allá de la necesidad, e involucra el querer y desear no solo el

necesitar y se relaciona directamente con la frecuencia de satisfacción emocional al cubrir dicho deseo.

Así el consumo es una característica individual de satisfacción de necesidades, mientras el consumismo es un atributo de la sociedad en la que el trabajo ya no es la principal fuerza de impulso en la sociedad de productores, sino lo son el deseo y anhelo de consumo. Así, el consumismo va estableciendo parámetros específicos, probabilidades de elección y conductas individuales, pues aquello que queremos y deseamos se va modificando conforme sucede el paso del cambio del consumo al consumismo (Bauman, 2007).

En la era moderna sólida de la sociedad de productores, caracterizada por la apropiación de bienes que prometen brindar estabilidad y seguridad de *confort* a largo plazo se consideraba que entre mayor posesión de bienes, objetos más grandes y sólidos, mayor seguridad y estatus se tendría, debido a ello se cuidaban y almacenaban los medios o recursos para disfrutar de ellos en un futuro necesario buscando satisfacer así la seguridad, lo cual trajo consigo patrones y formas de comportamientos individuales similares entre individuos de dicha sociedad.

Por otra parte una sociedad de consumidores no comparte los ideales de la sociedad de productores sólida, pues para los consumidores lo principal es la adquisición de bienes para la satisfacción o disfrute de ellos casi instantáneamente, no se busca la satisfacción de seguridad a futuro sino la acumulación y el disfrute, la inestabilidad de deseos lleva a buscar nuevos productos, saciar nuevas necesidades, esta nueva forma de sociedad de productores está en sintonía con lo líquido (Bauman, 2002).

Si ubicamos a los adultos mayores como consumidores podemos plantear que se encuentran en proceso de transición en la etapa de la modernidad, pasando de la modernidad

sólida en la cual trabajaban para la adquisición de bienes que les permitiera poder asegurar estabilidad a futuro a la modernidad líquida, en la cual buscan como miembros de la sociedad en la que se encuentran inmersos la satisfacción momentánea del disfrute sin tomar en cuenta el adquirir bienes para poder costear la última etapa del ciclo vital de manera digna. El desarrollo de acciones características de la modernidad líquida lleva a los adultos mayores al consumo de alimentos no saludables y al desarrollo de hábitos inadecuados característicos de la vida dinámica y rápida de la liquidez.

Así, la vida en la sociedad líquida es muy dinámica, se plantea a manera de puntillas o puntos de tiempo, los cuales representan un momento de acción de la vida, pues se carece de linealidad y progreso en comparación con la sociedad de productores sólida. El ahorrismo ha llevado a la sociedad consumista a adquirir y disfrutar, debido a la urgencia de eliminar y reemplazar (Bauman, 2007).

De acuerdo con Bauman (2007) la sociedad consumidora engloba dos tipos distintos de consumidores, por un lado están los que pueden acceder a la adquisición de los productos debido a que cuentan con los medios necesarios, es decir consumidores que desarrollan un rol dentro de la sociedad debido a que cuentan con los medios para la adquisición de bienes y productos para satisfacer sus necesidades., y por el otro, los consumidores fallidos (donde podemos ubicar a los adultos mayores) aquellos que no pueden formar parte de la sociedad normada como consumista, debido a que carecen de los medios para la adquisición de bienes de consumo o están normados por los valores anteriores de la sociedad sólida.

Situar al adulto mayor como parte de la sociedad desarrollando un rol, es decir como consumidor al contar con las condiciones objetivas de vida o como un miembro de la sociedad que presenta dificultades para funcionar como parte de ella al ser consumidor fallido

o estar normado por valores anteriores de la sociedad sólida, nos lleva a reflexionar como el ser consumidor o consumidor fallido lleva a las personas adultas mayores a desarrollar o no, pautas de autocuidado que se reflejen en su estado de salud, como lo son poder costear los alimentos necesarios para desarrollar una dieta adecuada, el contar con tiempo libre para desarrollar actividades físicas y desarrollar actividades de ocio que fortalezcan su salud emocional.

El consumismo en la sociedad líquida rompe con los grupos y en su lugar crea multitudes, lo que llevaba a los miembros de una familia a sentarse en la mesa era el elemento productivo del consumo, en esta sociedad líquida la reunión alrededor de la mesa pone fin al consumo compartido, pues los individuos de la sociedad líquida se sientan a consumir comida rápida en solitario (Bauman, 2002).

Como pautas cotidianas de la modernidad líquida, mediante satisfacción y status, y debido a la dinámica de vida cada vez más rápida, las personas consumen mayormente alimentos chatarra adquiridos en establecimientos los cuales quedan de paso a la escuela, trabajo o aquellos establecimientos o restaurantes a los que acuden por comida preparada o para socializar debido a que dan prestigio: Se consume más cantidad de comida y/o comida chatarra de baja calidad con productos congelados o producidos en serie, con aditivos muy dañinos a la salud; conductas las cuales sin duda influyen a largo plazo en el deterioro de la salud.

b) *Habitus*. Bourdieu desde el constructivismo estructuralista entendiendo este como conjunción entre lo objetivo y subjetivo, plantea el concepto de *habitus*. El *habitus* hace referencia a los patrones de percepción, pensamientos y acción (Corcuff, 1998). De acuerdo con Bourdieu (2002) el *habitus* son aquellas estructuras sociales de la subjetividad

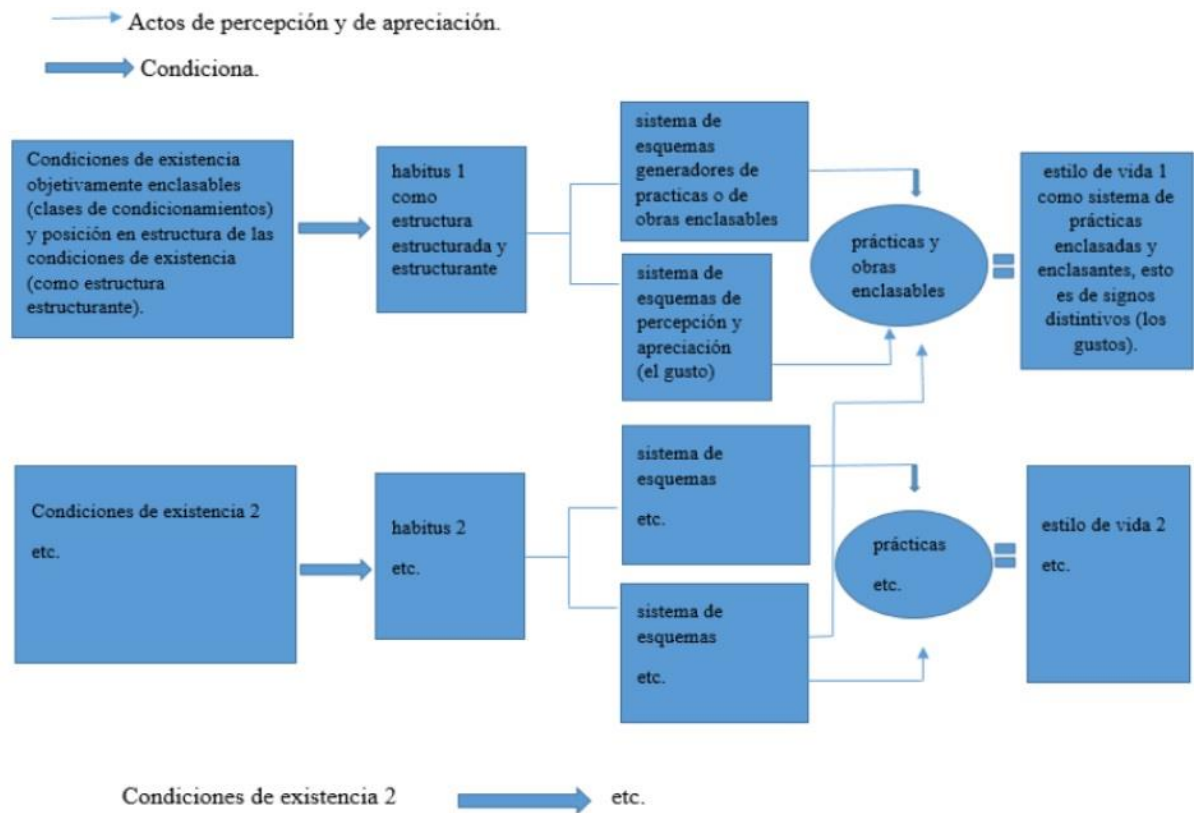
las cuales se construyen en virtud de las primeras experiencias o *habitus* primario y que en la vida adulta o *habitus* secundario dichas estructuras se van grabando en la mente y el cuerpo mediante la interiorización de la exterioridad.

Desde esta perspectiva se plantea el *habitus* como un sistema o forma de pensar, percibir, sentir y actuar, que sucede de manera inconsciente en el individuo pero que son dependientes de las condiciones objetivas de su existencia y su trayectoria social, que pueden modificarse durante las experiencias de vida pero que están fuertemente cimentadas por lo cual existe cierta continuidad en la vida de los individuos (Corcuff, 1998).

Bourdieu plantea que la división en clases que realiza la ciencia propicia que dichas prácticas categorizadas en clases produzcan juicio, así entre el principio generador de prácticas objetivas y el sistema de enclasmiento es que se define el *habitus* como “La capacidad de producir unas prácticas y unas obras enclasables y la capacidad de diferenciar y de apreciar estas prácticas y estos productos (gusto), donde se constituye el mundo social representado, esto es, el espacio de los estilos de vida” (2002, p.170).

Siguiendo a Bourdieu, tanto las características socioeconómicas como las características distintivas asociadas a los estilos de vida, solo llegan a ser una relación inteligible debido a que construyen el *habitus* como forma generadora que permite clasificar prácticas y productos enclasables simultáneamente. Así las propiedades con que se describen los grupos y los juicios que se hacen sobre dichas propiedades convertidas en *habitus* como principio generador de prácticas, permite identificar el conjunto de prácticas de un agente de los que son similares debido a que comparten esquemas idénticos y distintivos, de otros esquemas diferentes de prácticas que constituyen otro estilo de vida (ver figura 1).

Figura 1. Estilos de vida Bourdieu



Esquema retomado de Bourdieu, Pierre: “El *habitus* y el espacio de los estilos de vida” en La distinción. Criterio y bases sociales del gusto (2002).

Por tanto, las condiciones en que vive el sujeto producen *habitus* diferentes, configuran prácticas y formas de sentir, pensar y actuar distintas a las percibidas por otros agentes. Es decir el *habitus* se configura mediante la estructura del sistema de condiciones y experiencia del agente, así la posición rico-pobre, alto-bajo tienden a imponerse en la estructura y percepción de las prácticas.

Conforme el individuo escala en la jerarquía social ocurren cambios que lo llevan al refinamiento y la depuración, se da lo que Weber llama estilización de la vida, concepto retomado por Bourdieu quien menciona que dicho refinamiento modifica los *habitus*. A medida que el individuo ocupa un mejor lugar en la estructura social el capital económico y simbólico van modificando sus hábitos debido al gusto. Así se observa que el consumo de alimentos altos en grasa considerados como dañinos para la salud tiende a disminuir, aun y cuando el capital económico le permite adquirir mayor número de alimentos, y en cambio el consumo de alimentos saludables, bajos en grasa, frutas y verduras tiende a aumentar (Bourdieu, 2002).

Siguiendo con la idea de Bourdieu (2002) quien postula dos tipos de gusto: gusto de libertad y gusto de necesidad, el primero hacen referencia a la libertad que tiene el individuo a elegir, tomando en cuenta que este tipo de gusto hace referencia al lujo y corresponde a la posibilidad de aquellas personas con capital económico alto como lo son los burgueses, mientras que el gusto de necesidad hace referencia a aquellas personas que se ajustan a las necesidades, generalmente este tipo de gusto está caracterizado por aquellos que cuentan con bajo capital económico, como es el caso de los asalariados quienes al recibir un sueldo bajo acceden a cubrir principalmente las necesidades básicas.

En cuanto a la alimentación es claro que aquellas personas con gusto de libertad pueden acceder a llevar una dieta saludable a base de alimentos bajos en grasa, mientras quienes se caracterizan por gusto de necesidad se encuentran imposibilitados de seguir un régimen alimenticio saludable (en parte por lo caro de los alimentos más saludables) lo cual impacta en la salud. Así con el paso del tiempo las personas que pueden llevar a cabo una vida activa, con un régimen de ejercicio y alimentación saludable tienden a encontrarse en

mejor condición de salud física y emocional, pues realizar poca actividad física y no comer de manera adecuada ha llevado a gran parte de la población a presentar problemas de salud.

III.2 Proceso de salud-enfermedad

Uno de los aspectos relevantes en la vida de los individuos es la salud, desde la perspectiva tradicional, hasta hace algunos años, se consideraba que una persona se encontraba enferma debido a que padecía alguna enfermedad visible o se tenía certeza de ello mediante un diagnóstico médico. Así, el concepto de salud se encuentra ligado históricamente a una dicotomía en la cual se habla de salud-enfermedad. Pero la explicación de dicho proceso (salud-enfermedad) se ha ido modificando, ubicándolo en un continuo en el cual se dice, existen puntos intermedios, es decir si bien una persona no se encuentra enferma puede estar en riesgo de enfermarse (Arita, 2006). Desde esta visión no se considera enfermo solo a quien presenta síntomas de algún padecimiento, sino que se toma en cuenta el riesgo que los individuos tienen de enfermarse debido a la exposición con factores de riesgo.

Es complejo definir salud y enfermedad, de acuerdo con Llor, Abad, García y Nieto (1995) enfermedad se vincula con aquellas anomalías anatómicas y fisiológicas que causan malestar a los individuos, pero además señalan que algunos sujetos experimentan fenómenos subjetivos que los llevan a presentar dolencias. Mientras que, en referencia a salud, expresan que el estar sano es no estar enfermo, sin embargo dicha concepción es demasiado corta, ya que un sujeto puede no considerarse enfermo y padecer alguna alteración. Por lo cual surge una definición positiva de salud basada en el bienestar como potenciador del individuo para desarrollarse en su medio.

Desde esta perspectiva positiva de salud observamos que la dicotomía salud-enfermedad comienza a percibirse de manera distinta a la tradicional, la cual plantea que enfermedad es todo aquello relacionado con dolencias o afecciones fisiológicas, mientras que desde esta nueva visión se comienza a visibilizar de manera positiva, hablando de salud como bienestar físico, mental y espiritual. Actualmente no existe una definición única de salud pues esta ha sido abordada desde múltiples perspectivas y enfoques teóricos dando surgimiento a diversos modelos, entre ellos el biopsicosocial, el cual aborda de manera integradora las dimensiones biológica, psicológica y social del individuo desde una perspectiva holística, dicho modelo permite explorar múltiples causas presentes en los problemas de salud, pues proporciona gran flexibilidad en la aproximación a la salud (Acosta, 2011).

Desde la perspectiva de este modelo la salud puede visualizarse desde diversas áreas (Juárez, 2011). Así, desde el área de psicología, con el desarrollo de la medicina psicosomática y del modelo biopsicosocial dicho proceso salud-enfermedad ha sido visto también desde un carácter socioeconómico, centrandó la atención en los estilos de vida y calidad de vida, considerando como aspectos relevantes las creencias en salud y actitudes de los sujetos (Arita, 2006).

La OMS define salud positiva como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, el cual no se reduce solo a la ausencia de enfermedad” (World Health Organization, 2013, párr.2). Otro aspecto relevante del proceso salud-enfermedad es la transición epidemiológica. En las últimas décadas México ha sufrido una serie de cambios ambientales, sociales, económicos y culturales con respecto a salud. Dichos cambios causados debido al aumento en la esperanza de vida han propiciado envejecimiento poblacional, que relacionado

con estilos de vida poco saludables ha provocado un cambio en los padecimientos de salud, pasando de enfermedades infecciosas y deficiencias de nutrición a enfermedades crónico-degenerativas.

A principios del siglo XX el país se encontraba ante riesgos de higiene deficiente, agua para consumo humano de poca calidad, esquemas de vacunación incompletos, limitado acceso a sistemas de salud, los cuales se han modificado dando surgimiento a riesgos de estrés, mala alimentación, sedentarismo, uso de drogas, violencia, por lo cual las enfermedades crónico-degenerativas o no transmisibles como la hipertensión, enfermedades coronarias, cerebrovasculares y diabetes se han convertido en las principales enfermedades que afectan a la población (Soto, Moreno y Pahuá, 2016).

A nivel mundial la transición epidemiológica principalmente en países desarrollados ha pasado de enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas, logrando erradicar prácticamente en su totalidad las primeras, sin embargo en países en desarrollo como el nuestro si bien existe mayor necesidad de atención en referencia a las crónico-degenerativas, aun no se han podido erradicar las primeras coexistiendo ambos tipos de padecimientos (Dantés et al. 2011).

III.2.1 Adulto mayor y diabetes mellitus tipo 2

Con el desarrollo tecnológico y científico, aunado a conductas de autocuidado es que el incremento de la esperanza de vida está trayendo consigo la longevidad en las personas y la propia vejez propicia deficiencias en el funcionamiento corporal y mental. Así a nivel mundial se está produciendo un envejecimiento poblacional. El envejecimiento es un proceso

el cual sucede a lo largo del ciclo de vida de las personas y ha sido abordado desde diversas disciplinas, en el área de salud actualmente comienza a indagarse desde la perspectiva biopsicosocial, pues aspectos biológicos, psicológicos y sociales se encuentran inmersos y tienen un papel activo a lo largo del desarrollo de las personas.

El término vejez es empleado para referirse a las personas mayores, existen diversas posturas sobre el concepto de vejez, Según Erikson (1985) las personas pasan por diversos estadios, el estadio VIII corresponde a la vejez, etapa del ciclo vital que hace referencia a la fase final de la vida y que corresponde a las personas mayores de 50 años. Desde una visión cronológica se hace referencia a personas mayores de 60 años, desde una visión fisiológica funcional se plantea como un modelo deficitario en el que la vejez inicia a partir de un declive a nivel fisiológico, esta postura ha sido demasiado criticada debido a la asociación de una etapa de la vida tomando como criterio las limitaciones funcionales de las personas, que si existen pero, desde una visión neutral la perspectiva social define a la vejez como la etapa de la vida que antecede a la muerte, la cual tiene su base en la historia y circunstancias de la sociedad (Montes de oca, 2010).

La OMS (2015) considera que la etapa adulto mayor inicia a partir de los 65 años, y en ella se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales. Por otra parte Naciones Unidas plantea que en países desarrollados se considera adulto mayor a toda aquella persona que cuenta con 65 años o más, mientras que en países en desarrollo el adulto mayor es quien cuenta con 60 años y más, dicha institución plantea que el envejecimiento es un proceso multidimensional en el que están inmersos la persona, familia y la comunidad.

Fernández-Ballesteros (2004) plantea que existe una creencia común en la cual se considera que a partir de una edad determinada (aspecto cronológico), o de ciertos cambios

como la jubilación (aspecto social), o la aparición de declives y deterioros fisiológicos (biomédico) es que inicia la etapa de vejez, sin embargo considera que el ser humano no termina su desarrollo cuando alcanza un nivel cumbre o máximo en maduración biológica y física no da inicio el deterioro cuando dicho nivel cumbre termina. Más bien que desde una perspectiva psicológica considera que el desarrollo humano dura mientras que las transacciones entre el ente biológico del organismo y el contexto sociocultural se estén produciendo, y que además es común que como en todas las etapas del ciclo vital existan puntos altos y bajos tanto en factores biológicos, psicológicos y sociales. Es decir existe declive y crecimiento a lo largo de la vida.

En la etapa adulto mayor (sesenta años y más) continúan produciéndose cambios como sucede a lo largo de las diversas etapas de vida, algunos de los cambios que impactan en la calidad de vida del adulto mayor son, en la dimensión social; la pérdida de empleo y en consecuencia a ello dificultades económicas, mayor aislamiento social debido a la menor capacidad y recursos con los cuales la persona dispone para adaptarse a las circunstancias; mientras que en la dimensión biológica; tienden a incrementarse las enfermedades físicas y aparecen discapacidades; mientras que en la dimensión psicológica el deterioro cognitivo es uno de los aspectos que se observan comúnmente, así como la aparición de sintomatología depresiva, relacionada con dificultades o la poca capacidad para afrontar las pérdidas (Gonzales y Padilla, 2006).

En cuanto a funciones que sufren un declive con el paso de los años, específicamente los adultos mayores sufren cambios en sus funciones cognitivas y afectivas. Fernández-Ballesteros (1990; 2004) plantea que con el paso del tiempo las funciones cognitivas sufren un declive, si bien durante toda su vida el ser humano es un procesador de información activo,

el cual capta, recibe, envía y almacena mensajes empleando como soporte el sistema nervioso central, durante el proceso de envejecimiento es que los sistemas cognitivos inician un enlentecimiento el cual trae consigo una menor eficiencia cognitiva. Por lo cual gran parte de la población adulto mayor tiene dificultad para recordar nombres, números telefónicos, direcciones y fechas.

De acuerdo con Benavides-Caro (2017) alrededor de los 60 años de edad inicia un proceso de disminución de la memoria, fluidez verbal y capacidad lógico matemática, sin embargo el deterioro cognitivo se encuentra vinculado con aspectos fisiológicos individuales, ambientales, y asociado con patologías. Por lo cual el régimen de alimentación, frecuencia de actividad física y padecimientos de salud impactan en el proceso de declive cognitivo, el cual puede ser normal si la persona desarrolla un estilo de vida saludable, o patológico si está asociado a conductas inadecuadas.

En cuanto a las funciones afectivas, el ser humano como ente emocional además de contar con múltiples habilidades de destreza mental, es un ser social el cual por naturaleza tiene la capacidad de relacionarse con su entorno, diversos cambios como lo es “el nido vacío” (cuando los hijos se van), la jubilación o retiro laboral, o la disminución de funciones fisiológicas, le traen al adulto mayor estados emocionales de malestar como la tristeza, depresión, o en ocasiones discapacidad y dependencia.

Según Fernández-Ballesteros (2004) si bien en la etapa adulto mayor ocurren diversos cambios relacionados con situaciones negativas diversos estudios indican que en esta etapa de la vida se da una mayor riqueza emocional, en la cual se valora más la felicidad y gratitud que la frustración y la ira. Es decir si bien existen declives a nivel psicofisiológico en aspectos emocionales el adulto mayor que envejece de manera plena, con un régimen de

vida saludable, acompañado de sus seres queridos, que cuenta con condiciones socioeconómicas idóneas, tendrá un envejecimiento positivo.

III.2.2 Enfermedades crónicas: la diabetes mellitus

Uno de los principales padecimientos que afecta la salud de los adultos mayores es la diabetes mellitus, enfermedad crónica degenerativa la cual aparece en adultos de mediana edad y adultos mayores. Dicho padecimiento requiere de la implementación de hábitos saludables asociados a la alimentación, actividad física y acciones de autocuidado que permitan un mejor envejecimiento, permitiendo a quienes la padecen el desarrollo de actividades físicas, recreativas de calidad en la etapa final del ciclo vital.

El origen de la diabetes se remonta a miles de años atrás, se considera al Papiro de aproximadamente 1700 años encontrado por el arqueólogo Ebers (1550 a.c.) la primera referencia sobre este padecimiento, pues en él se encuentran plasmadas algunas sintomatologías similares a las que presenta la diabetes (olor y sabor dulce de la orina), el papiro fue encontrado en 1862 en Tebas, actualmente Luxor, en Egipto (Licea, 1981).

En la antigua Grecia, Galeno (460-370 a.c.) seguidor de las obras de Hipócrates de quien retoma el planteamiento sobre que el proceso salud- enfermedad se rige mediante el desequilibrio de los humores que se configuran en el cuerpo (Alby, 2004), plantea que los tres principales órganos que se relacionan con la enfermedad eran el corazón, hígado y cerebro, cada uno de ellos relacionado con un sistema específico; el corazón era considerado órgano espiritual ya que distribuía la sangre y el aire (espíritu), el hígado considerado órgano de las virtudes naturales debido a su vínculo con la nutrición, crecimiento y reproducción.

Mientras que el cerebro era considerado relevante junto con la medula espinal y los nervios debido a que este sistema controlaba el movimiento, las sensaciones y el pensamiento.

En relación con los cuatro elementos de la naturaleza se proyectaba al cuerpo humano mediante cuatro humores. El primero relacionado con la sangre, con origen en el corazón teniendo como cualidades la calidez y la humedad del aire; la flema por su parte, ubicada en el cerebro, se consideraba como fría y húmeda, la bilis amarilla era caliente y seca como el fuego y se encontraba en el hígado, la bilis negra localizada en el bazo, era seca y fría como la tierra.

Estos humores se expresaban mediante cuatro temperamentos; sanguíneo, flemático, melancólico y colérico. La relación de la diabetes con esta idea Galénica se da debido a que se relaciona el olor dulce de la orina con elementos húmedos de la naturaleza, es decir con el temperamento flemático, Galeno relacionó la diabetes con la sed y la denominó como diarrea urinosa asociándola con la frecuencia constante al orinar (García-Valdecasas, 1991).

Ya en el siglo XVII Tomas Willis (1621-1675) se refirió a la diabetes como orina dulce, llegando a esta conclusión después de comprobar el sabor de la orina al realizar una investigación enfocada en diuréticos empleando un grupo de moscas en el laboratorio. Es a partir de este aporte que se le añade el término *mellitus* a la enfermedad. Por su parte Thomas Sydenham (1624-1689) médico clínico, especuló sobre la posibilidad de que la diabetes era una enfermedad sistémica de la sangre la cual surgía debido a una digestión defectuosa lo cual llevaba a la persona a expulsar parte del alimento en la orina (Villanueva-Meyer, 2015).

Ya en el siglo XIX con el desarrollo de la ciencia experimental Claude Bernad (1813-1878) da a conocer que el azúcar que aparece en la orina de los diabéticos se almacena

en el hígado en forma de glucógeno antes de ser expulsada. De igual manera realizó estudios en el páncreas dándole un papel importante para el estudio de la diabetes. Años después Bouchard señaló el efecto de llevar una vida sedentaria y el vínculo con la obesidad para el surgimiento de la diabetes, además realizó hincapié en que el tratamiento para este padecimiento debía basarse en evitar el consumo de alimentos con alto valor calórico de la dieta (Entralgo, 1972).

Actualmente se considera a la diabetes como una enfermedad crónico-degenerativa la cual surge debido a que el páncreas, órgano encargado de la producción y distribución de la insulina presenta alguna disfunción, la diabetes suele presentarse debido a aspectos biológicos y medioambientales en los que la alimentación, actividad física y el consumo de ciertas sustancias tienen un peso significativo. En México la diabetes es la principal problemática de salud que impacta en la población adulto mayor (60 años y más), dicha problemática se encuentra íntimamente relacionada con los estilos de vida, debido a la prevalencia y al alto índice de mortalidad es actualmente foco de atención del sistema de salud de nuestro país (FID 2013).

Existen tres tipos de diabetes: Por un lado, el tipo 1 o insulino dependientes se presenta en edades tempranas, afectando a niños y jóvenes, actualmente se desconoce la causa de este tipo de diabetes, algunos de los síntomas de este padecimiento son; sed excesiva, ganas de orinar frecuente, pérdida de peso sin razón aparente, visión borrosa y fatiga (OMS, 2017). Por otro lado, la diabetes tipo 2 es la más común en el mundo, se presenta mayormente en adultos y algunos de los factores desencadenantes son la mala alimentación, el sedentarismo, la obesidad, edad avanzada, antecedentes familiares.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 y tipo 2 suelen ser similares, pero en la tipo dos suelen ser menos intensos, lo cual en ocasiones no permite realizar un diagnóstico temprano, por lo que suele ser detectada cuando aparecen complicaciones (FID, 2013). Mientras que el tercer tipo es la diabetes gestacional, padecimiento cuya aparición se da en mujeres solo durante el periodo de embarazo, sin embargo, diversos estudios plantean que puede ser un factor para el surgimiento de diabetes en la madre o el recién nacido en años posteriores.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017) el 90% de las personas que padecen diabetes en el mundo corresponden a diabetes tipo 2, anteriormente llamada no insulino dependiente; este tipo de diabetes surge debido a que el cuerpo es incapaz de utilizar de manera eficiente la insulina que produce. Aspectos relacionados con los estilos de vida son determinantes para su aparición, como lo son mala alimentación, poca actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol, sobre peso y el uso de sustancias o drogas (Juárez, 2011).

III.3 Posicionamiento teórico, estilos de vida

El concepto estilo de vida se ha abordado desde diversas áreas como la sociología, antropología, psicología y la salud, actualmente no tiene una definición única. Según Wong (2012) los estilos de vida son hábitos, patrones o conductas de naturaleza social relacionadas a la salud y bienestar de los individuos. Los orígenes de dicho concepto se remontan al siglo XIX por aportaciones de filósofos como Marx y Weber quienes desde el área de sociología aportaron una visión de los determinantes sociales, desde la visión de esta área los estilos de vida han sido entendidos como conductas, patrones o actividades que los individuos eligen realizar de entre opciones disponibles en función de su contexto social (Guerrero-Montoya 2010).

Desde el área de psicología Alfred Adler plantea una visión individualista, desde la cual relaciona los estilos de vida con los conceptos de sentimiento de inferioridad y superioridad, según este autor todos los individuos nacen con sentimiento de inferioridad debido a que requieren de cuidados e irse desarrollando en el contexto sociocultural, una vez que el individuo es capaz de vivir, funcionar e interactuar con el medio, es decir desarrollar el sentimiento de superioridad, es capaz de vivir socialmente pleno. Para Adler son dos los estilos de vida que viven los sujetos: el estilo de vida normal caracterizado por el individuo que logra afrontar su sentimiento de inferioridad y, estilo de vida inadaptado, característico de sujetos dominados por un sentimiento de inferioridad.

En la década de los 80`s la OMS da una definición de estilos de vida la cual se ha tomado como base para diversos estudios y que a un sigue vigente: “Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986, p. 118). El concepto estilo de vida toma fuerza en el área de la salud, relacionando los hábitos de las personas con aspectos determinantes de la salud. De acuerdo con De la Cruz y Ortega (2007) existen determinantes del estilo de vida relacionados con la salud tanto individuales y de contexto.

Los individuales se relacionan con la genética y biología del individuo, así como las conductas habituales ligadas a dichos factores como lo son adoptar una dieta equilibrada acorde a las necesidades energéticas de la persona. Mientras que los factores de contexto se relacionan con el entorno afectivo próximo, aspectos sociales y económicos, y determinantes medio ambientales, como lo son el pertenecer a cierto estrato socioeconómico y entorno en que se habita.

La corriente epidemiología según Álvarez (2012) ha hecho un uso extensivo del concepto estilo de vida saludable, pero con significado restrictivo, es decir asociándolo a conductas que realizan los individuos que suelen ser riesgosas para su salud. En las últimas décadas desde la epidemiología se observa un cambio que va de abordar los estilos de vida en relación con la salud desde lo individual, a aspectos relacionados con condiciones materiales, sociales y culturales que favorecen la adopción de comportamientos grupales.

El cambio de una perspectiva individual a una social conlleva dos aspectos relevantes. El primero es que no se pretende culpar solo al individuo por su mala salud, como sucede en el modelo biomédico tradicional, el segundo es que se busca indagar el por qué las personas con menor nivel de educación, menor ingreso o pertenecientes a grupos marginados son quienes tienen menor oportunidad de adoptar estilos de vida que permitan su bienestar. Así los estilos de vida son todas aquellas acciones, conductas y/o patrones que las personas eligen realizar, determinadas por las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida, las cuales impactan directa e indirectamente en su salud y bienestar (Cockerham, 2007).

Siguiendo con la definición propuesta por Cockerham (2007) es relevante revisar lo planteado por Lalonde (1974), quien realizó en Canadá un estudio a partir del cual creó un modelo de determinantes sociales de la salud pública, en dicho modelo dice que el nivel de salud de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro campos: a) Biología humana, tomando importancia la genética y el envejecimiento. b) Medio ambiente: contaminación física (ruidos, radiaciones, etc.), química (plagas, plomo, entre otros) y biológica (bacterias, virus). c) Sistema sanitario (calidad de servicio, cobertura y gratitud).

d) Estilo de vida o conductas insanas (consumo de fármacos, ejercicio físico, estrés, consumo de tabaco y alcohol, conductas violentas, promiscuidad sexual). Campos que determinan tanto los estilos de vida saludables como los estilos de vida inadecuados o no saludables.

El campo de los estilos de vida es uno de los más relevantes pues desde esta perspectiva se visualiza que una característica de la sociedad moderna es el hiperconsumo el cual relacionado con conductas no saludables (mala alimentación y poca actividad física) lleva a desarrollar diversas patologías que impactan en la salud de las personas. El modelo de determinantes sociales de Lalonde (1974) se encuentra vigente, y considera que aspectos relacionados con la biología o genética humana, el ambiente en el que se desenvuelven los individuos, el estilo de vida que implementan así como el acceso y calidad de servicio de salud al que pueden acceder impacta en el bienestar. Si bien actualmente el interés por la salud es cada vez mayor, las personas se encuentran dentro de una dinámica social que demanda mayor conocimiento, cuidado y atención con relación a los estilos de vida.

En las últimas décadas se han comenzado a plantear algunas tipologías sobre estilos de vida los cuales se relacionan tanto con la salud como con la enfermedad, pues diversos estudio han encontrado relación entre el desarrollo de estilo de vida sedentario y enfermedad así como entre estilo de vida activo y buena salud. Por una parte, el estilo de vida sedentario ha sido relacionado con aspectos de sobrepeso, obesidad y diabetes. Se considera que una persona desarrolla una vida sedentaria cuando dedica menos de 30 minutos a la realización de actividad física al día a lo largo de la semana (Pate, O'neil Y Lobelo, 2008). Con la llegada de la modernidad y debido al desarrollo de medios tecnológicos, computadoras cada vez más rápidas, medios audiovisuales y de realidad virtual cada vez más realistas, comodidades

como el uso de ascensores, medios de transporte al alcance, es que diversos patrones se convierten en hábitos de vida propiciando el sedentarismo en las personas.

Los hábitos con el paso del tiempo se convierten en estilos de vida los cuales permean en el seno de la familia, aspectos como la forma de alimentación y la implementación de actividades físicas se configuran dentro de las pautas de convivencia de la misma. De acuerdo con la FID (2016) el comer en exceso aunado con un bajo gasto energético debido a un estilo de vida sedentario se relaciona con el apareamiento de obesidad, la cual se encuentra íntimamente relacionada con la diabetes. La OMS (2010) plantea que el sedentarismo es un estilo de vida caracterizado por la poca o nula frecuencia de ejercicio debido a insuficiente participación en actividades físicas durante el tiempo de ocio y al aumento de actividades laborales y domésticas, así como al incremento del uso de los medios de transporte.

Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física recomendada para mantener un adecuado estado de salud, diversos estudios (Salinas-Martínez, Cocca, Mohamed y Viciano-Ramírez, 2010; Crespo-Salgado, Delgado-Martín, Blanco-Iglesias y Aldecoa-Landesá, 2015; Álvarez-Bogantes, 2015; Fraga, 2016, & Soler-Lanagrán y Castañeda-Vázquez, 2017) indican que un estilo de vida sedentario provoca diversos padecimientos a la salud como lo son a nivel físico; hipertensión, sobrepeso, obesidad, enfermedades de corazón, diabetes mellitus y a nivel emocional insomnio, estrés y depresión. Así el desarrollo de un estilo de vida sedentario lleva a las personas a presentar diversos padecimientos trayendo consecuencias graves que además pueden llegar a convertirse en un problema de salud pública.

Por otra parte el estilo de vida activo está caracterizado por la realización de actividad física que va de moderada a vigorosa mayor a 150 minutos por semana, abarca todas aquellas actividades que involucren activar o mover el cuerpo que se realizan como parte del juego, trabajo, tareas domésticas y actividades recreativas, y no solo se reduce a la realización de ejercicios físicos (OMS, 2010). El encontrarse físicamente activo lleva a las personas a mantener un estado de salud física y emocional positivo pues lleva a reducir el riesgo de hipertensión, cardiopatía, diabetes, accidentes cerebrovasculares, cáncer de mama, caídas y depresión (OMS, 2018).

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (2018) el mantenerse físicamente activo en la etapa adulto mayor trae consigo la conservación de la independencia física y mental, además de facilitar la convivencia y socialización, ya que el mantenerse activo de manera frecuente tiene como beneficios la mejora de la circulación, disminución de los niveles de estrés, mejora en la calidad del sueño, conservación de habilidades relacionadas con la memoria, disminución de los niveles de glucosa en sangre, lo cual es benéfico pues permite prolongar el estado de bienestar de las personas favoreciendo la calidad de vida.

Estilo de vida saludable. Se encuentra relacionado con pautas que conlleva a mantener un buen estado de salud, en el que la alimentación, actividad física y el evitar el consumo de sustancias como alcohol y tabaco pasan a ser aspectos significativos en la vida de las personas. Entre las pautas relacionadas con la alimentación se encuentran el consumo de frutas y verduras priorizando alimentos frescos, el seguir un régimen alimenticio equilibrado en el cual el consumo de azúcares, refrescos y otros alimentos chatarra se ven disminuidos, en complemento con una buena alimentación las personas que desarrollan un

estilo de vida saludable se encuentran físicamente activas realizando actividades que involucren la activación física de manera frecuente en intensidades que van desde moderadas a vigorosas.

Otro de los aspectos esenciales de este estilo de vida es la disminución máxima en consumo de sustancias como lo son alcohol o tabaco las cuales traen consecuencias a la salud afectando diversos órganos como lo son los pulmones y el hígado. De igual manera el entorno de espacios saludables y tiempo dedicado al ocio son aspectos relevantes que conforman las pautas de estilo de vida saludables (Cockerham, 2007., y, Guerrero y Salazar, 2010).

Estilo de vida inadecuado. Consiste en realizar acciones que ponen en riesgo la salud de los individuos, acciones como no seguir un régimen de vida activo, no preocuparse por llevar una alimentación adecuada, consumir alcohol y tabaco de manera regular son pautas de comportamiento características del estilo de vida inadecuado. De acuerdo a Fuentes-Facundo, Lara-Loya y Rangel-Vega (2004) el consumir alimentos con alto nivel calórico, abusar de los azúcares refinados y llevar una vida sedentaria son factores de alto riesgo vinculados con pautas de comportamiento no saludables que llevan a las personas a desarrollar padecimientos como sobrepeso, obesidad y diabetes *mellitus*.

III.3.1 Componentes de estilo de vida relacionados con el adulto mayor que padece diabetes.

De acuerdo con la OMS los estilos de vida relacionados con la salud se encuentran conformados por diversos aspectos como lo son alimentación, actividad física, consumo de sustancias, adherencia terapéutica, aspectos socioemocionales, entre otros. El llegar a la etapa

adulto mayor requiere de diversas conductas de autocuidado para continuar desarrollando un adecuado estado de salud, sin embargo el padecer diabetes en esta etapa de la vida requiere de un régimen de cuidados y monitoreo por parte de los especialistas de salud, la familia y el propio adulto mayor.

a) Uno de los aspectos relevantes en cualquier etapa del ciclo de vida es la alimentación, pues es a partir de esta acción que los seres humanos logramos adquirir la energía necesaria para movernos y sobrevivir. La alimentación comienza a tomar relevancia en las últimas décadas debido a que existen diversos problemas de salud relacionados con una incorrecta ingesta alimenticia. De acuerdo con la OMS (2018) el sobrepeso, la obesidad y la diabetes mellitus están asociadas a dietas con alto contenidos calórico, al igual que con la baja frecuencia de actividad física.

Según el IMSS (2018) el sobrepeso y la obesidad son enfermedades que aparecen debido a la malnutrición y pueden prevenirse empleando pautas de alimentación saludables, las cuales impactan en la calidad de vida de las personas y permiten prevenir la aparición de la diabetes mellitus. Otro de los aspectos relacionados con la alimentación de acuerdo con el IMSS es la desnutrición, pues el adulto mayor suele presentar deficiencia de sustancias nutritivas causada por hábitos alimenticios inadecuados, por problemas de salud o cambios propios del envejecimiento y si no se sigue un régimen de alimentación equilibrado en esta etapa final de la vida se pueden padecer complicaciones en el estado de salud.

En la reunión de expertos en régimen alimentario, nutrición y prevención de enfermedades crónicas desarrollada por miembros de la OMS en 2002 se resaltaron las consecuencias que propicia una alimentación inadecuada y su asociación con comportamientos de riesgo como consumo de alcohol y tabaco así como la inactividad física.

En la reunión realizada en Ginebra se sugiere que debido a que las enfermedades crónicas aparecen en la etapa adulto mayor, es recomendable la introducción de un régimen alimenticio saludable, amplio y variado que permita seguir manteniendo un peso adecuado así se incrementa la probabilidad de no adquirir enfermedades o padecer discapacidad debido a los declives psicofisiológicos correspondientes con la edad. Si bien están latentes aspectos genéticos el mantener equilibrados aspectos medio ambientales y contextuales permite a las personas conservar un adecuado estado de salud (OMS, 2003).

De igual manera se concluyó en la necesidad de emplear tres estrategias que permitan disminuir las repercusiones de salud en referente a las enfermedades crónico degenerativas relacionadas con la alimentación, las cuales son: analizar los factores de riesgo en la edad adulta y población envejecida, potenciar la reducción de ingesta de bebidas azucaradas, alimentos con alto nivel calórico y con niveles bajos de micronutrientes y hacer más saludable el entorno en que se desenvuelven las personas (OMS, 2003).

La alimentación de las personas diabéticas se encuentra relacionada con una serie de restricciones pues una alimentación sana ayuda a mantener el nivel de glucosa en sangre en un nivel adecuado, por ello es necesario seguir algunas pautas de alimentación como lo son moderar el consumo de sal, disminuir la ingesta de bebidas azucaradas, moderar el consumo de pan, consumir verduras, estar pendiente de la porción adecuada de frutas y evitar aquellas con alto nivel de glucosa, comer en porciones adecuadas y evitar repetir porciones de manera frecuente y comer menos grasas. El seguir un régimen alimenticio óptimo implica un reto en el cual el personal de salud debe tomar en cuenta los hábitos y costumbres del paciente, pues el régimen debe ser personalizado y una meta personal para el

paciente quien debe aprender a modificar conductas que forman parte de su estilo de vida lo cual impactará en su calidad de vida y estado de salud (Ruiz-Arregui y Pérez-Lizaur, 2010).

b) La alimentación y actividad física tienen gran impacto en la calidad de vida de las personas, se considera como actividad física a todas aquellas acciones o pautas de movimientos intencionales tales como caminar, bailar, trabajar, recreación y actividades deportivas. De acuerdo con la OMS (2010) los adultos mayores según su estado de salud deben realizar actividades físicas moderadas mayor a 150 minutos a la semana o bien actividad física de moderada a vigorosa durante al menos 75 minutos por semana. Los adultos mayores deben mantenerse activos por lo menos 10 minutos al día hasta un máximo de 300 minutos semanales. Mientras que los adultos mayores que presentan movilidad reducida deben realizar actividades físicas por lo menos tres veces por semana para evitar un desequilibrio y evitar caídas.

Existe evidencia que indica que la actividad física está relacionada a una mejor salud funcional, mejora de las funciones cognitivas, mejora en el estado muscular, reducción de riesgo de caídas y fracturas en vertebras, y cadera, así como con la reducción de riesgo de padecer hipertensión, diabetes y cardiopatía (OMS, 2010; OMS, 2018). Algunos de los beneficios de la actividad física en los diabéticos son; mejor tolerancia a la glucosa, el aumento a la sensibilidad de la insulina, reducción de riesgo a sufrir cardiopatía y mayor fuerza muscular (Ruiz-Arregui y Pérez-Lizaur, 2010).

c) el padecer diabetes conlleva una serie de medidas y cambios de hábitos que permiten mantener los niveles de glucosa en sangre en un nivel adecuado, el consumo de sustancias como lo son el alcohol y el tabaco llevan a los diabéticos a ser propensos a sufrir

complicaciones como lo son pie diabético, pancreatitis, daño de retina, cardiopatía y de vías respiratorias.

Si bien el beber una o dos copas con bajo contenido de alcohol de manera esporádica no resulta contraproducente para la salud de quien padece diabetes, el ingerir un porcentaje mayor a dos bebidas o tomar alcohol de manera frecuente conlleva un gran riesgo de padecer hipoglucemia, pues se produce un proceso en el que el alcohol es eliminado por el hígado por lo cual dicho órgano deja de enviar glucosa a la sangre lo que propicia bajen los niveles de glucosa en sangre, de igual manera al combinar el alcohol con otras bebidas de alto contenido en azúcar puede llevar a producir hiperglucemia causando con el tiempo resistencia a la insulina (Colegio Norteamericano de Cardiología, 2013). El consumo moderado de alcohol no está asociado con el padecimiento de diabetes *mellitus*, el consumir sin moderación este tipo de bebidas si afecta el estado de salud de quien padece diabetes, pues causa una modificación en los niveles de glucosa llevándolo a un estado de descompensación glucémico que puede resultar irreversible para su salud.

Por otra parte se considera al consumo de tabaco como una enfermedad crónica altamente adictiva, y su consumo se asocia como factor de riesgo al padecimiento de diabetes tipo 2 debido a que su consumo puede modificar la sensibilidad de los receptores de insulina (Zubizarreta, Mezquita, García y Ferrero (2017). Diversos estudios sobre los efectos del tabaco en la diabetes (Klein, Klein, y Moss, (1992); Ikeda et al. (1997); Sowers, (1998) indican que el fumar causa en el diabético alteraciones coronarias, daño en los riñones que puede llevar a sufrir insuficiencia renal, daños en la retina y neuropatía.

Por tanto el consumo de tabaco en comorbilidad con diabetes provoca que la diabetes se agudice provocando diversas complicaciones derivadas de dicho padecimiento.

Así como mayor probabilidad de muerte debido a sufrir una enfermedad cardiovascular (tres veces mayor) en comparación con población de diabéticos no fumadores (Solano, Granada, García-Tenorio y Vaquero, 2009). De acuerdo con la OMS (2018) llevar una dieta balanceada, encontrarse activo frecuentemente y evitar el consumo de sustancias como alcohol y tabaco contribuyen a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, mientras que el seguir estas pautas de conductas saludables permite mayor control en caso de padecer una enfermedad crónico degenerativa como la diabetes, que específicamente en el adulto mayor beneficiará un envejecimiento saludable.

d) Adherencia terapéutica. Aunado a lo ya mencionado anteriormente uno de los aspectos relevantes a tomar en cuenta durante la implementación de un tratamiento en salud es la adherencia terapéutica, esta preocupación por monitorear la pauta de cumplimiento médico ha sido tema relevante desde la antigüedad, pero a partir de hace algunas décadas debido a la investigación empírica es que el término adherencia terapéutica comenzó a tomar relevancia durante los años 70.

Y es a mediados de 1970 que se desarrollaron diversos estudios que ponen de manifiesto las consecuencias existentes relacionadas con el incumplimiento de las preinscripciones médicas (Ortego, López y Alvares, 2004). En el área de psicología de la salud Stone, Cohen y Adler (1979) publican el primer manual sobre psicología de la salud en el cual plantean los problemas de los pacientes para seguir las recomendaciones médicas realizadas por los especialistas y las consecuencias que conllevan dichas acciones (baja adherencia).

Una de las definiciones clásicas sobre el término es la realizada por Haynes y Sackett (1979) en la cual se hace referencia a la medida en que el paciente realiza

modificaciones conductuales y auto reguladas acerca de su ingesta médica, aceptando un diagnóstico y apegándose al tratamiento médico. Por su parte la OMS (2004) plantea que la adherencia terapéutica hace referencia al grado en que las personas siguen las indicaciones de tratamiento por parte del médico acerca de los medicamentos y seguir un plan alimenticio, que se ven reflejadas en conductas de autocuidado y modificaciones en estilo de vida.

No existe una definición única sobre adherencia terapéutica, en la literatura correspondiente a investigaciones en idioma inglés suelen utilizarse dos términos indistintos para hacer referencia a las prácticas recomendadas por el profesional de la salud, la primera es *compliance* o cumplimiento y la segunda *adherence*, comprendida como adhesión o adherencia (Ferrer, 1995). Por otra parte en la literatura en idioma español suele emplearse ambos términos, Ortego, López y Álvarez (2004) emplea el término adherencia, mientras que otros autores se refieren a ella como cumplimiento (Rodríguez, 1990; Alorda et al. 2015, y Bertoldo et al. 2013).

Desde la perspectiva farmacológica es empleado el término adhesión, ya que se refiere al cumplimiento de las órdenes médicas. Desde esta perspectiva se visualiza al paciente como un seguidor pasivo de las indicaciones terapéuticas (Astudillo, González, Sigüenza y Reyes, 2016). La adherencia terapéutica es multicausal, se encuentra comprendida por dimensiones las cuales hacen referencia a diversos factores (OMS, 2004). Va más allá de seguir las indicaciones del tratamiento empleado por parte del médico, involucra aspectos de autocuidado y modificación de conductas relacionadas con el estilo de vida.

Los factores socioeconómicos pueden ser uno de los rubros que lleven a las personas a tener que elegir entre prioridades, si bien las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel educativo y estado de salud) tienen relación con la adherencia terapéutica, no se ha detectado que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo (OMS, 2004).

III.4 Componentes del estado de salud del adulto mayor con diabetes.

El estado de salud como categoría de análisis se compone de múltiples aspectos, pues al ser una dimensión compleja engloba aspectos físicos, emocionales y sociales los cuales se indaga a continuación.

a) Función física. Con el paso de los años la capacidad física de las personas se reduce trayendo consigo limitaciones para desarrollar actividades y con ello se incrementa el surgimiento de enfermedades relacionadas con bajos niveles de actividad física como la diabetes. La OMS en 1959 en el documento “Aspectos de la salud pública en los ancianos y en la población” plantea que es mediante la funcionalidad que se puede medir la salud de la población adulto mayor, por lo cual promueve una serie de estrategias encaminadas al aumento de la actividad física y promoción de estilos de vida saludables.

Con el proceso de envejecimiento suelen debilitarse la función física y cognitiva lo cual da paso al surgimiento de deterioro de la función física propiciando la dependencia funcional. Dicha dependencia puede surgir como consecuencia de algún padecimiento de salud limitando las actividades diarias del adulto mayor como lo son bañarse, acostarse, desplazarse dentro del hogar y alimentarse (Manrique-Espinoza, Salinas-Rodríguez, Moreno-Tamayo & Téllez-Rojo, 2011).

La estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud implementada por la OMS (2004) plantea que la actividad física para la población adulto mayor consiste en realizar actividades recreativas o de ocio como lo son caminar o andar en bicicleta, tareas domésticas ejercicios, juegos o actividades familiares diarias así como actividades laborales u ocupacionales que permitan al adulto mayor mantenerse activo, relajado y con buena salud funcional.

b) otro de los componentes de estado de salud es el rol emocional, de acuerdo con Entralgo (1986) la enfermedad tiene características genéricas y específicas relacionadas con aspectos psicológicos, en el caso de la diabetes el rol emocional se aborda desde las siguientes características:

1) Invalidez, característica genérica en que se aborda la situación del adulto mayor con diabetes el cual se encuentra imposibilitado a desarrollar diversas actividades las cuales en etapas anteriores del ciclo de vida acostumbraba realizar. Como lo son acudir a reuniones con amigos a beber te, café o alguna otra bebida azucarada o con grado de alcohol, y que a partir de ser diagnosticado con diabetes se encuentra en invalidez de realizar (Entralgo, 1986). Es decir, el adulto mayor con diabetes se encuentra limitado a asistir a reuniones sociales debido a que requiere apegarse a conductas de autocuidado como seguir una dieta alimentaria específica, por lo cual se encuentra limitado de darse algunos gustos y debido a ello llega a experimentar malestar.

2) El adulto mayor siente malestar por no encontrarse sano, el hecho de tener que alimentarse de manera diferente de quienes lo rodean, tener que llevar un control médico riguroso y estar pendiente de sus medicamentos. Los adultos mayores que no pueden apegarse a las exigencias requeridas por las indicaciones médicas también tienden a

experimentar situación de malestar debido a las complicaciones de salud que los afecta emocionalmente (Entralgo, 1986).

Por otra parte los adultos mayores que no cuentan con acceso a instituciones de salud o que están condicionados a costear todo lo que conlleva la enfermedad suelen presentar esta característica genérica de la enfermedad, pero los familiares que cuidan de ellos suelen también padecerla, ya que el dedicar considerable tiempo al cuidado del adulto mayor que requiere de atención personal, es emocionalmente desgastante (Pérez, Acuña y Serrano, 2015).

3) Amenaza. Característica que afecta a aquellos pacientes diagnosticados con diabetes los cuales han desarrollado patrones conductuales o hábitos a lo largo de su vida y que se ven en la necesidad de realizar cambios en su estilo de vida adoptando comportamientos saludables, los cuales suelen dar pie a una muerte biográfica, es decir a todo lo que ellos eran antes de padecer la enfermedad (Entralgo, 1986). La mayor preocupación surgida por esta característica se manifiesta a nivel físico y psicológico pues se suele experimentar temor a la muerte a causa de la enfermedad.

c) Función social. La diabetes como hecho social pasa por una serie de etapas las cuales no necesariamente son lineales ni se presentan con la misma intensidad en los individuos, en la primera etapa el adulto mayor comienza a sentir ciertas dolencias como mareos, visión borrosa, presenta pérdida de fuerza, tiene mucha sed y acude a orinar de manera frecuente. Si el adulto mayor presta importancia a estos síntomas aparece la siguiente etapa, la cual es definición de la enfermedad; en dicha etapa el individuo comienza a comentar a sus seres cercanos sobre sus síntomas o dolencias, buscando así legitimar su estado de salud (Llor, Abad, Garcia y Nieto, 1995).

Si la familia o grupo inmediato al adulto mayor reconoce este hecho como necesidad de atención médica se da inicio a la etapa de definición oficial de la enfermedad, en la cual se acude a un especialista quien socialmente se encarga de legitimar el padecimiento, lo cual da pie a que el adulto mayor con diabetes busque recuperar su rol de funcionamiento normal, buscando así el reencuentro con su bienestar (Llor, Abad, García y Nieto, 1995). El adulto mayor acude al médico buscando poner un nombre a su padecimiento, es decir legitimar el padecimiento, pero una vez entablada la interacción con el médico se entabla una relación en la cual el adulto mayor busca sanar y el médico es un guía para su consecución.

Por el contrario si la persona se resiste a la aceptación del diagnóstico o lo acepta de manera negativa, viendo su condición como centro de su existencia corre el riesgo de presentar absorción social. De acuerdo con Llor, Abad, García y Nieto (1995) este aspecto se relaciona con el hecho de que el adulto mayor diabético comienza a vivir en torno a su padecimiento, pensando solo en su vida con relación a la enfermedad, llevándolo a obsesionarse con revisar sus niveles de glucosa de manera frecuente en extremo, preocupándose de manera exagerada por cuidar su salud, lo cual lo lleva a una disfuncionalidad personal y social.

Así, se da paso al aislamiento, en el cual el rol normal de la persona se encuentra limitado, es decir el adulto mayor deja de asistir a eventos sociales, aspectos como el trabajo, actividades cotidianas como prepararse los alimentos o ducharse pasan también a segundo plano para ellos, esto debido a que se sienten incomprendidos e incapacitados por la situación que viven propiciando así un declive físico emocional.

El adulto mayor que sufre ansiedad causada por la creencia irracional de miedo a morir, es decir solo por el hecho de padecer diabetes, corre el riesgo de padecer regresión infantil situación en la cual el adulto mayor al igual que cualquier otro enfermo pueden dejar de tratar de valerse por sí mismos y manifestar dependencia, si bien el adulto mayor por el hecho de encontrarse en etapa avanzada del ciclo de vida suele requerir apoyo, la diabetes lo puede encaminar a un estado de dependencia limitando su funcionalidad.

III.5 Políticas y programas de salud en diabetes

En México las políticas y programas sociales cuentan con enfoque asistencial a grupos vulnerables, marginados y excluidos a través de la práctica de diversas disciplinas siendo Trabajo social una de las principales. Las políticas y programas sociales referentes que abordan problemáticas como la diabetes deben incorporar el estudio del bienestar subjetivo o percepción del bienestar a la fundamentación del desarrollo humano, la salud y los estilos de vida, pues no es suficiente prestar importancia solo a las condiciones de vida materiales, ya que las consideraciones sobre las evaluaciones de las personas respecto a su vida tienen peso debido a que son ellos quienes perciben su propio proceso y desarrollan expectativas y aspiraciones (Arita, 2006,p.108).

Los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 son parte de un grupo vulnerable debido a cuestiones relacionadas con la edad, los estilos de vida adoptados y a la propia situación de salud en la que se encuentran (diabetes) es que requieren de acompañamiento en control y tratamiento. Aunque en el país la salud es un derecho fundamental no todos los adultos mayores con diabetes mellitus tienen acceso a ella. Aún y cuando la diabetes es una de las principales causas de muerte en la población adulto mayor, no se otorga el derecho a la salud de forma universal e igualitaria. Enfermedades crónico

degenerativas como la diabetes, sobrepeso e hipertensión se encuentran dentro de la estrategia nacional como prioridades de atención en salud, pero aún no se garantiza su universalidad (Carreón, 2015).

Martínez y Murayama (2016) realizaron un análisis de los sistemas de salud en México encontrando que la asistencia de la salud no es universal en nuestro país, aun y cuando desde el marco legal se reconoce la protección de salud como derecho fundamental. Debido a que el sistema de salud no se encuentra integrado, la calidad de servicio en atención dependerá de la forma en que el usuario se encuentre asegurado. Ya sea beneficiario de algún sistema de salud público, semi privado (que requiera cubrir una parte del costo) o de carácter privado (pago directo).

Diversas políticas se han preocupado por la igualdad de condiciones y acceso en rubros de salud. La carta de Ottawa (1986) se encargó de la promoción de la salud planteando como condiciones y requisitos para la salud; la paz, educación, vivienda, alimentación, un ecosistema estable, justicia social y equidad, ya que estas son condiciones necesarias para la salud. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4., referente a la igualdad, en el párrafo tercero plantea que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución”.

Por su parte la ley General de Salud (2017) título primero, ofrece disposiciones generales, referentes al tema. En el capítulo uno artículo 3, fracción II se señala que es materia de salubridad general la atención médica preferentemente en beneficio de grupos

vulnerables, como lo son los adultos mayores. Fracción XII., La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo son prioridad de atención, al igual que la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes, mencionados en la Fracción XVI.

De igual manera en el título segundo, el Sistema Nacional de Salud capítulo I. en las Disposiciones Comunes de la Ley General de Salud en el artículo 6., apartado primero, se menciona que el Sistema Nacional de Salud tiene por objetivo:

I.- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.

En esa misma dirección la estrategia nacional para prevenir y controlar el sobrepeso, la obesidad y la diabetes (2014) implementada por el gobierno federal busca abordar la diabetes en México mediante cuestiones educativas y atención multidisciplinar como formas de prevenir y controlar dicha problemática de salud para el bienestar de la población.

Por otra parte, la Ley de Salud de Sinaloa (2017), artículo 3, referente a la Ley General de Salud inciso A). Materia de salubridad general, punto I, plantea la atención médica preferentemente a los adultos mayores, las personas con discapacidad, de escasos recursos, y en general, aquellos que se encuentren en situación de dificultad o incapacidad para satisfacer sus necesidades básicas.

En México dos de los programas que tratan la problemática de diabetes y brindan apoyo a un gran número de pacientes adultos mayores a nivel nacional son el programa MIDE ejecutado por el ISSSTE Y diabetIMSS por parte del IMSS.

A) Programa ejecutado por el ISSSTE; MIDE. El programa ejecutado por el ISSSTE, Manejo Integral de la Diabetes por Etapas (MIDE), se encarga de brindar apoyo multidisciplinar de primer nivel con el objetivo de empoderar al paciente diabético y de esta manera se dé el autocuidado para que, de forma complementaria al médico, enfermera, psicólogo, nutriólogo, trabajadora social y odontólogo, se tenga una atención integral, lo cual permita reducir complicaciones, costos y sobre todo mejora en la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes que acuden al programa (ISSSTE,2016).

El modelo utilizado por dicha institución de salud es centrado en el paciente bajo dicho enfoque se busca empoderar a la persona diabética, es decir dotarlo de conocimientos y estrategias que le permitan tener un buen manejo en su día a día con dicha enfermedad. El objetivo fundamental es que el paciente sea capaz de reducir los niveles de glucosa en sangre y así mantener una buena calidad de vida. Para ello el MIDE desde 2015 emplea diversas estrategias como lo son: incrementar el tiempo destinado a la consulta a 30 minutos y promover la insulinización temprana en el primer nivel, 24% de pacientes (ISSSTE, 2016).

De acuerdo con diversos estudios el utilizar insulina en pacientes con diabetes tipo 2 (tipo de diabetes más común, que afecta mayormente a población adulta y adulto mayor) es parte del tratamiento utilizado en países de primer mundo. Sin embargo, en países en desarrollo en algunas ocasiones se utiliza como complemento al tratamiento farmacológico (siendo principalmente a base de pastillas debido al alto costo que representa la insulina) para el control de este tipo de diabetes lo cual ayuda a que pacientes que presentan dificultades

para mantener control de glucosa en sangre adecuado puedan regularizar los niveles y así evitar complicaciones (ISSSTE, 2013).

Otra de las estrategias de dicho programa es utilizar el estudio de hemoglobina glucosilada como método de control metabólico en los pacientes, ya que permite conocer los niveles de glucosa en sangre durante los últimos tres meses. De igual manera la utilización de registro sistematizado de información, es un método que permite llevar el proceso de manejo de información de los pacientes, agenda de citas, entre otros, de mejor manera.

A estas estrategias se le suman una serie de medios de difusión de información sobre la diabetes, como lo son a) boletín “el mensajero de la salud”, b) Entienda la diabetes c) y trabajo a nivel grupal con “mapas de conversación”, los cuales son llevados a cabo con la colaboración del equipo interdisciplinar de dicha institución de salud en busca del bienestar de los usuarios del programa (ISSSTE, 2013).

El programa atiende derechohabientes diagnosticados con diabetes, a los cuales se les dota de conocimiento sobre la enfermedad con el objetivo de controlar los niveles de glucosa en sangre. Si una vez culminada la capacitación brindada por los diversos especialistas de la salud que conforman el programa MIDE el paciente logra tener control de glucosa en sangre este es dado de alta del programa y continúa siendo atendido por el médico familiar. En caso de que el paciente presente dificultades en mantener los niveles de glucosa controlados posterior a ser dado de alta del programa el médico familiar puede canalizarlo nuevamente al programa para reforzar conocimientos sobre diabetes que el paciente requiera y monitorear los niveles de glucosa en sangre hasta lograr se normalicen.

B) Programa ejecutado por el IMSS; diabetIMSS. Por otra parte el programa diabetIMSS (programa en el cual se desarrolló el presente trabajo de investigación) brinda

atención multidisciplinaria a personas que padecen diabetes con el objetivo de prevenir la incidencia y consecuencias de dicha enfermedad. El equipo de atención integral se conforma por el médico familiar, enfermera general, estomatólogo, trabajadora social, nutricionista, dietista y psicólogo, con enfoque basado en la atención de las necesidades de cada paciente (IMSS, 2009).

El programa ofrece información mediante sesiones educativas, con el objetivo de que los pacientes que acuden a dicho programa alcancen metas de control, sean capaces de modificar hábitos no saludables y sobre todo empleen técnicas de autocuidado que ayuden a minimizar posibles complicaciones derivadas de la diabetes, lo cual beneficia tanto al paciente como a sus familiares. Una de las estrategias de prevención y tratamiento que brinda mayor eficacia referente a la diabetes tipo 2, es sin duda la educación de las personas, si bien la modificación de conductas no saludables no reemplaza el tratamiento de tipo médico, lo complementa, permitiendo a las personas afrontar cambios en su estilo de vida, adoptando medidas saludables que permitan llevar un control eficaz (León, Araujo y Linos, 2013).

En diabetIMSS se dan sesiones grupales informativas sobre diversas temáticas relacionadas con la diabetes las cuales se complementan con la aplicación de la guía clínica, brindando tratamiento farmacológico y no farmacológico. Como monitoreo de pautas de control se realizan estudios de hemoglobina glucosilada dos veces al año, se lleva a cabo régimen dietético y se incluyen actividades de movilidad física complementarias a las sesiones educativas las cuales tienen una duración de 2.5 horas y se realizan en grupos de 20 personas.

El tratamiento médico contempla tanto medicamentos orales como la utilización de insulina dependiendo de cuál se adecue mejor a la persona. La realización de guías de acción

médicas personalizadas tomando en cuenta los hábitos de los asistentes al programa así como estrategias de movilización favorecen la adherencia al tratamiento evitando posibles complicaciones encaminando a las personas con diabetes a mantener mejor salud (IMSS, 2018).

La labor conjunta del equipo de salud permite a los adultos mayores que padecen diabetes lograr controlar los niveles de glucosa en sangre, esto mediante diversas estrategias, principalmente educativas que favorecen el empoderamiento y facilitan la adquisición de cambios positivos impactando en su estilo de vida (IMSS, 2013).

En experiencia directa con personal del programa MIDE del hospital Dr. Manuel Cárdenas de la Vega ubicado en la colonia 5 de mayo en Culiacán y con personal de diabetes IMSS de la UMF 46. ubicada en Cañadas, Culiacán ambos programas del sector salud antes mencionados que atienden la diabetes, y en interacción con trabajadoras sociales encargadas del módulo de diabetes se rescata que son las profesionales de Trabajo social el primer contacto del área de diabetes una vez canalizados los pacientes por el médico general, de igual manera son ellas quienes informan sobre el proceso a seguir, canalizando a los pacientes con los diversos especialistas que conforman el cuerpo multidisciplinar de atención, fungiendo las trabajadoras sociales como pieza clave en los programas del campo de la salud.

III.6 Trabajo Social en el área de salud

Trabajo Social es una disciplina que en sus inicios estuvo vinculada a las instituciones benéficas dedicadas a la filantropía y la caridad. Su desarrollo se enmarca en tres momentos

históricos; perspectiva asistencialista, servicio social y Trabajo Social. La asistencia social es una etapa en la cual las instituciones con poder económico como la iglesia y el Estado brindaban apoyo a las personas más vulnerables buscando aliviar algunos malestares sociales. Se realiza un esfuerzo por sistematizar la beneficencia, centrando la atención en las necesidades individuales (caso).

De acuerdo con Tello (2015) el origen de Trabajo Social se relaciona históricamente al sistema asistencialista social, en el que mujeres capacitadas fungían como asistentes en emergencias. El Trabajo Social tradicional se enfocó en basar su práctica en aspectos empíricos de fe reformista sin una base teórica adecuada para la situación de la realidad social de la época, en una neutralidad valorativa relacionada con la despreocupación con las personas con las que se trabajaba e incluso con falta de compromiso hacia la profesión, basando la practica asistencialista en patologías y no en aspectos sanos de los beneficiarios (Kisnerman, 1998).

En la etapa de servicio social, Trabajo Social se tecnifica, se da la formación académica a partir de programas e instituciones surgidas mediante políticas del Estado, es así que nace la necesidad de contar con personal capacitado para intervenir en problemáticas sociales, específicamente en el área de salud y justicia. La formación permite el refinamiento de métodos de intervención entre ellos la perspectiva comunitaria.

De acuerdo con Kisnerman (1998) el Trabajo Social en esta segunda etapa pone énfasis en la teoría y el método científico, es una fase de intervención sistematizada. Se interviene en menor medida de forma individual y se enfoca el que hacer en intervenir con la comunidad más que con las instituciones debido a que la problemática individual surge de un entorno mayor, estos cambios propician nuevos modelos de la realidad, con ello la

necesidad de creación de licenciaturas y posgrados que permitan profundizar en el saber y fortalecer la formación profesional.

Mientras que en la tercera etapa considerada como de reconceptualización se llevan a cabo una serie de cambios en los que se somete a revisión el que hacer desde aspectos teóricos y metodológicos, ya que se rompe con el modelo impuesto enfocado a un trabajo social apegado al Estado, alejado de la realidad de otras sociedades en la que los profesionistas de Trabajo Social se encontraban sometidos a repetir una tradición dominante ajena a las necesidades de la realidad propia, así se analizan científicamente los métodos, técnicas y categorías de análisis de la profesión (Kisnerman,1998).

Uno de los campos de acción clásico de Trabajo Social es el área de salud, en este campo la labor de las profesionistas de Trabajo Social se basa en identificar problemáticas y necesidades sociales que afectan la salud y bienestar de las personas, así los profesionistas de la disciplina actúan de manera ética en defensa de los derechos humanos y la promoción de la salud interviniendo con individuos, familias y comunidades.

El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Las acciones realizadas desde la disciplina son respaldadas por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, pues el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (Federación Internacional de Trabajo Social, 2014, p.1).

El ámbito sanitario ha sido uno de los campos de acción que mayor demanda tiene de profesionistas de la disciplina de Trabajo Social, fue a partir de que la medicina comenzó a tomar mayor importancia del contexto social que rodea a las personas, así como la necesidad del acercamiento que los Trabajadores Sociales brindaban en el acercamiento médico que diversos profesionales de la salud que se comenzó a posicionar la labor de las profesionistas de trabajo social en este campo de acción (Cabot, 1915).

Intervenir con base en la necesidades de las personas mediante el actuar fundamentado en los referentes conceptuales y metodológicos tradicionales como lo son caso, grupo y comunidad, sumando nuevas formas de intervención acordes a las demandas sociales de la actualidad son parte del que hacer actual de las profesionales de Trabajo Social. De acuerdo con Galeana de la O (2004) en el área de salud, el Trabajo Social aborda el proceso salud-enfermedad de manera integral en conjunto con otros profesionales de la salud. Dentro de esta área las principales funciones que realizan son, de investigación, administración, educación social y asistencia.

Según Cabot (1915) algunas de las acciones desarrolladas en la intervención de Trabajo Social en el área de salud consisten en el diagnóstico social en el que se identifican factores de riesgo los cuales pueden tener origen individual, familiar y comunitario, para la realización de esta importante labor se toman en cuenta aspectos particulares de las personas como lo son edad, sexo, nivel socioeconómico, etnia, ubicación, condiciones de vivienda, pertenencia a grupos o instituciones, entre otras que permiten tener un diagnóstico global real del paciente a partir del cual se le brindará atención profesional.

Acosta, Bohórquez, Duarte, González y Rodríguez (2012) describen las competencias específicas del Trabajo Social en el área de salud, referente al diagnóstico plantean que a nivel individual- familiar se identifican conductas de riesgo que afectan el estado de salud, mientras que el diagnóstico en grupo y comunidad está relacionado con la identificación de vulnerabilidad que dichos grupos presentan en relación con la salud. Así el profesionalista de Trabajo Social cuenta con un bagaje teórico- metodológico desde el cual parte para identificar el enfoque y técnica que mejor se adecue a la problemática.

Respecto a la promoción de la salud Acosta et al. (2012) plantean como acciones principales la orientación y promoción de estilos de vida saludables, orientación en acciones de participación social y comunitaria, mientras que en prevención se identifican factores de riesgo a nivel familiar y social (individuos, grupo y familia) con el objetivo de prevenir y controlar enfermedades.

En correspondencia con Galeana de la O (2004), Alava, Lino y Anchundia (2017) plantean que las funciones y actividades a destacar que las Trabajadoras Sociales desempeñan en el área de salud tienen como funciones: la investigación, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y gestión de los servicios. Así, la participación en investigación es una de las funciones necesarias para el desarrollo de proyectos interdisciplinarios sobre la salud integral de la población que permiten estudiar, analizar y actualizar la situación de las necesidades y expectativas de la comunidad.

La investigación requiere la identificación y caracterización de factores socioculturales y económicos, diseño de perfil de los usuarios del servicio de salud, colaboración multidisciplinar así como la detección de condiciones que llevan a las personas a la falta de adherencia del tratamiento socio médico.

Referente a la administración trabajan de manera directa en la coordinación institucional de programas y en la generación de procesos de gestión social mediante asesoramiento y orientación de los recursos y servicios médicos institucionales. Otra de las funciones esenciales es la educación social en la cual trabajo social desarrolla modelos preventivos basados en el adiestramiento sobre problemáticas de salud específicas, que mediante capacitación a pacientes y familiares se complementa la atención socio médica (Galeana de la O, 2004).

Del mismo modo, las Trabajadoras Sociales participan en la promoción y prevención y se enfocan en factores de riesgo para la salud, dando seguimiento a las intervenciones mediante la recuperación y rehabilitación del paciente acciones en las cuales Trabajo Social actúa acompañando y orientando a pacientes y familiares. Por otra parte, una de las actividades que desarrollan en mayor medida es la gestión y administración de los servicios, en los que su actuar es muy necesario dentro de los programas, ejecutando, evaluando y diseñando en base a las necesidades y recursos disponibles (Alava et al. 2017).

La función de Trabajo Social directa con los programas de salud en diabetes es constante, son el primer contacto una vez canalizadas las personas por el médico familiar al programa de educación en diabetes, además de explicar en qué consiste el programa guían y coordinan las sesiones, están pendientes del desarrollo de las actividades y acompañan al paciente que acude a las sesiones con los diversos profesionistas que participan en el módulo de atención en diabetes.

Además de lo ya mencionado, de acuerdo con la guía técnica para otorgar atención médica en el módulo diabetIMSS (IMSS, 2012) las funciones de las profesionales de Trabajo Social en el programa de diabetIMSS desarrollado en la UMF 46 de Culiacán consisten en

informar al paciente y a la familia sobre la importancia de asistir a consultas, realizar entrevista diagnóstica e identifica redes sociales de apoyo del paciente, agendar las citas, elaborar el perfil de los grupos para las sesiones.

También se encargan de monitorear la asistencia de las personas a los grupos, identificar ausencias y contactar con las personas para su reintegración, además de colaborar con el grupo multidisciplinario de atención del módulo de diabetes. Fuera del módulo de diabetes las profesionales del área de Trabajo Social de la UMF 46 del IMSS realizan múltiples funciones como lo son entrevista diagnóstica de los pacientes canalizados al módulo, identificar necesidades y expectativas de los pacientes, elaborar perfil de los grupos para sugerir al grupo multidisciplinar la técnica adecuada de acordamiento y coordinar las sesiones con los profesionistas que intervienen en las sesiones (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos).

Trabajo Social dentro de las instituciones de salud es una de las disciplinas esenciales ya que participa guiando, coordinando y colaborando directamente en múltiples actividades dentro de los diversos programas institucionales, la labor de Trabajo Social es fundamental sin embargo en ocasiones suele verse sobrepasada en diversas circunstancias debido a las múltiples tareas que les son asignadas a estos profesionales de la salud y además debido al gran número de derechohabientes con que cuentan las diversas instituciones de salud públicas del país.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

El término metodología hace referencia al modo en que enfocamos los problemas y buscamos respuestas. Implica la reflexión sobre cómo obtener conocimiento, qué se debe hacer y cómo realizarlo. Los propósitos, supuestos e intereses determinan la metodología a seguir en una investigación (Sánchez, 2015, p.21). El presente trabajo de investigación se asume desde una perspectiva positivista, posicionamiento desde el cual se concibe a la ciencia como la descripción pura de los fenómenos, esta visión hace referencia a que la verdad es aquella que se descubre y puede demostrarse a través de datos observables y verificables. Desde esta perspectiva los hechos están regidos por leyes que regulan los fenómenos de la realidad, los cuales pueden explorarse y predecirse a manera de causa-efecto (Veliz, Ceballos, Valenzuela y Sanhueza, 2012).

En la perspectiva positivista, la ciencia aborda hechos reales materiales, los cuales ocupan un tiempo y espacio, se emplea la observación y la experimentación para intentar descubrir en qué medida las hipótesis se adecuan a los hechos. El quehacer investigativo se fundamenta en la objetividad, siguiendo un proceso lineal en el cual se examina cada etapa empleando el método científico: plantear el problema, construir un modelo teórico, deducir particularidades, probar hipótesis, introducir las consecuencias en la teoría y comunicar el conocimiento o resultados (Bunge, 2014).

El enfoque metodológico empleado es de tipo cuantitativo, el cual emplea el método deductivo, dicho método parte de aspectos generales a partir de leyes o teorías que contrastados con la realidad y aplicando las reglas de la deducción arriba a predicciones que

se someten a verificación empírica, y si existe correspondencia con los hechos, se comprueba la veracidad o no de la hipótesis de partida (Rodríguez y Pérez, 2017).

IV.1 Enfoque y método de investigación

El diseño empleado es de tipo transversal observacional, cuyo objetivo fue investigar la relación entre los estilos de vida y estado de salud física y emocional de adultos mayores que acuden al grupo de diabetes del IMSS no.46 en el periodo correspondiente al segundo semestre del año 2018. Este tipo de diseño permite recolectar datos en un solo momento o periodo, su propósito es describir variables y analizar su efecto e interrelación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Como complemento, conocer la función y capacidad del Trabajo Social como mediador del programa institucional de apoyo a los adultos mayores con diabetes.

IV.2 Alcance de la investigación

El estudio tiene un alcance correlacional-explicativo, pues el objetivo es evaluar estilos de vida y estado de salud (física y emocional) de adultos mayores que acuden a programa de control en diabetes. La investigación correlacional permite identificar el grado de relación existente (positiva o negativa) entre dos o más variables de estudio, y posteriormente analizar la correlación (Hernández et al. 2014). Esto permitió contar con datos que a su vez posibilitaron el conocer la relación entre estilos de vida y estado de salud de los adultos mayores asistentes diabetIMSS de la UMF 46 favoreciendo el quehacer de los profesionales dedicados al área de salud. En lo que corresponde al Trabajo Social, visualizar la

participación del profesional en el apoyo y realización del programa diabetIMSS a través de información recabada mediante diálogo directo con personal del módulo de diabetes, mediante entrevista semi estructurada.

IV.3 Participantes.

En la investigación participaron 100 adultos mayores (60 años de edad y más) con diagnóstico de diabetes tipo 2 asistentes al programa diabetIMSS de la UMF no.46 que decidieron colaborar de manera voluntaria. Se cuidaron sus datos y anonimato bajo consentimiento informado y conforme a las normas éticas de investigación. Debido a aspectos relacionados con la edad el realizar investigación con población adulto mayor requiere de capacitación del investigador, mayor paciencia y disposición, ya que algunas personas no escuchan de manera adecuada, presentan dificultades visuales, no tienen las ganas de participar o deciden dejar inconclusa su participación.

Se excluyó la participación de personas con diabetes tipo 1, personas que no acuden regularmente al grupo de diabetes, hombres y mujeres menores de 60 años de edad.

Además participaron 2 Trabajadoras sociales del módulo de diabetes.

IV.4 Universo y muestra

La población total de asistentes a diabetIMSS es de 625 personas de las cuales 225 no contaron con las características necesarias en el momento que se realizó el estudio, así el universo se compone de 400 adultos mayores con diagnóstico de diabetes tipo 2 que acuden al grupo diabetIMSS en la UMF no.46 ubicada en Culiacán.

Se empleó una fórmula estadística para calcular el tamaño de la población muestral:

$$n = \frac{N(p \cdot q)}{B^2 + \frac{(N-1) \cdot (p \cdot q)}{(1.96)^2}} = \frac{400(.25)}{(.1)^2 + \frac{(399) \cdot .25}{(1.96)^2}} = 78$$

N= Universo (400)

“p*q”= variabilidad (.5 x .5)

B= cuota de error (.1)

N de C = nivel de confiabilidad (95%).

Bajo la fórmula anterior se requirieron 78 participantes por lo que se decidió que la muestra final se conformara de 100 adultos mayores, participando las personas que voluntariamente lo decidieron pero cuidando que la selección tuviera sistematización en los grupos de participantes que acuden a programa de diabetes. En la semana acuden a diabetIMSS cinco grupos de aproximadamente 15 personas, uno cada día de la semana (ver tabla 3). Las sesiones se realizan de lunes a viernes en turno matutino y vespertino.

Tabla 3. Calendario de asistencia mensual del programa diabetIMSS (N=400)

Semana 1 n=100					Semana 2	Semana 3	Semana 4
Suma turno matutino y vespertino							
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Lun- viernes	Lun-viernes	Lun-viernes
20 asistentes	20 asistentes	20 asistentes	20 asistentes	20 asistentes	100 participantes	100 participantes	100 participantes

En la Tabla 3 se muestra la suma total diaria de posibles participantes, ya que los grupos correspondientes a las sesiones de diabetIMSS conformados corresponden a población total general de aproximadamente 15 personas de las cuales aproximadamente 10 personas presentan las características de estudio. En la Tabla 3 aparece la suma de los posibles participantes por día tomando en cuenta los turnos matutino y vespertino en que se desarrollan las sesiones.

La proporción de asistentes por grupo diario es de 1 hombre por cada 3 mujeres. Diversos estudios sobre estilos de vida y salud (López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma y Munguía-Miranda, 2003; Tolosa, Candiotti y D`Alessandro (2012) y Cantú, 2014) muestran población de estudio similar en proporción de 3 hombres por cada 10 mujeres. Así la cuota diaria necesaria para cuidar la proporción de participantes es de 4 adultos mayores y en lo posible en una relación de un hombre por tres mujeres.

En la Tabla. 4 se observa el número de participantes por edad y sexo a los que se les aplicaron los instrumentos correspondientes a Estilo de vida y Estado de salud.

Tabla. 4 Participantes por sexo y clasificación de edades (n=100)

Sexo/edad	60-65 años	66-70 años	71-76 años	77-83 años
Hombre (32)	12	9	8	3
Mujer (68)	30	20	16	2

Fuente: Elaboración propia

IV.5 Variables de estudio

Como variables de la investigación se analizan Estilos de vida (independiente) y Estado de salud física y emocional (dependiente), como variables dependientes de estilos de vida se analizan: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, información sobre diabetes, estado emocional y adherencia al tratamiento; como variables dependientes del estado de salud se analizan: función física, rol físico, dolor corporal, salud general y rol emocional.

Como variables contextuales sociodemográficas se contemplan: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, lugar de residencia, tipo de tratamiento para diabetes y años padeciendo diabetes.

IV.6 Técnicas de recolección de los datos

Como técnicas de recolección de datos en el presente trabajo de investigación se empleó la encuesta, utilizando pruebas estandarizadas para población adulto mayor. La encuesta como técnica de recolección de información permite dar respuesta a problemas tanto de manera descriptiva como de relación entre variables, pues permite identificar descripciones y patrones correspondientes a un objeto de estudio particular (Buendía, Colás y Hernández, 1998). Además se utilizó una ficha de datos sociodemográficos con número de folio con objetivo de obtener datos correspondientes a las variables estilo de vida y estado de salud (física y emocional) que abarcan las siguientes temáticas:

nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones, adherencia al tratamiento, función física, rol físico, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, en una población de adultos mayores (60 años y más) que acuden al programa de salud diabetIMSS.

Los instrumentos estandarizados utilizados fueron:

a) IMEVID (Instrumento para medir estilos de vida en diabéticos) de López, Ariza, Rodríguez, y Munguía (2003). IMEVID evalúa los estilos de vida de personas que padecen diabetes tomando en cuenta siete dominios: *nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia al tratamiento*, este instrumento es auto aplicable y se conforma de 25 ítems de tipo Likert, cuyo puntaje total va de 0 a 100. La escala con evaluación tipo Likert se conforma por ítems presentados en formas de afirmaciones que permite rescatar las reacciones de las personas participantes, de esta manera se califica al objeto de actitud que se está midiendo empleando lógica de orden y jerarquía en su composición (Hernández et al. 2014).

El resultado de la escala es una sumatoria directa de los ítems con valores 0, 2 y 4, donde 0 es la conducta indeseable, 2 conducta regular y 4 conducta deseable, y su aplicación ronda los 15 minutos, dicho instrumento permite ubicar los estilos de vida de las personas diabéticas en 4 categorías: estilo de vida no saludable (0-25 puntos), estilo de vida poco saludable (26-49 puntos), estilo de vida regular (50-74 puntos) y estilo de vida saludable (75-100).

Con el objetivo de obtener respuestas racionalizadas, es decir datos reflexionados por la población de estudio se optó por ampliar el número de opciones de respuesta cuidando los puntajes y clasificación originales de la escala (0, 2 y 4) en los que los puntajes sin ser racionalizados podían caer en la media de la escala (2) o bien cargarse a los polos (1 o 4), por tanto los valores finales se conformaron en rango de 0 a 4.

De acuerdo con Bisquerra y Pérez-Escoda (2015) uno de los aspectos a tomar en cuenta en una escala es la sensibilidad de medida pues el incremento de opciones de respuesta da mayor sensibilidad al instrumento otorgándole mayor capacidad de detectar cambios a través del tiempo y analizar tendencias. Áreas como la psicología y educación se enfocan en la validez y confiabilidad de los instrumentos empleados mientras que en ciencias de la salud se comienza a tomar como aspecto relevante la sensibilidad de medida de los instrumentos.

El instrumento para medir estilos de vida en diabetes ha mostrado un alto nivel de confiabilidad determinado por la herramienta Alfa de Cronbach con un indicador de 0.81. La confiabilidad de un instrumento hace referencia a que este puede medir la misma cosa más de una vez y arrojará el mismo resultado (Salkind, 1999). Mientras que validez hace referencia a que un instrumento mide la variable que pretende medir (Hernández et al. 2014).

b) El segundo instrumento empleado fue la Encuesta de Evaluación de la Salud Sf-36v2 (Alonso, 2003). El Sf-36 se basa en 8 dimensiones que conforman la salud: *función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental*.

Dicho instrumento cuenta con evaluación de respuesta inicial de tipo Likert con 4 o 5 opciones, en algunos de ellas se utiliza una calificación de mala a excelente, y otras preguntas que admiten respuestas dicotómicas (cierto/falso y si/no) en las diferentes secciones que la componen y el puntaje total va de 0 a 100, donde 0 hace referencia a peor salud y 100 a mejor salud.

La encuesta de evaluación de la salud Sf-36 v2 ha sido utilizada en diversos países (Argentina, Colombia, España, Honduras y México) y cuenta con un indicador de confiabilidad, Alfa de Cronbach superior a 0.80. Estos instrumentos han sido utilizados en otras investigaciones similares a la que nos ocupa, respaldando y validando su utilización.

Como técnica complementaria para indagar el papel de Trabajo Social como engranaje entre la institución y los grupos de personas adultas mayores que participan en el programa institucional referente a los estilos de vida de los adultos mayores con diabetes y su estado de salud física y emocional, se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, empleando un guion como guía (ver anexos). Para lo cual se entrevistó a dos Trabajadoras Sociales de la UMF46 de Culiacán pertenecientes al programa diabetIMSS.

IV.7 Procedimiento y análisis de los datos

El procedimiento a seguir en esta investigación radicó en seleccionar las variables de medición, posterior a ello se acudió con la coordinadora de educación e investigación de la unidad médica familiar no.46 del IMSS ubicada en Cañadas con quien se solicitó acceso a los grupos de adultos mayores que acuden a diabetIMSS, en un segundo momento se dialogó con el director de la unidad médica sobre el objetivo de la investigación. Una vez obtenida la autorización se procedió al levantamiento de la información, para ello se explicó el objetivo de investigación, brindando una descripción e instrucciones de aplicación de los instrumentos, así se solicitó la participación voluntaria.

Posterior a ello siguiendo las normas éticas de investigación se llenó un formato de participación de consentimiento informado, la aplicación de los instrumentos fue individual (guiada) debido a que gran cantidad de participantes requirieron apoyo para leer o seguir el orden de respuesta. Se llevó a cabo una fase de prueba piloto aplicada a 30 participantes para verificar que los ítems que conforman los instrumentos fuesen entendibles para la población de estudio y permitiendo realizar primeros bosquejos de resultados descriptivos. La recolección de los datos duró aproximadamente 25 minutos por participante. Los datos recolectados fueron analizados empleando el programa de análisis estadístico SPSS v21.

Una vez obtenidos los datos a partir de la aplicación de los instrumentos estandarizados IMEVID (Instrumento para Medir Estilos de vida en Diabéticos) y SF-36 v2 (Encuesta de evaluación de la Salud), se utilizó el programa estadístico SPSS 21, para realizar el análisis de datos descriptivos (medias, porcentajes, desviaciones estándar y análisis de contingencia, todos ellos de la estadística descriptiva). En un segundo momento se llevó a cabo el análisis inferencial para prueba de hipótesis; realizando: análisis factorial para

indagar cómo se comportan e integran las variables en grupos o factores y probar validez de constructo de los dos instrumentos, al comparar la conformación de factores obtenidos con los previos del instrumento original; se calculó el índice de confiabilidad de los instrumentos empleados en la investigación mediante el Alpha de Cronbach. Posteriormente, para la prueba de hipótesis, se analizó la correlación entre las variables de estudio (Estilos de vida y Estado de salud) y las dimensiones que las componen, así como también prueba t de Student para conocer diferencias de las variables en hombres y mujeres.

Además se empleó la técnica de entrevista la cual se realizó a dos de las cuatro trabajadoras sociales de la institución, la información obtenida se empleó para desarrollar el apartado correspondiente a la función de trabajo social como engranaje entre la institución y adultos mayores que acuden al programa de diabetes en la UMF 46 del IMSS, los datos obtenidos en la entrevista semiestructurada se analizaron con el programa lexicográfico Iramuteq 7 el cual permitió conocer las palabras que mayor se mencionaron en el discurso de las Trabajadoras Sociales participantes en el estudio, así como conocer las palabras más significativas y su relación con palabras secundarias a partir de ramificaciones dando respuesta al objetivo de investigación antes mencionado.

CAPÍTULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

V.1 Descripción de la muestra

El número de participantes en la investigación fue de 100 adultos mayores, 68% mujeres (48% amas de casa) y 32% hombres todos pertenecientes al programa diabetIMSS (ver tablas 5 y 6).

La media de edad fue de 67 años con desviación típica de 5.68 años, y rango de 60 a 83 años. El nivel educativo es bajo, 27% no tiene estudios, 42% concluyó estudios de primaria, el 14% concluyo secundaria, 4% bachillerato, 6% carrera técnica y 7% concluyo estudios universitarios.

Tabla 5. Participantes por sexo (n=100)

	Frecuencia	Porcentaje	Min	Edad
Hombres	32	32%	60	82
Mujeres	68	68%	60	83
Total	100	100%		

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos aplicados.

Tabla 6. Ocupación por sexo (n=100)

OCUPACIÓN	SEXO		Frecuencia
	Hombre	Mujer	
Jubilado	7 (7%)	7 (7%)	14 (14%)
Pensionado	15 (15%)	7 (7%)	22 (22%)
Trabajo	10 (10%)	6 (6%)	16 (16%)
Ama de casa	0	48 (48%)	48 (48 %)
TOTAL	32 (32%)	68 (68%)	100 (100%)

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos aplicados

En cuanto a las ocupaciones en la Tabla 6 se observa que el 48% de las personas participantes son mujeres amas de casa, mientras que el 14% del total son jubilados, 7% hombres y 7% mujeres, mientras que el 16% de participantes trabaja de los cuales 10% son hombres y 6% mujeres.

V.2 Estilos de vida IMEVID

El análisis descriptivo del Instrumento para medir Estilos de Vida en Diabetes (IMEVID) nos permite la clasificación de los datos obtenidos en cuatro categorías con puntajes que van de 0 a 100: (0-24) Estilo de vida no saludable (25-49) Estilo de vida poco saludable los cuales hacen referencia a pautas de conducta asociadas a factores de riesgo, (50-74) Estilo de vida regular, haciendo referencia al desarrollo de conductas moderadamente saludables y (75-100) buen estilo de vida, que hace referencia a conductas saludables. El estilo de vida predominante en esta investigación fue el bueno (53%), seguido de estilo de vida regular (46%) y en menor medida el estilo de vida poco saludable (1%), (ver tabla 7).

Tabla 7. Clasificación de los puntajes obtenidos en IMEVID

Puntaje	Frecuencia	Clasificación de Estilo de vida	Porcentaje
0-24	0	No saludable	0%
25-49	1	Poco saludable	1%
50-74	46	Regular	46%
75-100	53	Bueno	53%
Total	100		100%

Fuente: elaboración propia con base en IMEVID

V.2.1 Análisis de las dimensiones que conforman los Estilos de vida

Para la dimensión nutrición. La media fue de 26.44 con desviación estándar de 4.13, rango mínimo de 9 y máximo de 35, predominando con el 56% la alimentación correspondiente a estilo de vida regular, es decir las personas comen frutas y verduras algunos días de la semana, consumen pan de manera frecuente, suelen emplear azúcar y sal en sus alimentos algunas veces y el consumo de alimentos fuera de casa es una actividad regular. Mientras que el 42% de los participantes desarrolla conductas de nutrición relacionadas con buen estilo de vida ya que comen frutas y verduras de manera frecuente, el consumo de pan y tortilla es moderado o nulo, el uso de azúcar y sal al preparar los alimentos es restringido y casi nunca suelen comer alimentos preparados fuera de casa. Para ver puntajes correspondientes a esta dimensión ver Tabla 8.

Tabla. 8 Dimensión nutrición del IMEVID por sexo

Clasificación estilos de vida	H	M	Frecuencia acumulada
No saludable	0	1 (1.47%)	1%
Poco saludable	1 (3.12%)	0	1%
Regular	21 (65.62%)	35 (51.47%)	56%
Bueno	10 (31.26%)	32 (47.06%)	42%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en IMEVID

Actividad física, la media fue de 6.36 para población general con desviación de 2.59 y rango de 1 a 12, ubicándose la mayor frecuencia en clasificación correspondiente a estilo de vida regular (42%), lo cual indica que las personas realizan por lo menos 15 minutos de ejercicio al día de 2 a 3 veces por semana, que algunas veces se encuentran ocupadas fuera de sus actividades habituales y que en su tiempo libre realiza actividades dentro y fuera de casa.

En análisis por sexo observamos que tanto en hombres (40.62%) como en mujeres (42.64%) se desarrolla actividad física correspondiendo a estilo de vida regular, sin embargo el 16.18 % de las mujeres y 12.5% de hombres, se ubican en estilo de vida no saludable lo cual indica que máximo llegan a realizar 15 minutos de ejercicio una vez a la semana, de igual manera casi nunca se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales de trabajo (recordando que un 36% son jubilados o pensionados) y en su tiempo libre prefieren realizar actividades que no requieran movilidad física como ver televisión. Mientras que el 7.36% de las mujeres y el 15.63% de los hombres se ubican en buen estilo de vida, pues realizan ejercicio más de 4 veces por semana, se mantienen siempre ocupados fuera de sus

actividades habituales de trabajo y prefieren realizar actividades que requieran movilizarse fuera del hogar en su tiempo libre (ver tabla 9).

Tabla. 9 Dimensión actividad física IMEVID por sexo

Clasificación estilos de vida	H	M	Frecuencia acumulada
No saludable	4 (12.5%)	11 (16.18%)	15%
Poco saludable	10 (31.25%)	23 (33.82%)	33%
Regular	13 (40.62%)	29 (42.64%)	42%
Bueno	5 (15.63%)	5 (7.36%)	10%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en IMEVID

Consumo de tabaco para población general la media de esta dimensión fue de 7.70, con desviación estándar de 1.20 y rango de 0 a 8. La mayor frecuencia en población general (93%) se ubicó en buen estilo de vida, lo cual indica que los adultos mayores que acuden al programa de diabetes en la clínica 46 de Culiacán, no tienen el hábito de consumir tabaco. En análisis por sexo se observó que el 6.25 % de los hombres dijo fuma a diario 6 cigarrillos o más correspondiendo a estilo de vida no saludable, mientras las mujeres encuestadas mencionaron que fuman algunas veces (1.47%) de 3 a 5 cigarrillos y casi nunca (2.94%) de 1 a 2 cigarrillos por ocasión, (ver tabla 10).

Tabla.10 Dimensión consumo de tabaco del IMEVID por sexo

Clasificación estilos de vida	H	M	Frecuencia acumulada
No saludable	2 (6.25%)	0	2%
Poco saludable	0	1 (1.47%)	1%
Regular	2 (6.25%)	2 (2.94%)	4%
Bueno	28 (87.5%)	65(95.59%)	93%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en IMEVID

Para la dimensión consumo de alcohol la media fue de 7.24 con desviación estándar de 1.95, con rango que va de 1 a 8. Ubicándose la mayor frecuencia en buen estilo de vida, lo cual hace referencia al no consumo de alcohol por parte de los participantes, mientras que el 7% de los participantes argumenta consumir 3 bebidas o más de alcohol, 1 vez o más por semana ubicándose en estilo de vida no saludable (21.87% de los hombres), (ver tabla 11).

Tabla. 11 Dimensión consumo de alcohol IMEVID por sexo

Clasificación estilos de vida	H	M	Frecuencia acumulada
No saludable	7 (21.87%)	0	7%
Poco saludable	5 (15.62%)	1 (1.47%)	6%
Regular	1 (3.12%)	0	1%
Bueno	19 (59.39%)	67 (98.53%)	86%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en IMEVID

Para la dimensión información acerca de la diabetes la media para población general fue de 6.32 con desviación estándar de 1.74, rango mínimo de 1 y máximo de 8. Esta dimensión contempla si las personas han asistido a pláticas sobre diabetes y que tanto han

tratado de obtener información sobre diabetes. Lo cual indica que el 54 % de los participantes se ubican en estilo de vida regular pues suelen asistir a pláticas sobre diabetes de manera regular y tratan de obtener información por sus medios. (Ver tabla 12).

Tabla.12 Dimensión información sobre diabetes del IMEVID por sexo

Clasificación estilos de vida	H	M	Frecuencia acumulada
No saludable	1 (3.12%)	1 (1.47%)	2%
Poco saludable	8 (25%)	10 (14.70%)	18%
Regular	13 (40.62%)	33 (48.53%)	46%
Bueno	10 (31.26%)	24 (35.30%)	34%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en IMEVID

La dimensión emociones muestra una media de 7.63 con desviación de 2.8 y rango de 0 a 12. Ubicándose el 37 % de los participantes en estilo de vida regular, pues algunas veces suelen enojarse con facilidad, sentirse tristes y tener pensamientos pesimistas sobre su futuro. Mientras el 31 % de los participantes no suele enojarse con facilidad, no tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro y casi nunca suele estar triste. Por el contrario el 10 % de los participantes argumento sentirse triste, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro y enojarse con facilidad siempre, encontrándose afectado su estado de ánimo. En la tabla 13, se observan puntajes de esta dimensión por sexo.

Tabla.13 Dimensión emociones del IMEVID por sexo

Clasificación estilos de vida	H	M	Frecuencia acumulada
No saludable	2 (6.25%)	8(11.76%)	10%
Poco saludable	5(15.62%)	17 (25 %)	22%
Regular	11 (34.37%)	26 (38.24%)	37%
Bueno	14 (43.76%)	17 (25 %)	31%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en IMEVID

Para la dimensión adherencia al tratamiento se observa que para población general la media fue de 13.3 con desviación estándar de 2.3, rango mínimo de 6 y máximo de 16. Encontrándose el 70% de los participantes en rango de buen estilo de vida, desarrollando conductas relacionadas con alta adherencia al tratamiento, pues casi siempre siguen las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado, llevando dieta para diabético, tomándose los medicamentos que le son recetados y haciendo su máximo esfuerzo para tener controlada la diabetes en todo momento.

No se encontraron personas con estilo de vida no saludable para esta dimensión, pero si en el rango de estilo de vida no saludable (3%) a regular (27%). En análisis por sexo se encontró que el 31.25% de los hombres y el 25% de las mujeres suelen seguir algunas veces las instrucciones médicas que se les indican para su cuidado, olvidando algunas veces tomarse su medicamento y en algunas ocasiones poniendo de su parte para mantener controlados los niveles de glucosa en sangre (ver tabla 14).

Tabla. 14 Dimensión adherencia al tratamiento del IMEVID por sexo

Clasificación estilos de vida	H	M	Frecuencia acumulada
No saludable	0	0	0%
Poco saludable	1 (3.12%)	2 (2.94 %)	3%
Regular	10 (31.25%)	17 (25 %)	27%
Bueno	21 (65.63%)	49 (72.06 %)	70%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en IMEVID

V.3 Resultados Encuesta de salud Sf-36

La encuesta de salud Sf-36 permite obtener puntajes globales que van de 0 a 100 por cada una de las dimensiones que la componen, con el objetivo de contar con clasificación similar a la empleada en el instrumento para medir estilos de vida en diabetes (IMEVID) los datos globales obtenidos en la Encuesta de salud Sf-36 se clasificaron en cuatro categorías: (0-25) clasificación mala para estado de salud, (26-50) regular estado de salud, (51-75) buen estado de salud y (76-100) clasificación de estado de salud excelente, un puntaje cercano a 100 indica mejor estado de salud y bajo índice de limitaciones en cada una de las dimensiones del Sf-36. La clasificación de los puntajes generales de este instrumento se cargó en excelente, seguido de estado de salud regular y buena salud (ver tabla 15).

Tabla.15 Puntaje global Encuesta salud Sf-36

Puntaje	Frecuencia	Clasificación estado de salud	Porcentaje
0-25	6	Mala	6%
26-50	31	Regular	31%
51-75	12	Buena	30%
76-100	32	Excelente	32%
Total	100	n= 100	100%

Fuente: elaboración propia con base en Encuesta de salud Sf-36

V.3.1 Análisis de las dimensiones de salud (física y emocional).

Para la dimensión función física la media fue de 60.85 %, con rango mínimo de 0 y máximo de 100. El 37% de los participantes puntuaron en la escala de esta dimensión entre 51 y 75 puntos lo cual indica función física excelente haciendo referencia a la nula limitación de actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse.

El análisis por sexo indica que el 18% de las participantes se ubica en el rango que va de 26 a 50 lo cual hace referencia a función física regular, mientras que los hombres no puntuaron en el rango que va de cero a 25 correspondiente a mal función física, por el contrario el 20% puntuó en el rango 76 a 100 ubicándose en excelente función física, (ver tabla 16).

Tabla. 16 Dimensión función física

Clasificación estado de salud	H	M	Frecuencia acumulada
Mala	0	16 (23.53%)	16%
Regular	6 (37.5%)	18 (26.47%)	24%
Buena	6 (37.5%)	17 (25 %)	23%
Excelente	20(62.5%)	17 (25 %)	37%
n= 100	32(100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en Encuesta de salud Sf-36

Para la dimensión de Rol físico la media fue de 52.50, con rango de cero a 100. La mayor frecuencia para la población general (41%) se ubicó en el rango de puntaje de 0 a 25 con clasificación de mal rol físico.

El análisis por sexo indica que en mujeres los puntajes de la escala se cargaron hacia mal rol físico (48.53%). Mientras que en hombres la mayor frecuencia (46.88%) se ubicó en puntajes entre 76 a 100 correspondiendo a la clasificación de excelente rol físico (ver tabla, 17).

Bajos puntajes en rol físico indican mayor grado de dificultad pues un rol físico bajo hace constar que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado y limitación en la realización de actividades de la vida cotidiana (ver tabla 17).

Tabla. 17 Dimensión rol físico

Clasificación estado de salud	H	M	Frecuencia acumulada
Mala	8 (25 %)	33 (48.53%)	41%
Regular	3 (9.37%)	10 (14.70%)	13%
Buena	6 (18.75%)	4 (5.88 %)	10%
Excelente	15 (46.88%)	21 (30.89 %)	36%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en Encuesta de salud Sf-36

En la dimensión de Rol Emocional la media fue de 59.33, mientras que el rango mínimo obtenido por los participantes fue 0 y el rango máximo de 100. El 32 % de los participantes tiene un bajo rol emocional, lo cual se asocia a la vivencia de situaciones que imposibilitan el desarrollo de actividades de la vida cotidiana debido a problemas emocionales, mientras que el 51% obtuvo puntaje correspondiente a excelente rol emocional lo cual hace referencia a que las personas se ven en menor medida imposibilitadas al realizar actividades diarias debido a problemas emocionales.

En el análisis por sexo, se observa que las mujeres muestran valores que se ubican en los polos, pues 41.17% de las participantes se ubicó en la clasificación de mal rol emocional, mientras el 44.13% se ubicó en excelente. En los hombres, el 65.63% de los participantes se ubicaron en el rango de excelente mientras el 12.5% en mal rol emocional, lo cual indica que las mujeres se ven mayormente imposibilitadas al realizar actividades debido a problemas emocionales, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar por sentirse triste, deprimida o nerviosa (ver tabla 18).

Tabla.18 Dimensión rol emocional

Clasificación estado de salud	H	M	Frecuencia acumulada
Mala	4 (12.5%)	28 (41.18%)	32%
Regular	3(9.37%)	6 (8.82%)	9%
Buena	4 (12.5%)	4 (5.88%)	8%
Excelente	21 (65.63%)	30 (44.12%)	51%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en Encuesta de salud Sf-36

La dimensión dolor corporal tiene una media de 56.72, con rango mínimo de 0 y máximo de 90, la mayor puntuación general se concentró en clasificación correspondiente a buen estado de salud. Un puntaje alto en la dimensión dolor corporal refiere a ausencia de dolor y limitación en trabajo habitual dentro y fuera del hogar. En análisis por sexo la mayor frecuencia de hombres (50%) y mujeres (32.35%) se ubican en clasificación de buena salud para dolor corporal.

Por otra parte el 3.12% de los hombres y 20.58 % de las mujeres obtuvieron puntajes correspondientes a mala salud mientras que 31.25% de hombres y 27.95% de mujeres clasificaron en excelente estado de salud. Lo cual indica que es mayor la proporción de mujeres que presentan limitaciones al realizar actividades habituales, debido a la presencia de dolor corporal (ver tabla 19).

Tabla.19 Dimensión dolor corporal

Clasificación estado de salud	H	M	Frecuencia acumulada
Mala	1 (3.12 %)	14 (20.58%)	15%
Regular	5 (15.63%)	13 (19.12%)	18%
Buena	16 (50 %)	22 (32.35%)	38%
Excelente	10 (31.25%)	19 (27.95%)	29%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en Encuesta de salud Sf-36

La dimensión de Salud General tiene una media de 60.57, con rango mínimo de 15 y máximo de 100, la mayor puntuación general (39%) se ubicó en el rango que va de 51 a 75 puntos (bueno a excelente estado de salud). La dimensión salud general toma en cuenta la valoración personal sobre el estado de salud actual, perspectivas de salud a futuro y resistencia a enfermar. Una valoración alta en esta dimensión indica una mejor percepción de la salud general.

En el análisis por sexo, la mayor frecuencia en mujeres (38.24%) se ubica en el rango que va de 51 a 75 puntos correspondiendo a buen estado de salud general, al igual que el 40.63% de los hombres también se ubicó en dicha clasificación. (Ver tabla 20).

Tabla.20 Dimensión salud general

Clasificación estado de salud	H	M	Frecuencia acumulada
Mala	2 (6.25 %)	3 (4.41%)	5%
Regular	8 (25%)	24 (35.29%)	32%
Buena	13 (40.63%)	26 (38.24 %)	39%
Excelente	9 (28.12%)	15 (22.06 %)	24%
n= 100	32 (100%)	68 (100%)	100%

Fuente: elaboración propia con base en Encuesta de salud Sf-36

V. 4 Validez y confiabilidad de los instrumentos empleados

Realizar investigación cuantitativa es un proceso que requiere de aspectos que permitan la obtención de datos objetivos. Validez y confiabilidad son dos aspectos básicos con los cuales debe contar un instrumento para poder obtener datos precisos. La confiabilidad de un instrumento de recolección de datos consiste en que el instrumento brinde resultados consistentes en diferentes aplicaciones. Para conocer la confiabilidad de los instrumentos se emplea el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual permite conocer si una prueba o instrumento muestra consistencia en las mediciones, es decir permite calcular si una prueba muestra resultados similares en varias aplicaciones.

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach permite medir el nivel de confiabilidad de pruebas. Al calcular el índice de Alfa de Cronbach se realiza un cálculo sobre la correlación entre cada uno de los reactivos o ítems que componen un instrumento, siendo el valor resultante un promedio de todos los coeficientes de correlación (Avecillas y

Lozano, 2016). El valor del coeficiente Alfa va de 0 a 1, lo cual indica que entre más cercano sea el coeficiente a 1 mayor confiabilidad.

Mientras que la validez consiste en verificar que un instrumento de medición mida realmente lo que dice medir. El análisis factorial exploratorio es una de las técnicas empleadas para desarrollar, validar y adaptar instrumentos. Una de las pruebas estadísticas que permite indagar si los ítems de los instrumentos empleados están lo suficientemente interrelacionados es la media de adecuación de Kaiser-Meyer -Olikin mejor conocido como KMO el cual es un índice de correlación parcial de las variables, la lógica de este índice es que al existir correlación entre las variables los coeficientes de correlación parciales deben ser pequeños.

Este índice va de 0 a 1. Un puntaje $KMO \geq 0.9$ indica que el test es muy bueno; un $KMO \geq 0.8$ se considera notable, puntaje ≥ 0.7 como mediano ≥ 0.6 bajo y < 0.5 muy bajo. El índice KMO se utiliza como medida de adecuación de la muestra a las hipótesis del modelo factorial que permite observar si es adecuado realizar el análisis de factores. El análisis factorial exploratorio es una técnica de análisis de datos la cual se enfoca en explorar dimensiones, constructos o variables latentes que se investigan las cuales permiten observar que ítems explican un instrumento.

Esta técnica suele ser empleada en pruebas y test estandarizados con el objetivo de validación (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014). En investigación cuantitativa se emplean instrumentos de medición los cuales cuentan con dimensiones que conforman un constructo general, una de las principales técnicas de validez es el análisis factorial exploratorio el cual suele emplearse con el objetivo de reducir un amplio número de indicadores en un menor número de variables permitiendo observar que

ítems conforman cual dimensión. Para considerar significativos los datos obtenidos en un análisis factorial exploratorio debe existir correlación al menos de .35 entre un ítem y un factor y no debería existir correlación superior a .30 de esa variable con otro factor (Pérez y Medrano, 2010).

Como técnicas para conocer la confiabilidad y la validez del IMEVID y la Encuesta Sf-36 se calcularon el Alfa de Cronbach y el índice KMO. El Alfa de Cronbach para el IMEVID fue de 0.65 lo cual es considerado como aceptable mientras que el índice KMO fue muy bajo (.477), con varianza acumulada de 55.90%. A pesar de que el índice KMO fue bajo se realizó análisis factorial exploratorio para conocer cómo se conformaron los factores, se observa para 7 valores que conforman el instrumento de estilos de vida IMEVID que consumo de alcohol (componente 1) y tabaco (componente 3) mostraron correspondencia cada uno con sus ítems conformando las dimensiones (ver tabla 21).

Por otra parte en el componente 2 correspondiente a nutrición se observa que 6 fueron los ítems que lo conformaron (frecuencia de consumo de frutas, verduras, consumo de pan y tortillas) sin embargo se observa que dos ítems que no corresponden originalmente a la dimensión nutrición se ubicaron en este componente. Para el componente 4 (adherencia terapéutica) 5 fueron los ítems, esta dimensión hace referencia a las pautas de cuidado correspondientes a estilo de vida de personas con diabetes contemplando aspectos relacionados con nutrición, actividad física, pautas de autocuidado y seguimientos de indicaciones médicas aspectos por lo cual puede explicarse la conformación de este componente (4).

El componente 5 se conformó de 4 ítems, se enoja con facilidad, pensamientos pesimistas sobre el futuro ambos referentes a emociones, mientras que hace su máximo

esfuerzo para controlar la diabetes y pedir más al terminar de comer (correspondientes a adherencia y nutrición) al corresponder en su mayoría a emociones se mantiene dicho nombre para esta dimensión correspondiente al componente 5.

El componente 6 fue renombrado indicaciones médicas debido a que los 3 ítems que lo componen hacen referencia a actividades relacionadas con pautas de seguimiento para la salud. Mientras que el componente 7 nos muestra 3 ítems relacionados con actividades realizadas en tiempo libre por lo cual se le nombra de esa manera. El análisis factorial para IMEVID respetando los 7 factores que conforman la escala original nos permite observar que al ser algunos de los factores genéricos algunos ítems tienden a cargarse a otros componentes (adherencia al tratamiento).

Tabla 21. Matriz de componentes rotados IMEVID

	1	2	3	4	5	6	7
“Frecuencia consumo verduras”		.674					
“Frecuencia consumo frutas”		.741					
“Consumo pan”		.276					
“Consumo tortillas”		.418					
“Agrega azúcar en alimentos y bebidas”				.575			
“Agrega sal a los alimentos mientras los come”				.494			
“Alimentos entre comidas”							.306
“Alimentos fuera de casa”				.613			

“Pide más cuando termina su alimento”			.702
“Frecuencia de ejercicio”		.481	
“Se mantiene ocupado fuera de sus actividades”			.289
“Que hace en su tiempo libre”			.678
“Fuma”	.891		
“Cuantos cigarrillos por ocasión”	.901		
“Bebe alcohol”	.911		
“Cuantas bebidas por ocasión”	.912		
“Sesiones para diabéticos”		.549	
“Obtener información diabetes”			.776
“Se enoja fácilmente”			.591
“Se siente triste”	.389		
“Pensamientos pesimistas”			.576
“Máximo esfuerzo control de diabetes”			.363
“Sigue dieta para diabético”			.597
“Olvida tomar los medicamentos”	.566		
“Sigue las instrucciones medicas”			.538

Método de extracción: análisis de componentes rotados. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.a
a. La rotación ha convergido en 14 iteraciones.

Para la encuesta en salud Sf-36 se calculó el puntaje Alfa de Crombach (0.93) y el índice KMO que fue de .865, con varianza acumulada de 64.36%. Un puntaje KMO 0.8 > se considera perfecto para realizar un análisis factorial. Por lo cual se realizó el análisis factorial en el que se observa que para 4 dimensiones correspondientes a estado de salud física y emocional los ítems se agrupan en sus dimensiones correspondientes (ver tabla 22).

El componente número 1 hace referencia a función física dimensión que indica el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar cosas pesadas y esfuerzos moderados e intensos. El componente número 2 corresponde a la dimensión rol, aborda el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades. En la tabla 22 se observa que el ítem su salud le limita subir varios pisos por una escalera correspondiente a función física se conformó también el componente 2.

El componente número tres se refiere a dolor corporal, dimensión que indaga en la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. Los dos ítems correspondientes a esta dimensión (tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo en las últimas cuatro semanas y hasta qué punto el dolor dificultó sus actividades habituales) se ubicaron en este componente.

Tabla 22. Matriz de componentes rotados Sf-36

Componentes	1	2	3	4
“su salud le limita realizar esfuerzos intensos”	.473			
“la salud le limita realizar esfuerzos moderados”	.730			
“la salud le limita llevar la bolsa de la compra”	.627			
“le limita subir varios pisos por una escalera”		.536		
“subir un solo piso por escaleras”	.564			
“agacharse o arrodillarse”	.586			
“caminar un kilómetro o más”	.856			
“caminar varios cientos de metros”	.865			
“caminar unos 100 metros”	.877			
“bañarse o vestirse por sí mismo”	.375			
		.694		
“¿Tuvo que reducir el tiempo de dicado al trabajo o actividades cotidianas?”				
“¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?”		.810		
“¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?”		.793		
“¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?”		.843		
“¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?”			.627	
“¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?”			.475	
“En general, diría que su salud es”				.675
“creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas”				.665
“estoy tan sano como cualquiera”			.785	
“creo que mi salud va a empeorar”				.679
“mi salud es excelente”			.728	

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.a a. La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

Mientras que el componente número 4 corresponde a la dimensión salud general, que se define como valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. El análisis factorial exploratorio permite observar que 3 de los 5 ítems correspondientes a esta dimensión se ubicaron en este componente. Los ítems estoy tan sano como cualquiera y mi salud es excelente no se ubicaron en este componente si no que se cargaron en dolor corporal.

Además con el objetivo de analizar la existencia de diferencias significativas en puntajes de medias globales para estilos de vida y estado de salud de mujeres y hombres adultos mayores se realizó la prueba T de Student. Esta prueba permite realizar comparación de dos grupos tomando como partida las medias de una variable. Sánchez (2015) plantea que la prueba t- Student se fundamenta bajo dos fundamentos, el primero bajo la distribución de la normalidad y la segunda en que las muestras sean independientes, fundamentos que se cumplen pues las variables estilo de vida y estado de salud muestran normalidad según el análisis exploratorio de los datos, por lo cual se emplea esta prueba tomando en cuenta la variable sexo.

Uno de los aspectos clásicos empleados para el uso de la prueba t es que se emplea en muestras de $N < 30$ comparando medias, cuando N es > 30 se emplean pruebas no paramétricas cuando la prueba cuenta con suficiente fuerza estadística.

El análisis muestra que la media en estilos de vida para hombres es de 73.21 con $p \leq 0.169$ mientras que la media en mujeres es de 75.89 con valor de $p \leq 0.190$ lo cual nos indica que no existe diferencia significativa para estilos de vida entre hombres y mujeres.

Mientras que para puntaje global de salud la media en la muestra t- Student para hombres fue de 70.89 con valor $p \leq 0.01$, mientras que la media obtenida en el análisis en mujeres fue de 55.54 con valor $p \leq 0.00$ lo cual nos indica que existe diferencia significativa entre hombres y mujeres en la variable estado de salud, resultado que sustenta lo planteado en el análisis correspondientes de las dimensiones de estilos de vida y estado de salud (ver tablas 8 - 20). Con lo cual se plantea que el estado de salud declarado por los adultos mayores hombres que acuden a diabetIMSS en la UMF 46 es mejor que el de las mujeres (ver tabla 23).

Tabla 23. Diferencia puntaje global Estilo de vida y salud en hombres y mujeres

Estilos de vida	media	<i>T</i>	sig.
	73.21	-1.38	0.169
	75.89	-1.32	0.190
Estado de salud	70.89	3.44	0.01
	55.54	3.77	0.00

Fuente: elaboración propia

V.5 Correlación entre las dimensiones que componen estilos de vida del IMEVID y estado de salud física y emocional del Sf-36.

Para analizar la relación entre estilos de vida y estado de salud (física y emocional) de adultos mayores con diabetes tipo 2 que acuden a programa de control en diabetes se llevó a cabo un análisis de correlación simple. La correlación entre instrumentos es una técnica de análisis de datos estadísticos que se emplea con el objetivo de analizar la existencia de relación entre al menos dos variables medidas cuyo rango va de -1 a 1.

El coeficiente de correlación de Spearman (r_s) mide el grado en que dos cantidades se asocian, el coeficiente Spearman no debe utilizarse para comparar dos instrumentos que

intentan medir un mismo constructo. El coeficiente Spearman es recomendable para abordar variables en las que los datos incluyen valores extremos, distribuciones no normales o en la que por lo menos una de las variables empleadas se mide en escala ordinal o de intervalo ya que en el caso de emplear coeficiente de correlación Pearson (r) este se verá afectado por los datos (Sandoval, 2009). Se empleó el coeficiente de Spearman para conocer la relación entre estilos de vida y estado de salud física y emocional debido a que empleando el programa estadístico SPSS versión 21 el análisis de datos mostró que no se ubicaban en la categoría de la normal.

Al analizar la correlación de las dimensiones de estilo de vida con las correspondientes a Estado de salud física y emocional se observan los siguientes valores:

La dimensión actividad física (IMEVID) tuvo correlación baja con las dimensiones (Sf-36) Dolor corporal ($r_s = .323$, $p \leq 0.05$), Salud general ($r_s = .289$, $p \leq 0.05$) y función física ($r_s = .277$, $p \leq 0.05$). Lo cual nos indica que realizar actividad física tres o más veces por semana favorecen la baja frecuencia de dolores corporales en el adulto mayor, una excelente función física reflejada en la nula limitación de actividades físicas como caminar, subir escaleras, inclinarse y buena valoración personal sobre su estado de salud actual, perspectivas de salud a futuro y resistencia a enfermar.

Consumo de alcohol (IMEVID) muestra correlación baja y negativa con las dimensiones del (Sf-36); rol emocional ($r_s = -.200$, $p \leq 0.01$), dolor corporal ($r_s = -.199$, $p \leq 0.01$), y función física ($r_s = -.288$, $p \leq 0.05$). La correlación nos indica que el alto consumo de alcohol se relaciona con peor rol emocional y con incremento de dolor corporal, lo cual se traduce en dificultades para el desarrollo de actividades de la vida cotidiana debido a problemas emocionales y mayor intensidad de dolor reflejándose en el trabajo habitual dentro

y fuera del hogar. Función física correlacionó $rs = -.288$, $p \leq 0.05$, esto se traduce como, que el consumir alcohol de manera frecuente de tres bebidas a más en cada ocasión merma la función física de los adultos mayores dificultando actividades cotidianas que requieren movilidad física.

Información sobre diabetes del IMEVID correlacionó de manera baja con las dimensiones del Sf-36, rol físico ($rs = .203$, $p \leq 0.01$) y salud general ($rs = .216$, $p \leq 0.01$). Expresándose en que al tener mayor conocimiento acerca de la diabetes los adultos mayores tendrán mejor rol físico, teniendo menor limitación para desarrollar actividades de la vida diaria reflejándose en buen rendimiento dentro y fuera del hogar. Mientras que su percepción acerca de su estado de salud actual, su resistencia a enfermar y perspectiva de salud a futuro será mayor.

Emociones del IMEVID correlacionó con las dimensiones del Sf-36; Dolor corporal ($rs = 0.342$, $p \leq 0.05$), Rol emocional ($rs = .341$, $p \leq 0.05$), Salud general ($rs = .329$, $p \leq 0.05$), Rol físico ($rs = .293$, $p \leq 0.05$) y función física ($rs = .293$, $p \leq 0.05$). A mejor equilibrio emocional menor será la aparición de dolores corporales, la percepción de salud actual y resistencia a enfermar será mayor, el desarrollo de actividades que requieran mayor movilidad y rendimiento físico será frecuente.

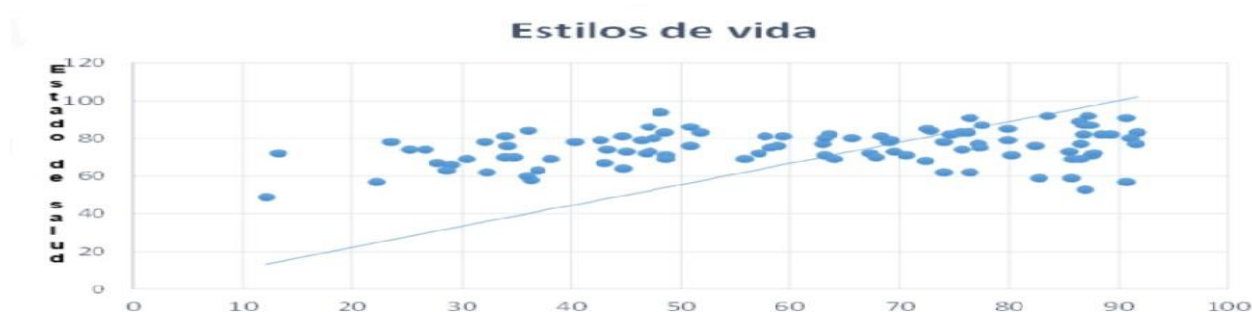
La dimensión adherencia al tratamiento del IMEVID correlacionó con rol físico ($rs = .251$, $p \leq 0.01$), con salud general ($rs = .292$, $p \leq 0.05$) y dolor corporal ($rs = .262$, $p \leq 0.05$). Indicando que seguir las pautas médicas de cuidados es beneficioso para no presentar limitaciones físicas que limiten el desarrollo de actividades diarias, tener menores dificultades referentes a dolor corporal reflejándose además en buen estado de salud general percibido.

El análisis de las correlaciones indica que la dimensión consumo de tabaco no correlacionó con ninguna de las dimensiones analizadas de la encuesta de salud Sf-36. Sin embargo la puntuación global del IMEVID permite observar que el 93% de los adultos mayores participantes se ubicaron en clasificación correspondiente a buen estilo de vida (ver tabla 10). La literatura por su parte relaciona este hábito con la diabetes mellitus tipo 2 siendo tanto un factor de riesgo para su aparición como para su control (Solano, Granada, García-Tenorio y Vaquero, 2009).

De igual manera nutrición del IMEVID no correlaciona con ninguna de las dimensiones del Sf-36, mostrando que para la población estudiada la dimensión de nutrición no se relacionó con el estado de salud física y emocional. Sin embargo los puntajes generales del IMEVID nos indican que la dimensión nutrición como parte de los estilos de vida es uno de los aspectos a tomar en consideración, pues se observó que predominó la clasificación correspondiente a estilo de vida regular, clasificación que refleja que los adultos mayores que acuden a programa de control en diabetes continúan incluyendo en su dieta diaria alimentos como tortilla y pan, el consumo de azúcar y sal continua siendo regular, al igual que las comidas fuera del hogar (ver tabla 8).

Para conocer la clasificación sobre estilos de vida del IMEVID en relación con la clasificación de las dimensiones de salud de la encuesta Sf-36 así como la relación global de las dimensiones de ambos instrumentos ver en anexos tablas 24-30. Los datos que aparecen en el siguiente gráfico de dispersión indican que los puntajes globales de los instrumentos estilo de vida y estado de salud muestran una tendencia en la que conforme estilo de vida se incrementa yendo de regular a buen estilo de vida el estado de salud va de bueno a excelente.

Figura 2. Gráfico de dispersión de estilos de vida y estado de salud.



Fuente: elaboración propia con base en IMEVID y Encuesta de salud SF-36.

Tal como lo plantean Ruiz-Arregui y Pérez-Lizaur (2010) el desarrollo de un régimen alimenticio óptimo continuo siendo un reto conjunto que involucra al adulto mayor y al equipo de salud multidisciplinario, pues al tratar de adoptar hábitos saludables deben tomarse en cuenta aspectos de gustos, acceso a recursos y disposición. Desde la perspectiva de Bauman el proceso de transición de la modernidad sólida a la modernidad líquida en el que podemos ubicar a los adultos mayores, y que debido al dinamismo propio de la liquidez, lleva a las personas al consumismo y disfrute momentáneo, pues la dinámica propia actual va estableciendo parámetros específicos y conductas.

Las condiciones de vida de las personas producen *habitus* los cuales configuran sus prácticas, a medida que las personas mejoran en su estructura social van modificando sus hábitos debido al gusto (Bourdieu, 2002). Lo cual nos lleva a plantear que tanto el consumismo como forma característica de la liquidez como el gusto como expresión del *habitus* se encuentran reflejados en el estilo de vida de las personas adultas mayores impactando en su estado de salud.

Como complemento al trabajo de investigación se realizaron dos entrevistas a personal del área de Trabajo Social de la UMF 46 que trabajan de manera directa en el programa diabetIMSS el eje central fue sobre las funciones que desarrolla Trabajo Social dentro del programa en diabetes. Los datos obtenidos mediante la entrevista fueron analizados empleando el programa de análisis Iramuteq 7, este programa permite realizar análisis estadístico textual, entre las funciones disponibles está contar palabras, realizar comparaciones entre discursos y similitudes. Para el análisis el cuerpo de datos se integró de 3322 palabras. Las palabras fueron analizadas mediante el programa de análisis midiendo la frecuencia de aparición a lo largo de los discursos (ver tabla 24).

Tabla 24. Frecuencia de palabras en analisis lexicografico.

Forma	Frecuencia	Tipos
paciente	54	nom
año	33	nom
hacer	29	ver
familiar	21	adj
programa	20	nom
social	19	adj
ir	18	ver
realizar	17	ver
trabajo	17	nom
aquí	16	adv
grupo	16	nom
sesión	15	nom
persona	13	nom
actividad	12	nom
diabetimss	12	nr
unidad	12	nom
diferente	11	adj

Fuente: elaboración propia

Se desarrolló análisis de similitud el cual aparece como ramificación, dicho gráfico permite observar la relación de las palabras de mayor impacto en el discurso, si bien en la tabla anterior se muestran las palabras con mayor frecuencia, en el apartado de análisis de similitud por su parte se observa la relación de las palabras significativas encontradas en el estudio (ver figura 3).

Como se observa en el grafico la palabra principal obtenida en el análisis es “paciente”, con reiteración de 54 veces. Lo cual indica que las funciones que desarrolla trabajo social en la UMF 46 como parte del programa diabetIMSS giran en torno a los pacientes. Como palabras secundarias ligadas a paciente aparecen la palabra cita, derivar y reintegrar funciones que desarrolla Trabajo Social una vez los pacientes son canalizados por el médico familiar de la institución.

La palabra “año” se menciona en 33 ocasiones y aparece en ramificación con persona, meta, estrategia, reducir, reintegración, adulto, prevención y telefónico. La duración del programa diabetIMSS de acuerdo con la guía de acción de Trabajo Social (IMSS,2012) es de 12 sesiones a lo largo de un año en la cual se busca que las personas asistentes al programa logren meta de control en niveles de glucosa, reduzcan su índice de masa corporal a través de estrategias ejecutadas por Trabajo social dentro de las cuales la reintegración de las personas adultas mayores es actualmente uno de los retos para la institución de salud pues requiere de ponerse en contacto con los pacientes para conocer su situación teniendo como medios las llamadas telefónicas y visitas domiciliarias, estrategias que no han dado los resultados que el módulo en diabetes espera debido al gran número de pacientes.

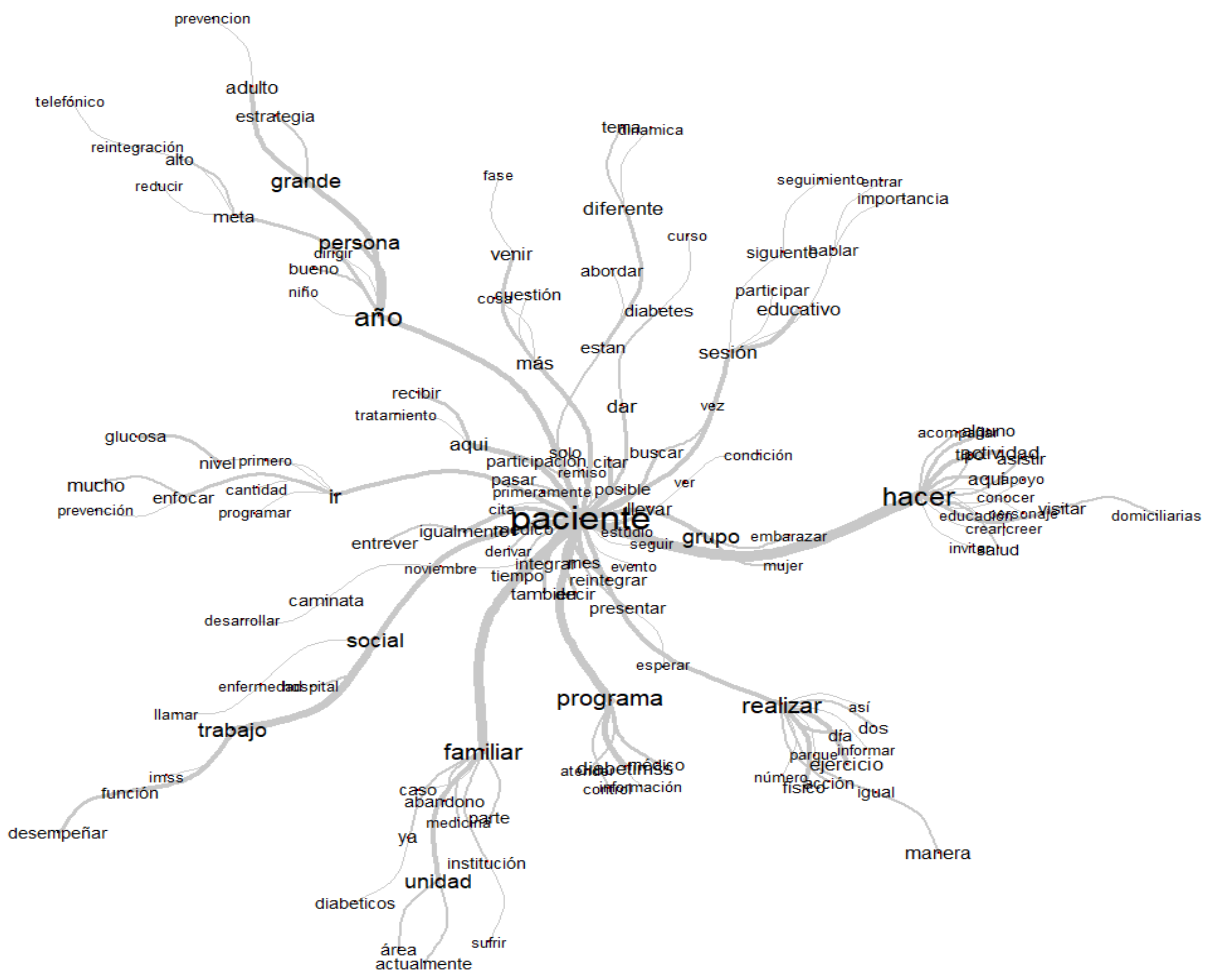
El análisis nos permite observar que la palabra “hacer”, la cual apareció en 29 ocasiones se encuentra en ramificación con algunas de las principales funciones que realiza

Trabajo Social en la UMF46, como son acompañamiento, apoyo, actividad, educación, visitar y domiciliarias. Que de acuerdo con la guía de acción de Trabajo Social del IMSS los profesionales de la disciplina de Trabajo social realizan diversas actividades enfocadas al apoyo, acompañamiento y educación de los derechohabientes. Como parte del seguimiento hacia el paciente en caso de presentarse dificultades que afecten su atención en salud o si dejan de asistir al programa como parte de la reintegración se realizan visitas domiciliarias para conocer cuál es la condición del usuario y que motivos han dificultado su reinserción.

Por su parte la palabra “programa” mencionada en 20 ocasiones aparece como otra de las principales, específicamente Trabajo Social desarrolla su labor como parte del programa en diabetes, se observa que como palabras secundarias de esa ramificación aparecen atención, diabetIMSS, médico e información, relación que surge debido a que las Trabajadoras Sociales brindan atención e informan a los pacientes en colaboración con el médico del programa diabetIMSS.

“Realizar”, palabra mencionada en 17 ocasiones aparece en ramificación con informar, acción, ejercicio y físico, aspectos esenciales en los que se realiza énfasis dentro del programa. De igual manera como palabra principal en la ramificación aparece grupo con 16 reiteraciones, siendo los grupos la principal forma de organización empleada para brindar las sesiones educativas dentro del programa en diabetes.

Figura 3. Análisis de similitud Iramuteq 7



Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten los resultados del estudio, y además se enfatiza la revisión de hipótesis. El realizar estudios en torno a la diabetes en población adulto mayor desde la disciplina de Trabajo Social favorece el abordamiento de aspectos biopsicosociales, pues existen en mayor medida estudios sobre la problemática desde la perspectiva de la medicina, enfermería y nutrición las cuales enfatizan aspectos ligados a la medición de valores de control (nivel de hemoglobina glucosilada, presión arterial, peso) en población adulta, sin embargo, el situarse desde la visión de Trabajo Social enfocado a adultos mayores permite investigar la problemática de salud específica centrándose en un aspecto específico, como en este caso los estilos de vida de adultos mayores con diabetes y su relación con los estados de salud física y emocional, pero además se indaga en el contexto en que se desenvuelve el adulto mayor desde la particularidad, como parte de un grupo y como parte de la comunidad.

Referente a los estilos de vida se observó que predominó con el 53% el estilo de vida bueno seguido muy cerca de estilo de vida regular lo cual nos indica que las personas manifestaron compromiso en el desarrollo de pautas que favorecen su estado de salud. Sobre consumo de tabaco el 93% de las personas participantes manifestó no consumir tabaco lo cual es benéfico para el control de la diabetes pues la literatura (Klein, Klein, y Moss, (1992); Ikeda et. al (1997) sugiere que el efecto del tabaco conlleva a alteraciones y daños en personas diabéticas.

La dimensión consumo de alcohol también mostró clasificación de buen estilo de vida pues el 86% dijo no consumir alcohol. De igual manera adherencia terapéutica fue otra de las dimensiones en que predominó la clasificación de buen estilo de vida, el 70% de las personas indicó que sigue pautas de autocuidado e indicaciones médicas las cuales se ven reflejadas en el control y estado de salud en diabetes. Como plantean Ortego, López y Álvarez (2004) el seguimiento del cumplimiento de las indicaciones médicas se ha relacionado con la manifestación de las consecuencias que afectan a la salud. En el caso de consumo de alcohol y tabaco en el presente estudio se ha observado que son los hombres quienes tienden a consumir de manera regular estas sustancias (ver tablas 11 y 14).

De manera contraria a lo anterior, en los datos obtenidos sobre las dimensiones de estilo de vida la dimensión de emociones indica que las mujeres tienen mayor dificultad en el manejo de emociones como enojo, tristeza y pensamientos pesimistas (ver tabla 13).

Para estado de salud (puntaje global) de la encuesta en salud Sf-36 los datos permiten observar que las clasificaciones para los adultos mayores con diabetes fueron muy similares 32% excelente, 30% buena y 31% regular con poca frecuencia en clasificación de mala 6%, lo cual debido a que la escala permite conocer los puntajes por dimensión los cuales van de 0 a 100 se considera que el estado de salud es positivo.

Para función física predominó la clasificación de excelente 37% en población general mientras que en análisis por sexo los hombres manifestaron mejor función física (ver tabla 16). De acuerdo con Manrique-Espinoza, Salinas-Rodríguez, Moreno-Tamayo & Téllez-Rojo (2011) el deterioro funcional se incrementa conforme avanza la edad manifestándose en actividades diarias del adulto mayor como lo son bañarse, acostarse,

desplazarse dentro y fuera del hogar y alimentarse. Dicho deterioro puede agravarse como consecuencia de algún padecimiento de salud.

Para rol físico los datos indican 48.53% de las mujeres se inclinaron hacia mal rol físico mientras 46.88% de los hombres se ubicaron en puntajes entre 76 a 100 correspondiendo a la clasificación de excelente rol físico (ver tabla, 17). De manera similar para las dimensiones rol emocional, dolor corporal y salud general. En las que los datos indican que las mujeres se ven mayormente imposibilitadas al realizar actividades debido a problemas emocionales, como a la presencia de dolores corporales manifestándose en la salud general (ver tablas 18, 19 y 20). Los datos mencionados anteriormente sugieren la necesidad de indagar con mayor profundidad en aspectos de diferenciales por sexo sobre la temática de estilos de vida y estado de salud física y emocional de personas diabéticas.

El análisis de las correlaciones entre las dimensiones de estilos de vida y estado de salud permite observar que la dimensión nutrición no correlacionó con ninguna de las dimensiones de la encuesta en salud. De acuerdo con la literatura (Lara-Loya y Rangel-Vega, 2004; IMSS, 2018 y OMS, 2018) la nutrición de las personas es uno de los factores de riesgo para la aparición de la diabetes *mellitus* tipo 2, y uno de los aspectos socioeducativos que acompañan el control de los niveles de glucosa a través de la modificación de hábitos en estilos de vida, reflejándose en el estado de salud, pues al alimentarse de manera adecuada las personas adultas mayores logran tener mejor rol físico expresado en las actividades cotidianas dentro y fuera del hogar lo que contribuye a tener mayor energía, ausencia de dolores corporales expresándose en mayor vitalidad y mejor rol emocional.

Desde la perspectiva de Bauman el proceso de transición de la modernidad sólida a la modernidad líquida en el que podemos ubicar a los adultos mayores, debido al dinamismo propio de la liquidez lleva a las personas al consumismo manifestándose en el disfrute momentáneo, pues la dinámica cotidiana va estableciendo parámetros específicos y conductas. Según Bourdieu (2002) las condiciones de vida de las personas producen *habitus* los cuales configuran sus prácticas, y a medida que las personas mejoran en su estructura social van modificando sus hábitos debido al gusto.

El consumismo como característica de la modernidad líquida se desarrolla acorde a las condiciones objetivas de las personas adultas mayores que en conjunción con las condiciones subjetivas de vida expresadas a partir de su forma de sentir, pensar y actuar, es decir el *habitus* se establecen estilos de vida característicos. Las pautas desarrolladas de manera cotidiana que incluyen alimentación adecuada, actividad física frecuente, así como la moderación de consumo de sustancias como alcohol o tabaco se reflejan en la limitación o no del estado de salud mediante función física, rol físico o salud general.

Profundizar en investigaciones posteriores referente a la dimensión nutrición de los adultos mayores desde una perspectiva cualitativa ayudaría a complementar los resultados de esta investigación para explicar cómo es que los adultos mayores a pesar de no seguir un régimen de alimentación adecuado, pues continúan consumiendo sal, azúcar y alimentándose en la calle, manifiestan un estado de salud adecuado.

Tomyn y Cummins (2011) en uno de sus estudios plantean que el apoyo social se relaciona con el bienestar de las personas propiciando emociones positivas que reducen el nivel de estrés favoreciendo la autoestima, autoeficacia y resolución de problemas. Por lo

cual indagar en aspectos como apoyo social y redes de apoyo resultaría adecuado para el estudio de los estilos de vida.

Referente a la hipótesis general: A estilo de vida saludable (mejor alimentación, mayor actividad física, adherencia al tratamiento) mejor estado de salud (mayor función física, mejores rol físico, rol emocional y salud general) de adultos mayores con diabetes tipo 2,

Observamos que la dimensión actividad física del IMEVID mostró correlación baja ($r_s = .277$, $p \leq 0.05$) con función física lo cual indica que los adultos mayores que realizan alguna actividad física (caminar, trotar, estiramientos, o cualquier otra actividad que requiera movilidad por lo menos 15 minutos tres veces por semana favorece la función física permitiendo realizar acciones como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, cargar o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos. Mientras que con la dimensión salud general la relación también fue baja ($r_s = .289$, $p \leq 0.05$) correspondiendo a que al mantenerse en movimiento de manera frecuente los adultos mayores perciben una mejor salud, así como mayor resistencia a enfermar y perspectiva de salud a futuro positiva.

La correlación baja pero significativa de adherencia al tratamiento con rol físico ($r_s = .251$, $p \leq 0.01$) y con salud general ($r_s = .292$, $p \leq 0.05$) muestran que hacer el máximo esfuerzo para controlar la diabetes, el seguir pautas de cuidado indicadas por el médico, así como seguir dieta para diabético y no olvidar tomar el medicamento influyen en el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades reflejándose en la valoración personal del estado de salud y perspectiva de enfermar a futuro.

Mientras que nutrición no correlacionó con ninguna de las dimensiones analizadas de la encuesta en salud. A pesar de mostrar puntajes generales adecuados en estilos de vida (ver tabla 7), la dimensión nutrición se clasificó en regular estilo de vida (56%), actividad física en regular estilo de vida (42%) y adherencia al tratamiento con clasificación de buen estilo de vida (70%), por su parte función física mostró clasificación de estado de salud excelente (37%), rol físico con clasificación predominante de mal estado de salud (41%), para rol emocional predominó clasificación de excelente (51%) seguido de malo (32%) y para salud general clasificación de buena (39%).

Todo lo antes mencionado indica que algunas dimensiones de estilo de vida correlacionan de manera baja pero positiva con estado de salud sin embargo para la presente investigación con personas adultos mayores que acuden a control en diabetIMSS en UMF 46 de Culiacán la hipótesis general es nula. El indagar a profundidad en investigaciones posteriores desde la perspectiva cualitativa resulta necesario para conocer que otros factores intra e interpersonales influyen en el estado de salud física y emocional de los adultos mayores diabéticos.

Para la hipótesis específica número 1: la alimentación balanceada, actividad física frecuente, la adherencia al tratamiento y las convivencias son indicadores de los estilos de vida positivos que contribuyen a elevar el estado de salud física y emocional de los AM con D2.

Los datos obtenidos en el análisis indican que el realizar actividad física tres o más veces por semana por lo menos 15 minutos en cada ocasión y el seguir pautas de adherencia al tratamiento como estar pendiente de la toma de medicamentos, implementar hábitos de autocuidado que incluyen dieta y pautas de esfuerzo para controlar la diabetes son

indicadores de estilo de vida positivo que llevan a las personas adultas mayores a fortalecer su estado de salud física, sin embargo no se encontró relación significativa con el estado de salud emocional.

Cabe mencionar que emociones del IMEVID dimensión que hace referencia a la frecuencia con que las personas se enojan con facilidad, se sienten tristes y tienen pensamientos pesimistas sobre el futuro correlacionó con las dimensiones del Sf-36; Dolor corporal $r_s = 0.342$, $p \leq 0.05$, Rol emocional $r_s = .341$, $p \leq 0.05$, Salud general $r_s = .329$, $p \leq 0.05$, Rol físico $r_s = .293$, $p \leq 0.05$ y Función física $r_s = .293$, $p \leq 0.05$. Datos a partir de los cuales podemos inferir que tener buen equilibrio emocional llevará a las personas adultas mayores diabéticas a desarrollar con mayor frecuencia actividades cotidianas que requieran movilidad, pues tendrán dolores corporales con menor frecuencia debido a su valoración personal positiva de estado de salud y resistencia a enfermar, además de que las emociones interferirán en menor medida en la calidad de la realización de actividades dentro y fuera del hogar, sin tener que reducir el tiempo dedicado a esas actividades por estar tristes, deprimidos o nerviosos.

Por otra parte, no se observó relación significativa de la dimensión nutrición perteneciente a la variable estilos de vida con las dimensiones que conforman estado de salud física y emocional, sin embargo como parte de la dimensión adherencia al tratamiento el instrumento de estilos de vida incluye un ítem que aborda el seguir dieta para diabético (ítem 23, “¿sigue dieta para diabético?”) (ver anexo p.161) por lo cual se considera necesario realizar análisis posteriores sobre la dimensión nutrición y ver si puede integrarse en futuros estudios como parte de la dimensión adherencia al tratamiento de personas diabéticas.

Respecto a la hipótesis específica número 2: la función actual del Trabajo Social en las instituciones de salud no permite el seguimiento continuo de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 debido a las múltiples actividades que deben desarrollar, correspondiendo ésta función al deber ser como engranaje entre el *hábitus* y la institución de salud podemos observar que las funciones desarrolladas desde Trabajo Social giran en torno al paciente acompañándolo desde su llegada en la integración a los grupos, derivando a los usuarios con el cuerpo interdisciplinario del programa diabetIMSS esto de acuerdo al análisis lexicográfico en el que la palabra “paciente” fue una de las más importantes.

Otra de las palabras principales del análisis textual fue “hacer” teniendo como ramificación “apoyo”, “actividad”, “educación”, “visitar” y “domiciliarias”. Palabras que desde lo expresado por el área de Trabajo Social son funciones que realizan principalmente como parte del programa mediante participación en sesiones educativas, realizando seguimiento monitoreando la asistencia de los pacientes al programa y buscando reintegrar a aquellos que dejan de asistir, siendo la reinserción una de las principales exigencias de la institución hacia el área de Trabajo social lo cual se dificulta por las múltiples funciones realizadas, así como el gran número de adultos mayores que asisten al programa diabetIMSS.

Referente a la respuesta a los objetivos de investigación:

En cuanto al objetivo general analizar la relación entre estilos de vida y estado de salud (física y emocional) de adultos mayores con diabetes tipo 2 que acuden a programa de control en diabetes (diabetIMSS), en la clínica no.46 ubicada en Culiacán, Sinaloa.

Se puede constatar que predominó el estilo de vida bueno en el 53% de los participantes y de igual manera la clasificación excelente para estado de salud con 32%.

Referente a la relación entre estilos de vida y estado de salud física los datos obtenidos

indican que del 53% de los participantes clasificados en estilo de vida bueno el 7.25% clasificaron estado de salud física mala, el 10% en regular, 15.75% buena salud física y 31.5% excelente salud física. Mientras que para estilo de vida regular en el cual se ubicó el 46% de los participantes, el 11% clasificó en estado de salud física mala, el 11.75% en regular, 11.75% en buena y 11.50% en excelente estado de salud física.

Referente a estado de salud emocional en relación con estilos de vida se mostró que del 53% total de los participantes ubicados en estilo de vida bueno el 11% clasifico en estado de salud emocional mala, 7% en regular, 5% en estado de salud buena y 30% en excelente estado de salud emocional. Mientras que para estilo de vida regular el 20% mostró clasificación de mala para salud emocional, regular para el 2%, buena para el 3% de los participantes y excelente para el 21%.

La diferencia entre hombres y mujeres se perfila como uno de los factores que afectan a las dimensiones analizadas en este estudio pues para función física el 16 % global de los participantes que se ubicó en clasificación de salud mala correspondió a mujeres adultas mayores, situación similar observada en la dimensión dolor corporal donde del 15 % del total de los participantes clasificados en mala salud, 14 fueron mujeres adultas mayores (20.58% del total de mujeres participantes) (ver tablas, 19 y 20). Mientras que los hombres adultos mayores mostraron mejor clasificación para función física en la que 20 participantes (62% del total de hombres) correspondiendo a buen estilo de vida clasificó en excelente estado de salud, sin clasificar en mala función física para esta dimensión. Situación similar observada entre estilos de vida y rol emocional donde el 65.63% de los hombres clasificó en excelente (ver tablas 18 y 28).

En el primer objetivo específico: explicar los estilos de vida y estado de salud física y emocional de adultos mayores que acuden a programa de control en diabetes (diabetIMSS) se plantea que los estilos de vida mostrados por los adultos mayores son; poco saludables (1%), estilos de vida regular (46%) y estilo de vida bueno (53%) en los que la clasificación de poco saludable hace referencia a pautas asociadas con factores de riesgo, alto consumo de alimentos altos en azúcar y sal, consumo frecuente de sustancias como tabaco y alcohol, así como poca frecuencia de actividad física asociado a una baja adherencia al tratamiento.

Para estilo de vida regular el consumo de alimentos inadecuados así como sustancias como tabaco y alcohol se ve reducido asociado con pautas de adherencia al tratamiento regulares, mientras que para buen estilo de vida los hábitos se relacionan con el no consumo de alcohol y tabaco, reducción al mínimo de consumo de sal y azúcar, no consumir alimentos preparados en la calle, seguir pautas de autocuidado como estar pendiente de tomar los medicamentos para diabetes y hacer el máximo esfuerzo para mantener los niveles de glucosa en sangre controlados.

Sobre estado de salud física y emocional, el estado de salud física será mejor si las personas se mantienen activas en sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar el 37% de los participantes puntuaron en clasificación de excelente haciendo referencia a la nula limitación de actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse sin embargo las mujeres adultas mayores mostraron valores menores que los hombres adultos mayores, caso similar al estado de salud emocional. Es relevante mencionar que el desarrollar actividades que permitan mantener relaciones sociales beneficia a las personas adultas mayores, física y emocionalmente, factor a considerar pues el 48% de las

personas participantes son amas de casa por lo cual indagar en las redes sociales de apoyo ayudaría a profundizar la explicación.

Sobre el objetivo específico número 2: analizar si la frecuencia de actividad física, la alimentación balanceada y la adherencia al tratamiento impactan en el estado de salud física y emocional de adultos mayores que acuden a programa de control en diabetes. Se encontró que la actividad física frecuente y una alta adherencia al tratamiento benefician el mejoramiento del estado de salud física y emocional de las personas adultas mayores. Al estar el adulto mayor en constante movilidad suele tener mejor función física reflejándose en bajo índice de dificultades para realizar actividades dentro y fuera del hogar de manera autónoma, que a su vez influyen en mantener actividades cotidianas sin dificultad a causa de sentir tristeza, nerviosismo o caer en depresión.

En el último objetivo referente a analizar el papel de Trabajo Social como engranaje entre la institución y los grupos de personas adultas mayores que participan en el programa institucional. Se observa que Trabajo Social desarrolla múltiples funciones dentro del programa de salud como lo son ser el primer contacto entre los adultos mayores y la institución de salud, guiar a las personas diabéticas en el proceso de atención en salud así como participar de manera activa en las sesiones educativas pero centrándose en gran medida en funciones administrativas.

Trabajo Social como engranaje entre los grupos de personas adultas mayores y la institución de salud IMSS de la UMF número 46 de Culiacán participa activamente en la coordinación y ejecución de convivencias, posada navideña y marcha anual de concientización en diabetes. Sin embargo la principal dificultad a la que se enfrentan es al seguimiento de pacientes que dejan de asistir al programa de control en diabetes pues se ven

limitadas debido a las múltiples funciones que desarrollan y el gran número de pacientes que acuden al programa.

Salord (1998) mencionan una serie de elementos constitutivos de especificidad del Trabajo Social los cuales son los sujetos sociales portadores de recursos y satisfactores, sujetos sociales portadores de necesidades y carencias y sujeto social intermediario (trabajador social), elementos los convergen en torno del objeto de intervención.

En correspondencia a lo planteado por Salord (1998) de quien retomo 3 de los elementos constitutivos de Trabajo Social, en el cual se logra visualizar a los sujetos portadores de las necesidades y carencias, elemento donde ubican a las personas adultas mayores usuarios de la UMF 46 que acuden al programa diabetIMSS, cuyas características son, personas de 60 años y más que cuentan con nivel de estudios bajo 27% sin ningún tipo de estudio, 42% concluyo el nivel primaria, 14 % secundaria, 4% bachillerato, 6% carrera técnica y solo 7% realizo estudios universitarios.

Donde además el 16% de los participantes a pesar de tener más de 60 año debe realizar labores para llevar un sustento a su hogar, los trabajos que mayormente realizan son velador, vigilante, limpieza, mientras que el 48% de la muestra total de participantes son mujeres que se dedican a las labores del hogar. El trato directo con las personas asistentes al programa permitió identificar que presentan dificultades para desplazarse por las diversas áreas de la institución, dificultándose el acceso pues muchos de los adultos viven cerca de la UMF 46 ubicada en un área de lomas, aunado a esto gran parte de las personas acuden solos a tomar las sesiones educativas sin embargo las ganas de adquirir conocimientos que beneficien su salud los impulsa a asistir.

La inserción en la institución de salud 46 del IMSS como investigador también permitió visualizar las pautas de acción de los sujetos portadores de los satisfactores, como dinámicas, procesos, acciones y protocolos que tanto los usuarios como los profesionales que participan en el programa de diabetes desarrollan. En el protocolo de acción observado los pacientes son canalizados por su médico familiar al módulo de diabetes donde Trabajo Social es el primer vínculo, encargándose de guiarlo y acompañarlo durante el proceso educativo el cual dura aproximadamente un año. Las acciones de los profesionales de Trabajo Social guían su actuar en base a la guía técnica para otorgar atención médica en el módulo diabetIMSS (IMSS, 2012) la cual marca como acciones principales la entrevista con el paciente, orientación y acompañamiento, coordinación en las sesiones y seguimiento de asistencia.

Los pacientes acuden a sus citas mensuales, ingresan al aula donde toman las sesiones educativas, son medidos y pesados, vinculados al área de nutrición y una vez terminada la sesión programada van a consulta médica donde les prescriben el tratamiento personalizado y se despiden del módulo diabetIMSS con la agenda de su próxima cita realizada por el área de Trabajo Social. La dinámica es establecida en interacción conjunta del cuerpo interdisciplinario de salud y los pacientes asistentes al programa buscando los tiempos se adecuen a la numérica demanda de los usuarios.

Como tercer elemento constitutivo correspondiente a los sujetos sociales como intermediarios se identificaron durante el presente trabajo de investigación diversos elementos teóricos y metodológicos de la disciplina de Trabajo Social como lo son los métodos de caso, grupo y comunidad. Desde la metodología de caso se observó que el área de Trabajo Social realiza entrevista con las personas que son derivadas al área de diabetes,

realizan encuestas para conocer la situación en que se encuentra la personas, en ocasiones realizan visitas domiciliarias y además se encargan de acompañar al paciente a lo largo de su estancia en el módulo diabetIMSS, utilizando instrumentos como el estudio socioeconómico, cedula de entrevista y familiograma.

En grupos realizan dinámicas grupales, participando en sesiones educativas dirigidas a los adultos mayores diabéticos enfocadas a la actividad física, la buena alimentación además de acciones enfocadas al autocuidado. Los instrumentos que emplean las Trabajadoras sociales en su actuación son las listas de asistencia, cronograma de actividades, registro de grupo y seguimiento. Las acciones que desarrollan con los grupos van enfocadas a las interacciones de los miembros del grupo compartiendo experiencias y aclarando dudas conjuntas lo cual beneficia el clima y favorece la socialización permitiendo el compromiso mutuo entre los asistentes a las sesiones educativas.

En referencia a la comunidad desde la disciplina de Trabajo Social en la UMF 46 se desarrollan actividades con el objetivo de concientizar y promover pautas relacionadas con estilos de vida saludables más allá de las instalaciones de la UMF realizando acciones como lo son periódicos murales, convivencias de promoción de la salud en parque las Riveras, Parque Ernesto Millán Escalante (parque 87) y la caminata anual sobre diabetes realizada fuera de la unidad médica partiendo y culminando sobre la calle que da a la entrada de la institución.

CONCLUSIONES

El estudio de los estilos de vida como parte del control y prevención de enfermedades como sobrepeso, obesidad y diabetes comienza a ser una de las vías de análisis en la actualidad ya que la literatura vincula la alimentación, frecuencia de actividad física, consumo de alcohol y tabaco con el estado de salud de las personas, centrar el análisis en la etapa adulto mayor resulta necesario ya que debido al envejecimiento poblacional caracterizado a nivel mundial por la baja en los índices de natalidad y el aumento en la esperanza de vida, la población de 60 años y más comienza a envejecer y con el incremento de la edad se observa tendencia en el alza de enfermedades como la diabetes.

El análisis realizado en este trabajo de investigación permite concluir que los estilos de vida regular y bueno tienen relación en la mejora del estado de salud física y emocional de las personas adultas mayores, aun y cuando dimensiones que componen estilos de vida como nutrición y consumo de tabaco no muestren una relación tan directa con las dimensiones que componen estado de salud, pautas como la actividad física frecuente y la adherencia al tratamiento, esta última dimensión que engloba aspectos como seguir dieta para diabético, seguir pautas médicas para el autocuidado así como realizar el máximo esfuerzo para controlar los niveles de glucosa permiten que la salud física y emocional de los adultos mayores sea positiva.

Trabajo Social en las instituciones de salud es una disciplina fundamental encargada de planear, coordinar y ejecutar acciones que ayuden a disminuir problemáticas como la diabetes, su actuar está fundamentado en conocimientos teóricos propios de la disciplina, sin embargo las múltiples tareas asignadas así como el gran número de pacientes que demandan un servicio en las instituciones médicas suele dificultarles su actuar.

Alternativas y recomendaciones

A partir de lo mencionado en anteriores apartados se plantea la necesidad de continuar indagando sobre los estilos de vida de las personas adultas mayores, pues el desarrollar una línea de investigación que aborde las problemáticas biopsicosociales referentes a esta temática resulta necesaria, ya que datos recabados por instituciones como INEGI y CONAPO indican que la pirámide poblacional comienza a invertirse ligado a el aumento de la esperanza de vida y bajos índices de natalidad, aunado a esto enfermedades como sobrepeso, obesidad y diabetes están causando gran demanda en atención, estos padecimientos de acuerdo con la OMS y la FID son causadas debido a estilos de vida inadecuados.

Al ser Trabajo Social la disciplina principal encargada del funcionamiento de diversos programas sociales entre ellos los relacionados con la salud específicamente en el tema de la diabetes como lo son diabetIMSS ejecutado por el IMSS y MIDE desarrollado por ISSSTE principales programas que tratan a mayor número de derechohabientes en México resulta necesario fortalecer el vínculo entre estas instituciones de salud y la facultad de Trabajo Social a fin de maximizar la mejora en atención pues las múltiples funciones que demanda el quehacer actual en ámbito hospitalario rebasa el número de profesionales. El vínculo continuo beneficiaría la formación de las Trabajadoras Sociales en formación y favorecería el nivel de atención de las instituciones de salud además de que fortalecería el hacer de las Trabajadoras Sociales que laboran en esa área al trabajar en conjunto con estudiantes que cuentan con las herramientas teóricas metodológicas demandadas actualmente.

Desde la propuesta de desarrollo de la línea de investigación en estilos de vida de las personas adultas mayores resulta necesario indagar aspectos desde la perspectiva de género pues los datos obtenidos en el presente trabajo de investigación indican que las mujeres adultas mayores presentan mayor dificultad en el desarrollo de actividades físicas que los adultos mayores hombres, además de que emocionalmente son las adultas mayores quienes presentan mayor afectación en el estado de salud emocional.

Resulta importante también realizar un acercamiento desde la perspectiva cualitativa pues en el análisis de datos realizado aspectos relevantes como la nutrición mostraron no correlacionar con la mejora en estado de salud física y emocional de personas adultas mayores lo cual nos lleva a preguntarnos si el apoyo social o redes sociales con que cuentan las personas les lleva a manifestar mejor estado de salud a pesar de no desarrollar hábitos totalmente saludables, pues si bien la información recabada en esta investigación indica que la actividad física, controlar el consumo de sustancias como alcohol y tabaco y tener buena adherencia al tratamiento se ve reflejada en el estado físico y emocional de las personas a pesar de no desarrollar hábitos de nutrición totalmente saludables.

El incluir instrumentos estandarizados sobre estilos de vida y estado de salud que permitan identificar la situación que presentan los usuarios de nuevo ingreso canalizados al programa diabetIMSS sin duda ayudaría a fortalecer el desarrollo de tratamientos personalizados específicamente dirigidos a las áreas de mejora, con lo cual las metas de control planteadas por el área multidisciplinar de los programas de salud en diabetes serían maximizadas.

Otro de los aspectos relevantes observados durante el transcurso de la presente investigación consiste en la limitante que presenta el área de Trabajo Social de la unidad

médica 46 del IMSS para desarrollar acciones de promoción y prevención directamente hacia la comunidad que no asiste a la institución, ya sea por no ser derechohabiente o por dificultades que les llevan a dejar de asistir.

Por lo cual se propone que mediante el vínculo que actualmente existe entre la Facultad de Trabajo Social Culiacán y la unidad médica familiar 46 del IMSS se desarrollen estrategias de investigación e intervención que logren permear fuera de las instalaciones de la institución de salud y además que vayan enfocadas a la reintegración de los pacientes a programas de diabetes demanda que actualmente la institución de salud 46 del IMSS presenta y que de acuerdo a las Trabajadoras Sociales del programa diabetIMSS cuentan con una meta muy alta de pacientes remisos teniendo dificultades debido a que en múltiples casos se necesita realizar visita domiciliaria para lograr la reinscripción al programa.

REFERENCIAS

- Acosta, F. J. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Acosta, M. L., Bohórquez, M., Duarte, F. E., González, A, y Rodríguez, C.I. (2012).trabajo social en el área de salud. 1-25.
- Acrich, L. (2012). La psicogerontología social y la evaluación de las redes sociales de apoyo. *Ecos*, 2 (1). 17-31.
- Adler, A. (2014). Comprender la vida. Comp. Brett, C. Espasa libros, Editorial Paidós. Barcelona, España. ISBN: 978-84-493-3082-7 (EPUB) versión electrónico.
- Alava, L., Lino, L., & Anchundia, I. A. (2017). Las funciones del trabajador social en el campo de salud. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (4) 1-15.
- Alby, J. C. (2004). La concepción antropológica de la medicina hipocrática. *Enfoques: revista de la Universidad Adventista del Plata*, 16(1), 5-30.
- Alfaro, N., Carothers, M., & González, Y. (2006). Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en salud*, 8, 1-7.
- Alonso J, Prieto L., & Anto J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*; 104:771-6.
- Alonso, J. (2003) Cuestionario de salud Sf-36 versión española de Sf-36 v2, estándar Health Suervey. 1-66.
- Alorda, M. B., Squillace, C., Álvarez, P., Kassis, S., Mazzeo, M., Salas, G., & Torresani, M. E. (2015). Cumplimiento del tratamiento farmacológico en mujeres adultas con hipotiroidismo primario. *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*, 52(2), 66-72.
- Álvarez Bogantes, C. (2015). Factores que influyen un estilo de vida sedentario en las estudiantes de cuarto ciclo de los colegios públicos. *MHSalud*, 12(1).

- Álvarez, L. S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 95-101.
- Aragón, R., Meraz, M., & Trujillo, B. D. (2015). Encuesta de Salud SF-36: Validación en Tres Contextos Culturales de México.
- Arita, B. (2006). Síndrome de burnout. México: Creativos 7 editorial.
- Arredondo, A., & De Icaza, E. (2011). Costos de la diabetes en América Latina: evidencias del Caso Mexicano. *Value in health*, 14(5), 85-88.
- Astudillo, M. P. A., González, M. S. L., Sigüenza, D. V. L., & Reyes, F. C. M. (2016). Adherencia a la Terapéutica Farmacológica en Pacientes con Hipertensión Arterial. *Revista Médica HJCA*, 8(1), 8-13.
- Avecillas, D. X., & Lozano, C. P. (2016). Medición de la confiabilidad del aprendizaje del programa RStudio Mediante Alfa de Cronbach. *Revista Politécnica*, 37(1), 68.
- Balcázar, P., Gurrola, G., Bonilla, M., Colín, H., & Esquivel, E. (2008). Estilo de vida en personas adultas con diabetes. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6, 147-158.
- Bauman, Z. (2002). Modernidad líquida (trad. de M. Rosenberg). *FCE, Buenos Aires*.
- Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. Fondo de cultura económica, México.
- Benavides-Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112.
- Bertoldo, P., Ascar, G., Campana, &, Martín, T., Moretti, M., & Tiscornia, L. (2013). Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Farmacia*, 47(4), 468-474.
- Bisquerra, R., & Pérez-Escoda, N. (2015). ¿Pueden las escalas Likert aumentar en sensibilidad?. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 2015, vol. 8, num. 2, p. 129-147.
- Bourdieu, P. (2002). El habitus y el espacio de los estilos de vida en La distinción. Criterio y bases sociales del gusto. *Taurus* 169 – 222.

- Buendía, L., Colás, P. & Hernández, F. (1998). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bunge, M. (2014). *La ciencia, su método y su filosofía*. Sudamericana.
- Cabot, R. C. (1915). *Informe del Presidente del Comité de Salud, Conferencia Nacional de Obras Benéficas y Corrección*. Baltimore.
- Cámara de diputados (1984) Ley General de Salud. Última reforma 2017.
http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Cámara de diputados (2017) Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. En <http://www.transparenciasinaloa.gob.mx/images/stories/ARCHIVOS%20PUBLICOS/Leyes%20Estatales%20Actuales/ley%20salud.pdf>
- Cantú Martínez, P. C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (27).
- Carreón, J. (2015). Compromiso laboral del trabajo social en el sector salud. *Contaduría y administración*, 60(1), 31-51.
- Carta de Ottawa. (1986). Promoción de la salud. (Parte determinantes) *.Elaborada en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, 1-4.
- Colegio Norteamericano de Cardiología (2013). Diabetes: Cómo el consumo de alcohol afecta esta enfermedad. 1-2.
<https://www.cardiosmart.org/~media/Documents/Fact%20Sheets/es-US/zp3930.pdf>
- Cockerham, W. C. (2007). New directions in health lifestyle research (Nuevas direcciones en la investigación del estilo de vida de la salud). *International Journal of Public Health*, 52(6), 327-328.
- Consejo Nacional de Población (2013). La situación demográfica de México. 1-194.
- Corcufo, P. (1998). Las nuevas sociologías. Construcciones de la realidad social. *Alianza Editorial*.
- Crespo-Salgado, J. J., Delgado-Martín, J. L., Blanco-Iglesias, O., & Aldecoa-Landesa, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria*, 47(3), 175-183.

- Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53, 220-232.
- De la Cruz, E., & Ortega, J. P. (2007). Estilo de vida relacionado con la salud 1-9. Universidad de Murcia.
- Erikson, E.H. (1985) The life cycle completed. New York: Norton.
- Entralgo, L. (1972). Historia Universal de la Medicina, Madrid, Edición digital diabetes.
- Entralgo, L. (1978). Historia de la medicina. Masson. 1-722.
- Entralgo, L. P. (1986): Historia de la medicina. Barcelona: Salvat.
- Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México: secretaria de salud, 2014. En http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf
- Federación Internacional de Diabetes (FID). (2013). Atlas de la Diabetes de la FID, 6ta edición, 1 - 162.
- Federación Internacional de Diabetes (2015). Atlas de la diabetes, 7th edición. 1-144.
- Federación Internacional de Diabetes (2017). Atlas de la diabetes, 8va edición. 1-150.
- Federación Internacional de Trabajo social (2014). Definición global del Trabajo social. 1-6.
- Ferrer V.A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev Psicol Salud*; 7(1):35-61
- Figuroa-Suárez, M. E., Cruz-Toledo, J. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Lagunes-Espinosa, A. L., Jiménez-Luna, J., & Rodríguez-Moctezuma, J. R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta médica de México*, 150(1), 29-34.
- Fuentes-Facundo, L.A., Lara-Loya, M. & Rangel. Vega, G. (2004). Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2. *Rev Enferm IMSS*, 12(2), 79-82.

- Fraga, A. B. (2016). El sedentarismo es... *Saúde e Sociedade*, 25, 716-720.
- García-Valdecasas, F. (1991). La Teoría de los cuatro humores (o como sanaba la medicina antigua). *Medicina e historia*, (36), 1-16.
- Galeana de la O., S. (2004). Campos de acción del trabajo social. En S. R. Manuel, Manual de Trabajo social, 139-158. México, D.F.: UNAM- Plaza y Valdes.
- Gómez-Aguilar, P. I.S., Yam-Sosa, A. V., & Martín-Pavón, M. J. (2010). Estilo de vida y hemoglobina glucosilada en la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enf IMSS*, 18(2), 81-88.
- Gómez-Aguilar P.I.S., Ávila Sansores GM., Candila Celis J.A. (2012). Estilo de Vida y Control Metabólico en personas con Diabetes Tipo 2, Yucatán, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2012;20(3):123-129.
- Guerrero, L., & León Salazar, A. R. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48), 13-19.
- Guerrero Montoya, L. R., & León Salazar, A. R. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48).
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). Compliance in health care (cumplimiento en el cuidado de la salud).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). Programa institucional de prevención y atención al paciente diabético. Educación en diabetes. 1-129. Recuperado de: <https://segundoepifesz.files.wordpress.com/2014/01/programa-de-educacion-en-diabetes-diabetimss.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). Guía técnica para otorgar atención médica en el módulo diabetIMSS a derecho habientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en unidades de medicina familiar. 1-52.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). Brinda diabetIMSS atención multidisciplinaria y acciones preventivas a derechohabientes. N0.117 México DF. Comunicado.

- Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Guía Adultos mayores y Promoción de la salud. Seguridad y solidaridad social. 1-131.
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/2018/guia-salud-adulto-mayor-2018.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Encuesta nacional de la dinámica demográfica.1-32.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Estadísticas a propósito del día mundial de la población (11 de julio) datos nacionales. 1-10.
- Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (2013). Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) lineamientos 2014.
- Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (2016). ISSSTE fortalece su programa para la atención a diabéticos y lo amplía a todo el país. Recuperado de:
<http://www.gob.mx/issste/prensa/issste-fortalece-su-programa-para-la-atencion-a-diabeticos-y-lo-amplia-a-todo-el-pais>.
- Ikeda, Y., Suehiro, T., Takamatsu, K., Yamashita, H., Tamura, T., & Hashimoto, K. (1997). Efecto del tabaquismo sobre la prevalencia de albuminuria en hombres japoneses con diabetes mellitus no insulino dependiente. *Diabetes Res Clin Pract.*, 36, 57-61.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1). 70-79.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social*. Sites/Lumen. 1-166.
- Klein, R., Klein, B., & Moss, S. (1992). Epidemiología de la retinopatía proliferativa de la diabetes. *Diabetes Care.*, 15, 1875-1891.
- Lalonde, M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians (una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses). *Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada*, 1-77.

- León, M. A., Araujo, G. J., & Linos, Z. Z. (2013). Eficacia del programa de educación en diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(1), 74-79.
- Licea, M. & Carvajal Alfonso M. (1981). *Antes de la insulina: Breve historia de la enfermedad del dulce*. *Rev. Control*, 3, 24-7.
- Llor, B; Abad, M. A; García, M; & Nieto, J. (1995) *Ciencias Psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.
- López-Carmona, J., Ariza-Andraca, C, Rodríguez-Moctezuma, J., & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 45(4), 259-267.
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud pública de México*, 53, 26-33.
- Martínez-Hernández, L. E., Segura-Méndez, N. H., Antonio-Ocampo, A., Torres-Salazar, A., & Murillo-Gómez, E. (2010). Validación del cuestionario SF-36 en pacientes adultos con asma y rinitis alérgica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5).
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613-619.
- Martínez, J; & Murayama, C. (2016). *El sistema de atención a la salud en México*. 19-98.
- Montejo-Briceño, M. (2009). *Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social: correlación con el modelo de Wallston*. (Tesis de Maestría en Salud Pública). Universidad Veracruzana / Instituto de Salud Pública. Xalapa de Enríquez, Ver., México.

- Montes De Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. Renglones, 1-24.
- Organización Mundial de la Salud (1959) Aspectos de la salud pública en los ancianos y en la población.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*.1-86.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. En:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 1-58.
- Organización Mundial de la Salud (2013).Nota descriptiva. Disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 1-282. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). Envejecimiento y salud. Notas descriptivas.
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Obesidad y sobrepeso. Notas descriptivas
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Ortego, M, C., López, S & Álvarez, M. (2004). La Adherencia al Tratamiento. Curso en línea de la Universidad de Cantabria, España.
- Pate, R., O'Neill, J. y Lobelo, F. (2008). The evolving definition of “sedentary.” *Exercise and Sports Sciences Reviews*, 36(4), 173-178.
- Pérez, E. R., & Medrano, L. A. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 2(1), 58-66.

- Pérez, Z. M., Acuña, V. R., & Serrano, A. M. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte sanitario*, 14(1), 14-20.
- Reyes-Lagunés, I., & García, & Barragán, L. F. (2008). *Hacia un procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante*. La Psicología Social en México XII. 625-630. México: AMEPSO.
- Ritzer, G., Rodríguez, M. T. C., & Barbado, A. A. (2001). *Teoría sociológica clásica*. McGraw-Hill.
- Rodríguez, A. & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista EAN*, (82), 179-200.
- Rodríguez, J. & García, J. (1995). Estilo de vida y salud. En: Latorre, JM, editor. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid, Síntesis.
- Ruiz-Arregui, L., & Pérez-Lizaur, A. B. (2010). Nutrición y diabetes en el anciano. *Revista de investigación clínica*, 62(4), 350-356.
- Salinas-Martínez, F., Cocca, A., Mohamed, K., & Viciano-Ramírez, J. (2010). Actividad física y sedentarismo: repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores. *Retos. Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación*, (17).
- Salord, S. G. (1998). *Especificidad y rol en trabajo social: curriculum, saber, formación*. Ed. Lumen-Humanitas.
- Salkind, N. (1999). Medición del Comportamiento. Métodos de investigación. 111-132.
- Sánchez, M. (2015). Metodología de investigación en pedagogía social (avance cualitativo y modelos mixtos). *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (26), 21-34.
- Sánchez, R. A. (2015). T-Student: Usos y abusos. *Revista mexicana de cardiología*, 26(1), 59-61.
- Sandoval, J. C. (2009). Asociación entre variables: correlación no paramétrica. *Acta Médica Costarricense ISSN 0001-6012*, 52(6).
- Solano, S., Granda, J., García-Tenorio, a., & Vaquero, P. (2009). Efectos nocivos del tabaco sobre la salud. Utilización de la patología del tabaco como factor de

- motivación en fumadores enfermos. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. 24-53.
- Soler-Lanagrán, A., & Castañeda-Vázquez, C. (2017). Estilo de vida sedentario y consecuencias en la salud de los niños. Una revisión sobre el estado de la cuestión. *Journal of Sport and Health Research*, 9(2), 187-198.
- Sowers, J. (1998). Diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular en mujeres. *Arch Intern Med.* (158) 617-621.
- Tello, N., & Ornelas, A. (2015). *Estrategias y modelos de intervención en trabajo social*. Estudios de Opinión y participación Social AC.
- Tirado, J. (2016). Atención a diabetes, con más presupuesto que PGR o la Marina. El Financiero. Disponible en: <http://www.elfinanciero.com.mx/nacional/atencion-a-diabetes-con-mas-presupuesto-que-pgr-o-la-marina.html>
- Tolosa, A., Candiotti, M. & D' Alessandro, M. (2012). Relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2 de la ciudad de Santa Fe, Argentina. *Actualización en Nutrición*, 13(3), 170-175.
- Tomyn, A. J., & Cummins, R. A. (2011). The subjective wellbeing of high-school students: Validating the Personal Wellbeing Index—School Children. *Social Indicators Research* 101, 405–418.
- Veliz, R., Ceballos, V. P., Valenzuela, S. S., & Sanhueza, A. O. (2012). Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index de Enfermería*, 21(4), 224-228.
- Villanueva-Meyer, M.D. (2015). Thomas Willis (1621-1675) pionero de las neurociencias de vigencia universal. *Galenus* 23. 23 (2), 52-53.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135-150.

- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). (La encuesta de salud de formato corto MOS de 36 ítems). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 30:473-83.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Dewey, J.E. (2000). How to score version 2 of the SF-36 Health Survey (Cómo calificar la versión 2 de la encuesta de salud SF-36). Lincoln RI: Quality Metric Incorporated.
- Weber, M. (1944). *Economía y sociedad; esbozo de sociología comprensiva*. Fondo de Cultura Económica.
- World Health Organization (Organization Mundial de la Salud) (1986). Life styles and Health (estilos de vida y salud). *Magazine Social Science and Medicine*, 22 (2): 117-124.
- Wong, C. (2012). Estilos de vida. Ciencias médicas. Fase I, área de salud pública. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1-4.
- Zubizarreta, M., Mezquita, M., García, J., & Ferrero, M. (2017). Tabaco y diabetes: relevancia clínica y abordaje de la deshabitación tabáquica en pacientes con diabetes. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(4), 221-231.
- Zúñiga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*, 41, 110-118.

ANEXOS:

Carta de consentimiento de participación. Estilos de vida de adultos mayores con diabetes tipo 2.

Estimado(a) participante:

Con la presente carta se le informa sobre las características y procedimientos que se seguirán en el estudio sobre estilos de vida, cuyo título aparece arriba. El estudio consistirá en una tarea simple en que los participantes responderán dos encuestas sobre estilos de vida y salud. Este procedimiento no excederá más de 25 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria y si decide no participar o quiere desistir de continuar en cualquier momento, tiene absoluta libertad de hacerlo. Además, se mantendrá de forma confidencial su identidad en el más riguroso sigilo. Las conclusiones generales del estudio podrán ser utilizados para publicaciones en alguna revista científica, presentaciones en congresos científicos o propuestas de intervención.

Esta carta será archivada con permiso de acceso solo para el investigador principal o personal autorizado de la Coordinación General de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS).

Declaro que consiento en participar de este estudio.

Nombre y firma del participante

Lugar y Fecha

Instrumento Para Medir Estilos de Vida en Diabetes

Instrucciones: Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses.

Elija solo una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida. Por favor responda a todas las preguntas.

1-¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Casi todos los días	Algunos días	Muy raramente	Casi nunca
2-¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Casi todos los días	Algunos días	Muy raramente	Casi nunca
3-¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3	4	5 o más
4-¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 8	Más de 8
5-¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
6-¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
7-¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
8-¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
9-¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
10- ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar, correr o algún otro)	4 veces o más por semana	3 veces por semana	2 veces por semana	1 vez por semana	Casi nunca
11-¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Muy raramente	Casi nunca
12-¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Llamar a familiares o amigos	Trabajos en casa	Ver televisión	Dormir

13-¿Fuma?	No fumo	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Fumo a diario
14-¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	De 1 a 2 cigarrillos	De 3 a 4 cigarrillos	5 cigarrillos	6 cigarrillos o más.
15-¿Bebe alcohol?	Nunca	Casi nunca	Rara vez	1 vez a la semana	2 veces o más por semana
16-¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 bebida	2 bebidas	3 bebidas	Más de 3 bebidas
17-¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	5 o más	4 pláticas	3 pláticas	1 a 2 pláticas	ninguna
18-¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Muy raramente	Casi nunca
19-¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
20-¿Se siente triste?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21-¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
22-¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Muy raramente	Casi nunca
23-¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Muy raramente	Casi nunca
24-¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?	Casi nunca	Muy raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
25-¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Muy raramente	Casi nunca

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹ Excelente	<input type="checkbox"/> ² Muy buena	<input type="checkbox"/> ³ Buena	<input type="checkbox"/> ⁴ Regular	<input type="checkbox"/> ⁵ Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ¹	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ²	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ³	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁴	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁵
--	---	--	--	---

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Guía entrevista semiestructurada a Trabajo Social

Dimensión formativa	¿Puede contarme sobre su proceso de formación académica?
Rol que desempeña en la institución de salud	<p>¿Qué funciones desempeña actualmente en la institución de salud?</p> <p>¿Cuál es su función en el programa de diabetes? ¿Cuánto tiempo lleva realizando ese rol en la institución?</p> <p>¿Sigue algún protocolo de acción? ¿Cómo es?</p>
Actuación con la comunidad	<p>¿Cuáles son las acciones que desarrolla con la comunidad?</p> <p>¿Qué actividades desarrolla con la comunidad referente a la diabetes?</p>
Problemáticas que aborda	¿Cuáles son las principales demandas de los usuarios de la institución?
Educación continua	¿Actualmente cómo se entera sobre aspectos novedosos con relación a la diabetes?
Propuesta de mejora	¿Qué sugiere realizar para mejora del programa amd2?

Tabla 25. Clasificación estilos de vida para dimensión función física de salud

IMEVID	SF-36	mala	regular	buena	excelente
Estilo de vida no saludable					
Estilo de vida poco saludable		1%			
Estilo de vida regular		9%	14%	7%	16%
Estilo de vida bueno		6%	10%	16%	21%
Total		16%	24%	23%	37%

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos empleados en la investigación.

Tabla 26. Clasificación estilos de vida para dimensión rol físico de salud

IMEVID	SF-36	Mala	regular	buena	Excelente
Estilo de vida no saludable					
Estilo de vida poco saludable		1%			
Estilo de vida regular		25%	4%	5%	12%
Estilo de vida bueno		15%	9%	5%	24%
Total n=100		40%	14%	10%	36%

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos empleados en la investigación.

Tabla 27. Clasificación estilos de vida para dimensión dolor corporal de salud

IMEVID	SF-36	Mala	regular	buena	Excelente
Estilo de vida no saludable					
Estilo de vida poco saludable		1%			
Estilo de vida regular		7%	10%	19%	10%
Estilo de vida bueno		7%	8%	19%	19%
Total n=100		15%	18%	38%	29%

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos empleados en la investigación.

Tabla 28. Clasificación estilos de vida para dimensión salud general del Sf-36

IMEVID	SF-36	mala	regular	Buena	Excelente
Estilo de vida no saludable					
Estilo de vida poco saludable		1%			
Estilo de vida regular		3%	19%	16%	8%
Estilo de vida bueno		1%	13%	23%	16%
Total n=100		5%	32%	39%	24%

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos empleados en la investigación.

Tabla 29. Clasificación estilos de vida para la dimensión rol emocional de salud

IMEVID	SF-36	Mala	regular	Buena	Excelente
Estilo de vida no saludable					
Estilo de vida poco saludable		1%			
Estilo de vida regular		20%	2%	3%	21%
Estilo de vida bueno		11%	7%	5%	30%
Total n=100		32%	9%	8%	51%

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos empleados en la investigación.

Tabla 30. Clasificación general entre estilos de vida y estado de salud física

IMEVID	SF-36 clasificación salud	mala	regular	buena	Excelente
Estilo de vida no saludable					
Estilo de vida poco saludable		1%			
Estilo de vida regular		11%	11.75%	11.75%	11.50%
Estilo de vida bueno		7.25%	10%	15.75%	20%
Total n=100		19.25%	21.75%	27.50%	31.50%

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos empleados en la investigación.

Tabla 31. Clasificación general entre estilos de vida y estado de salud emocional

IMEVID	SF-36 clasificación salud	mala	regular	buena	excelente
Estilo de vida no saludable					
Estilo de vida poco saludable		1%			
Estilo de vida regular		20%	2%	3%	21%
Estilo de vida bueno		11%	7%	5%	30%
Total n=100		32%	9%	8%	51%

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos empleados en la investigación.