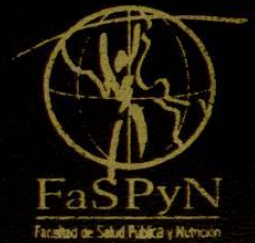




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA



TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

TERCERA Y CUARTA EDAD
ESTADO NUTRICIO / ACTIVIDADES COTIDIANAS
E HISTORIAS DE VIDA EN EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 1997

Autor:

DR. FRANCISCO LUNA PACHECO

Monterrey, N.L., Diciembre de 1997

TM
TX361
.A3
L8
1997
e.1

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ECONOMÍA DE ESPAÑA EN EL SIGLO XXI



1080098228



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
 FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA



Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP.
 Subdirector de Estudios de Posgrado de la
 Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL.
 Presenta

TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

Me permito informarle que he concluido mi proceso de la tesis titulada
 "Tercera y cuarta edad. Estado nutricional/actividades cotidianas e
 historias de vida en el periodo de agosto a octubre de 1997 en el área de Salud
 Pública y Nutrición de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL".
 La misma ha sido sometida al Comité de Tesis para su revisión y aprobación.

TERCERA Y CUARTA EDAD
 ESTADO NUTRICIO /ACTIVIDADES COTIDIANAS
 E HISTORIAS DE VIDA EN EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 1997

Sin otro particular, me es grato extender la presente.

Atentamente,

Autor:

DR. FRANCISCO LUNA PACHECO

Dr. Ntra. Leticia Ma. Hernández Arizpa, MSP.
 Admite



Monterrey, N.L., Diciembre de 1997

TX361
A3
L8
1997



Monterrey, N.L., Octubre de 1997.

Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP.
Subdirector de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL
P r e s e n t e . -

Me permito informarle que he concluído mi asesoría de la tesis titulada **"Tercera y cuarta edad: Estado nutricio/actividades cotidianas e historias de vida"**, para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria, a fin de que sea turnada al Comité de Tesis para su revisión y aprobación.

Sin otro particular, me es grato extender la presente.

Atentamente,



Lic. Nut. Leticia Ma. Hernández Arizpe, MSP.
Asesor.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

— APROBADO —

la tesis titulada "**Tercera y cuarta edad: Estado nutricional/actividades cotidianas e historias de vida**", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria.

Atentamente,
Monterrey, N.L., 11 de nov de 19 92
"Alere Flammam Veritatis"


Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP.
Miembro del Comité de Tesis



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

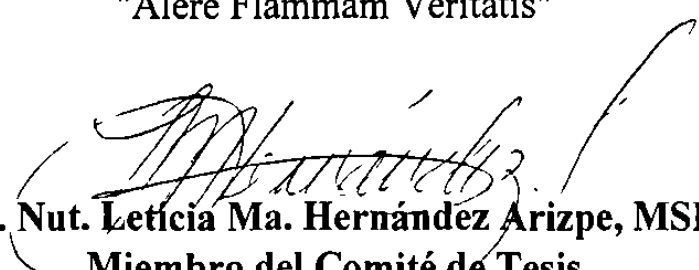
ARIZPE

la tesis titulada "**Tercera y cuarta edad: Estado nutricional/actividades cotidianas e historias de vida**", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria.

Atentamente,

Monterrey, N.L., 28 de noviembre de 19 97.

"Alere Flammam Veritatis"


Lic. Nut. Leticia Ma. Hernández Arizpe, MSP.
Miembro del Comité de Tesis



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

APRUEBO

la tesis titulada **"Tercera y cuarta edad: Estado nutricional/actividades cotidianas e historias de vida"**, con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria.

Atentamente,

Monterrey, N.L., 28 de Noviembre de 1997.

"Alere Flammam Veritatis"

Lic. Nut. Ma. Dolores Treviño de Maldonado, MSP.
Miembro del Comité de Tesis

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

TESIS DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

“TERCERA Y CUARTA EDAD ESTADO NUTRICIO / ACTIVIDADES
COTIDIANAS E HISTORIAS DE VIDA EN EL PERÍODO DE AGOSTO A
OCTUBRE DE 1997.

Autor:

DR. FRANCISCO LUNA PACHECO

Monterrey, N. L. Diciembre de 1997

Asesor : Lic en Nut Leticia María Hernández Arizpe.MSP

Consultor : Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña.MSP

AUTOR

LUNA PACHECO FRANCISCO. DR

RESUMEN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TERCERA Y CUARTA EDAD: ESTADO NUTRICIO/ACTIVIDADES COTIDIANAS E HISTORIAS DE VIDA EN EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 1997

Lic. en Nut. Leticia Ma. Hernández Arizpe, MSP
ASESORA

Luna Pacheco, Francisco, Dr.

RESÚMEN

El **Objetivo** del estudio fue cualificar la repercusión que tienen las historias de vida sobre el estado nutricional y actividades cotidianas en un grupo de ancianos de la tercera y cuarta edad de la ciudad de Guadalupe, Zacatecas, México. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio de tipo censal, cualicuantitativo, transversal y descriptivo en 40 sujetos mayores de 60 años registrados como miembros del Centro de Integración Social del Hospital General de la Cd. de Guadalupe, Zac. Se utilizaron protocolos de estandarización para registrar sus características antropométricas, así como el Índice de Katz para el registro de las actividades cotidianas, se realizaron entrevistas a profundidad a través de la técnica por saturación (bola de nieve) para la recopilación de las historias de vida de los sujetos de la investigación. Para analizar los datos se utilizaron pruebas estadísticas de correlación, análisis de varianza-covarianza, así como de t de Student. Los niveles de significancia utilizados para las diferentes pruebas fueron de $p < 0.05$ y $p < 0.010$. **Resultados.** Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre talla y peso con respecto a la edad y sexo de la población estudiada ($p < 0.05$), del mismo modo entre las actividades cotidianas e ir al retrete y la movilidad en relación a la edad, y la total dependencia y la edad ($p < 0.05$). Así mismo, la historia de vida es cualitativamente determinante del estado nutricional. **Conclusiones.** La edad y las historias de vida impactan de manera significativa con el grado de dependencia para la realización de las actividades cotidianas en las personas ancianas. Así mismo, la ausencia de un programa de vigilancia epidemiológica para edades avanzadas, propicia el incremento y propensión a las incapacidades; producto de enfermedades invalidantes en los ancianos, las cuales, pueden actuar como determinantes en el desarrollo histórico-social de los individuos. Es por esto que se debe pugnar por un cambio de actitud hacia el cuidado y tratamiento de este grupo de riesgo.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS

Por haberme brindado el valioso don de la vida

A mis Hijos

Que son el motivo y motor de mi vida.

A mis amigos

En especial a los CD Alfredo Salazar de Santiago.

Y CD Rafael Alberto Salinas Enríquez.

A toda mi familia

Por compartir los mejores momentos de mi vida.

A mis Padres.

Don Francisco Luna Rodríguez y Sra. Celia P de Luna.

por que siempre han creído en mi.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN	11
I.- EL PROBLEMA A INVESTIGAR	18
1.- Delimitación del problema	
2.- Justificación	
3.- Objetivos	
II.- MARCO TEÓRICO	26
1.- Los costos de la atención a la salud.	
2.- La atención a la salud en el adulto mayor	
3.- Modelos de atención	
4.- Evaluación nutricional	
5.- Historias de vida	
6.- Reflexiones sobre el uso de historias de vida	
7.- El empleo epidemiológico de las historias de vida	
HIPÓTESIS	55
1.- Desarrollo	
2.- Estructura	
3.- Operacionalización	
IV DISEÑO	59
1.- Metodológico	
1.1 Tipo de estudio	
1.2 Unidades de observación	
1.3 Temporalidad	
1.4 Ubicación espacial	
1.5 Criterios de inclusión, exclusión.	
2.- Estadístico	
2.1 Marco muestral	
2.2 Tamaño muestral	
2.3 Tipo de muestreo	
2.4 Propuesta de análisis estadístico	
3.- Calendarización	
V MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	62
VI RESULTADOS.	66

VII ANÁLISIS DE RESULTADOS	67
VIII CONCLUSIONES	107
IX SUGERENCIAS	109
X BIBLIOGRAFÍA	110
XI ANEXOS	115
Definición de términos y conceptos	

Índice de cuadros

CUADRO # 1

Edad promedio por sexo de las personas de la tercera y cuarta edad del Centro de Integración social del Hospital general de la CD de Guadalupe Zacatecas

CUADRO # 2

Valores promedio de las variables antropométricas Peso y talla por sexo de las personas de tercera y cuarta edad del Centro de integración Social del Hospital General de la CD de Guadalupe Zacatecas.

CUADRO # 3

Correlación entre edad y actividades cotidianas y dependencia para las actividades cotidianas del grupo de individuos de la tercera y cuarta edad del Centro de Integración Social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zacatecas.

CUADRO # 4

Correlación entre variables antropométricas de peso y talla con respecto a las actividades cotidianas de un grupo de personas de la tercera y cuarta edad del Centro de Integración social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zacatecas.

CUADRO # 5

Correlación entre las diferentes actividades cotidianas de un grupo de personas de la tercera y cuarta edad del grupo de integración social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zacatecas.

Cuadro # 6

Edad y Género del grupo de ancianos del Centro de Integración social del Hospital General de la CD de Guadalupe Zac.

CUADRO # 7

Estado civil y Género del grupo de ancianos del Centro de Integración social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zac.

CUADRO # 8

Años de residencia en la Cd de Guadalupe Zacatecas por Género del grupo de ancianos del Centro de Integración social del Hospital General de la CD de Guadalupe, Zacatecas.

Cuadro # 9

Actividades cotidianas y dependencia del grupo de ancianos del Centro de Integración social del Hospital Civil de la Cd de Guadalupe Zacatecas 1997.

CUADRO # 10

Escolaridad y género del grupo de ancianos del Centro de Recreación social del Hospital General de la CD de Guadalupe Zac 1997

***Usted se transfigura,
ama casi hasta el colmo,
logra sentirse eterno
de tanto y tanto asombro,
pero las esperanzas
no llegan al otoño
y el corazón profeta
se convierte en escombros....***

M Benedetti.

INTRODUCCIÓN

Generalmente la investigación en salud es realizada por expertos que desarrollan su trabajo distanciados de los sujetos que constituyen su objeto de estudio; al parecer con la intención de evitar que la empatía "contamine" el proceso de información obtenida.

De la misma manera las poblaciones estudiadas son utilizadas únicamente como fuentes de datos que no tienen por qué conocer los objetivos ni los procedimientos, ni los resultados de las investigaciones. Esto propicia, que al momento de querer implementar formas de solución a los problemas encontrados, estos no sea entendidas ni aceptadas por la comunidad.¹

Así pues, si lo que se pretende es dar solución a los problemas de una colectividad, lo primero que debe hacerse es lograr que esa colectividad identifique por ella misma aquella que ya nosotros entendemos, por la formación que se tiene, como problemas.

Se parte del hecho de que la gente solo actúa sobre una problemática cuando por su propio esfuerzo la reconoce como tal, no cuando agentes externos pretenden

¹ Barragán Barrios Verónica Isabel. "La Investigación-acción en Salud Bucal, tres experiencias" Facultad de Odontología Zacatecas Zac. México 1997.pag 8-17.

hacércelas ver, igualmente, la población pone en práctica formas de solución cuando está convencida de la necesidad de resolver lo que siente como problema.

Una forma de conseguir esto es efectuar investigación a través de métodos intensivos de acción, el cual se "circunscribe a un grupo social y su desarrollo se dirige a la solución de problemas identificados por el grupo. Identificar problemas, la recolección sistemática de datos, la interpretación consensual de los mismos y la aplicación de los resultados de la investigación implican un compromiso colectivo²

Una nota sobre el método empleado en la presente investigación.

La Investigación-acción se inscribe dentro de los métodos cualitativos de investigación, específicamente de los de carácter participativo. Por tanto, su orientación y forma de proceder corresponde a los lineamientos definidos para esos métodos. En virtud de ello se presenta una breve caracterización de los métodos aludidos como consideraciones de tipo general, así como particularidades de los mismos.

² Barabtarlo, Anita. "El Método de la Investigación-Acción" ediciones del CISE-UNAM. Serie sobre la Universidad. No 6 México 1992.p 47.

1) Consideraciones generales.

Los métodos cualitativos se basan, afirma Blumer³ en tres premisas fundamentales. La primera señala *que las personas actúan respecto de las cosas y de las otras personas, sobre la base de los significados que estas tienen para ellas*,. De modo que no responden simplemente a estímulos o exteriorizan guiones culturales.

La segunda premisa apunta que *el significado que tiene una cosa para una persona, se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan sobre esa cosa*. Es decir, una persona aprende de las demás personas a ver el mundo.

Por último, la tercera premisa afirma que *los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a ellos mismos a través de un proceso de interpretación*. Este proceso actúa como intermediario entre los significados y las predisposiciones a actuar de cierto modo y de la acción misma. Son pues sus interpretaciones y definiciones de la situación lo que determina su acción.

³ Blumer, Herbert." Análisis de los procesos de interpretación de la vida cotidiana" citado por Taylor .Steve j y Bogdan , Robert." Introducción a los métodos cualitativos en Investigación .De paidós Argentina 1990. P. 24

Son entonces estas premisas las que definen el accionar del investigador y las que determinan las características de los métodos cualitativos de investigación, ellas son, según Taylor y Bogdan,⁴ las siguientes:

La investigación cualitativa es Inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, interacciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. En los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible. Comienzan sus estudios con interrogantes solo vagamente formuladas.

En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; Las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.

Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismo causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Es decir, que interactúan con los informarse de un modo natural y no intrusivo.

⁴ Taylor, Steve j y Bogdan, Roberto. Op cit p 20 y 55.

Tratan de no desentonar en la estructura y siguen en el modelo de una conversación normal, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, Los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para comprender como ven las cosas.

El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas o predisposiciones , ve las cosas como si estas ocurrieran por primera vez, nada se da por sobrentendido, todo es un tema de investigación.

Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas, Este investigador no busca la " verdad " o la " moralidad " sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todas se las ve como iguales. Así, la perspectiva del delincuente juvenil es tan importante como la del juez o consejero, la del paranoide , tanto como la del siquíatra.

Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez de su investigación. Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico.

Están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas, hablar sobre lo que tienen en mente y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social.

El investigador cualitativo es alentado a crear su propio método. Se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador, nunca es el investigador el esclavo de un procedimiento técnico.

Esto no significa decir que a los investigadores cualitativos no les preocupa la precisión de los datos. Un estudio cualitativo no es un análisis impresionista, informal, basado en una mirada superficial a un escenario o a personas .

Es una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados.

La investigación epidemiológica aborda un objeto complejo multidimensional y contradictorio. A este corresponden los procesos determinantes de la salud colectiva de varios dominios.

Desde el punto de vista epidemiológico, el movimiento de la reproducción social ocurre por un sistema de contradicciones entre procesos saludables y procesos constructivos que en su unidad y oposición condicionan el desarrollo de las contradicciones de la cotidianidad por la mediación de estos últimos, se desarrollan las contradicciones de los geno-fenotipos humanos donde se expresan los procesos de la salud (vida) y los del deterioro (envejecimiento).

El presente proyecto de tesis propone el abordar esta problemática a través de la puesta en uso de instrumentos de observación epidemiológica como las ancestralmente controvertidas técnicas cualitativas de carácter intensivo (historias de vida) las cuales constituyen una herramienta valiosa si se las usa de manera crítica y a la luz de la perspectiva histórica.

Ahora bien, se sabe que en México los impactos de las transiciones demográfica y epidemiológica, han propiciado que el grupo de sujetos de 65 años y más se incremente en números absolutos y porcentuales

De esta forma se proyecta que las cifras del año de 1990, de 3.1 millones de personas de la tercera y cuarta edad comprendiendo el 3.7 % de la población, sean 15.2 millones y 11.7 % para el año de 2030. La información existente señala que las condiciones nutricionales y la discapacidad funcional para las actividades de la vida diaria en los ancianos tienen incidencias mayores a partir de los 75 años y que estas son más tempranas en la población femenina.

1. EL PROBLEMA A INVESTIGAR

Delimitación del problema de investigación

En tanto que la mayoría de los ancianos mexicanos constituyen un grupo de población particularmente pobre, que vive en condiciones totalmente desventajosas en relación a los otros sectores demográficos, lo que lo convierte en un grupo especialmente vulnerable de la sociedad, en nuestro país es reducida la investigación que vincula los campos de la gerontología y la nutrición, ambas ramas de la medicina que estudian tanto el proceso de envejecimiento como los problemas nutricionales y su impacto en la salud, situación que debe propiciar alternativas para menguar tales malestares.

Por otra parte para la interpretación de las Historias de vida a la luz de la epidemiología crítica como propuesta contraria a la epidemiología tradicional propone el empleo de técnicas intensivas de investigación en contrapropuesta al uso de las " encuestas " que son vistas de este paradigma como antishistóricas y antidialécticas porque pretenden captar la realidad social a partir de una fotografía instantánea de los hechos sin problematizarlos de acuerdo a su articulación estructural y al movimiento de la sociedad respectiva ; lo que conlleva al error que es el de despreciar la elaboración teórica y supervalorar la capacidad explicativa de los datos empíricos.

En este sentido, es importante considerar la historia de vida y su repercusión en el binomio estado nutricional/ actividades cotidianas de los ancianos para evaluar su estado de salud general y las condiciones para el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Actualmente existen distintos métodos para valorar el estado de nutrición de los individuos; éstos pueden incluir aspectos clínicos, dietarios, hematológicos, inmunológicos, metabólicos y antropométricos, entre otros.

Particularmente, para evaluar la composición corporal existen técnicas complejas que requieren de alta tecnología, como lo son la hidrodensitometría, las técnicas de dilución, la utilización de potasio marcado y el análisis por bioimpedancia eléctrica. Sin embargo, en el campo de la antropometría, en particular, se cuenta con técnicas simples, prácticas, no invasivas y de bajo costo que solamente requieren de personal entrenado.

Además, proporcionan una estimación cuantitativa satisfactoria de los depósitos de grasa y de masa muscular en el organismo.

En la última década se han publicado diversos estudios que aportan información relacionada con las características antropométricas de grupos de ancianos de diversas partes del mundo.

Es decir, las encuestas no toman en cuenta ni el desarrollo histórico ni los cambios que sufren los sujetos estudiados; además de que consideran que el dato numérico explica las cosas por sí mismo.

Surgen pues, en contraposición a la encuesta, las Historias de vida; para estudiar la determinación de la salud colectiva ; con una comprensión dialéctica de los ordenes biológico y social, concatenando los procesos generales (sociedad, producción, etc.) con los procesos particulares (clases sociales, reproducción, etc) y la esfera de lo singular (individualidad, privado, etc)

Por tal motivo y debido al creciente interés en este grupo social de riesgo se planteo el siguiente problema de investigación:

¿Cual es la relación entre el estado nutricio / actividades cotidianas con las historias de vida de las personas de la tercera y cuarta edad que acuden al grupo de integración social del Hospital General de la Ciudad de Guadalupe Zacatecas México durante los meses de Agosto a Octubre de 1997 ?.

Justificación

El estudio y la atención especializada en pacientes de la tercera y cuarta edad de la vida en México es relativamente reciente, sus orígenes se remontan al Congreso Panamericano de Gerontología efectuado en la CD de México en 1957, y en 1977 se funda la Sociedad Mexicana de Geriatria y Gerontología, y es a partir de 1986 cuando el primer programa de entrenamiento formal arranca en el hospital " Adolfo López Mateos" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).⁶

El cada vez mayor número de personas de la tercera y cuarta edad es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura demográfica mundial. Así, mientras la población general crece a un ritmo de 1.7 % anual, los individuos de 65 años y más experimentan un aumento de 2.5 %. ⁷

Esto último se podría atribuir no solo a una mayor esperanza de vida, sino a los descensos observados en la fecundidad El caso particular de México, plantea un escenario interesante. En 1990 la proporción llegó a ser del orden de 3.7%, y, según estimaciones del Instituto Nacional de Geografía e Informática (I.N.E.G.I.), se calcula que para el año 2030 las personas de la tercera y cuarta edad se aproximarán al 11.7 %.

⁶ Instituto Nacional de la Senectud " La tercera edad en México ". D.F INEGI 1993.

La variación de 8.0 porcentuales en el periodo de 1990-2030 significará, en cifras absolutas, pasar de 3.1 millones a 15.2 millones.

De acuerdo con el contexto anterior la atención de la tercera y cuarta edad cobra especial importancia para la investigación en Salud Pública, ya que conforme este grupo social aumenta, los problemas de salud-enfermedad van transformándose y haciendo más complejo el perfil epidemiológico de éste grupo social.

De hecho, hoy en día, las condiciones sociales, económicas y nutricionales de este grupo social de la población ya plantea un complicado esquema que no solo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades cotidianas y de los aspectos de nutrición.

La mayoría de los ancianos que viven en zonas urbanas y suburbanas están en condiciones adecuadas en relación a sus capacidades cognitivas y son plenamente independientes en sus actividades de la vida diaria.

Sin embargo, a medida que los individuos envejecen acumulan invalideces y enfermedades, por lo que es necesario el mantener una vigilancia epidemiológica en sus aspectos nutricionales y recreativos a este importante grupo de riesgo.

⁷ Organización de la Naciones Unidas. Asamblea Mundial del Envejecimiento. Plan de acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento ; ONU, 1982. Bol 2.

Una proporción sustancial de personas de la tercera edad señalan una regular dependencia de los demás como consecuencia de trastornos crónico-degenerativos.

La proporción de ancianos que requieren ayuda para sus actividades cotidianas aumenta desde un 5% en las edades de 60 a 70 años hasta un 15% en edades de 75 a 80 años y casi un 35% en los mayores de 85 años. Incluso si se conserva su independencia funcional para sus actividades cotidianas el peligro de fragilidad sigue siendo alto. Para las personas independientes de 65 y 70 años, aproximadamente 60% de ellas se caracterizarán por independencia para sus actividades cotidianas; esta proporción disminuye a 40% a partir de los 80 años.⁸

Es conocido el hecho de que en el proceso de envejecimiento ocurren cambios fisiológicos y de la composición corporal. Particularmente, se presentan modificaciones en la proporción y distribución de la masa magra en el organismo y se ha sugerido que existe una asociación importante entre estas alteraciones y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus: todos ellos padecimientos comunes en la tercera y cuarta edad.

⁸ Ortega A. Varela-Moreiras G, Ruiz-Rozo B. " Nutrición y salud en las personas de edad avanzada en Europa Euronot-SENECA. Estudio en España. Rev esp. Geriatr 1993 P 230-242.

En este sentido, es importante considerar la historia de vida y su repercusión en el binomio estado nutricional/actividades cotidianas de los ancianos para evaluar su estado de salud general y las condiciones para el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Actualmente existen distintos métodos para valorar el estado de nutrición de los individuos; éstos pueden incluir aspectos clínicos, dietarios, hematológicos, inmunológicos, metabólicos y antropométricos, entre otros.

Particularmente, para evaluar la composición corporal existen técnicas complejas que requieren de alta tecnología, como lo son la hidrodensitometría, las técnicas de dilución, la utilización de potasio marcado y el análisis por bioimpedancia eléctrica. Sin embargo, en el campo de la antropometría, en particular, se cuenta con técnicas simples, prácticas, no invasivas y de bajo costo que solamente requieren de personal entrenado.

Además, proporcionan una estimación cuantitativa satisfactoria de los depósitos de grasa y de masa muscular en el organismo.

En la última década se han publicado diversos estudios que aportan información relacionada con las características antropométricas de grupos de ancianos de diversas partes del mundo

⁸ Ortega A. Varela-Moreiras G, Ruiz-Rozo B. " Nutrición y salud en las personas de edad avanzada en Europa Euronot-SENECA. Estudio en España. Rev esp. Geriatr 1993 P 230-

OBJETIVOS

Objetivo General

Cualificar la repercusión de las historias de vida en la relación estado nutricio/ actividades cotidianas en las personas de la tercera y cuarta edad.

Objetivos Específicos

- 1.- Estimar los valores antropométricos de los sujetos de estudio
- 2.- Desarrollar entrevistas a profundidad en los sujetos de la investigación
- 3.- Estandarizar las actividades cotidianas a través del Índice de Katz modificado
- 4.- Describir a la luz del marco histórico del grupo y la sociedad los mecanismos de concatenación de la repercusión de las historias de vida y el binomio Estado Nutricio/ Actividades cotidianas.

II. MARCO TEÓRICO

Los costos de la atención a la salud en la población de la tercera edad

En México la población de 60 años y más ascendió en 1990 a casi cinco millones de personas, lo que representa el 6.1% de la población del país. Estos cambios demográficos han traído consigo transformaciones en el perfil epidemiológico que se suman al rezago existente y al repunte de problemas que se consideraban superados. En este sentido, las necesidades de la población mayor de 60 años son un ejemplo claro del complejo reto que enfrentan los servicios de salud, los cuales idealmente deberían anticiparse a las necesidades de atención, o al menos adecuar su respuesta a la atención demandada por este grupo.

Otras características importantes de esta población son: la combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o el agravamiento de procesos patológicos nutricionales preexistentes; la confluencia de varias enfermedades en un mismo individuo, así como las enfermedades crónico-degenerativas, y el aumento de problemas de incapacidad o invalidez. 1

Para dar respuesta a la situación de la salud de los adultos mayores de nuestro País, se hace necesarios estudios que estimen más detalladamente los diferentes problemas que encara este grupo de la población.

Entre otros, es necesario conocer los costos actuales de la atención, la proyección de demanda esperada a corto y mediano plazo, así como el análisis de los distintos modelos de atención probados en otros países.

La atención de la salud en el adulto mayor en México

En México, aunque las diferentes instituciones públicas que componen el sector salud proporcionan atención médica general o de otras especialidades a población de más de 60 años, sólo siete hospitales cuentan con servicios de geriatría. Entre los hospitales de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", el Hospital General "Gustavo Baz Prada", y el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" dan este tipo de atención, dentro de la Seguridad Social, el Centro Médico "La Raza", el Hospital Magdalena de las Salinas, el Hospital "Adolfo López Mateos" y el Hospital de Petróleos Mexicanos, ofrecen estos servicios; como puede verse, todos ellos están localizados en el Área Metropolitana de la Ciudad de México.²

Es importante resaltar que las Instituciones de Salud en México fueron diseñadas para ofrecer atención curativa aguda y no crónica o preventiva, aunque estas últimas constituyen el tipo de atención que los adultos mayores necesitan, demandan y demandarán.

Paradójicamente, se estima que alrededor del 30% de las camas de los hospitales son ocupadas por personas de este grupo de edad, y que se les proporcionan 20% de las consultas. En el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" 28% de las camas se encuentran permanentemente ocupadas por pacientes mayores de 60 años, el tiempo de estancia hospitalaria es mayor al compararlo con el de adultos jóvenes, y el 21% de la consulta externa se da a los ancianos. (op.cit 2)

Un organismo social que requiere ser analizado independientemente es el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), cuyos objetivos son ayudar, atender, proteger y orientar a la población de edad avanzada del País y estudiar los problemas específicos derivados de la vejez para ofrecer soluciones integrales a sus requerimientos y necesidades concretas. El INSEN ha desarrollado una serie de programas de capacitación, tanto para los técnicos y profesionales que laboran en el campo de la salud, como para los mismos ancianos que toman parte en el desarrollo de sus programas. Estos últimos se han agrupado según el servicio que prestan en: económico-sociales, educativos y psicológicos.

En 1992 el INSEN atendió a 347 512 personas de 60 años y más en albergues temporales, casas hogar para ancianos, clubes de la tercera edad, o bien ofreciendo servicios de salud comunitarias. 3

Modelos de Atención

La atención de la salud de los ancianos es una preocupación de muchos países desarrollados desde los años setenta, entre otras cosas por el uso tan amplio que se hace de este servicio y la proporción del gasto en salud que significa. En Estados Unidos de América (E.U.A.) 12.5% de la población de 60 años y más consume un tercio del presupuesto destinado a la atención a la salud. En Dinamarca es el 25% y en Holanda el 19.2% del presupuesto para la salud se destina a la atención de la población de 65 años y más.

Esta problemática ha derivado en tres líneas de investigación: a). La epidemiológica; b). El estudio de los patrones de utilización de los servicios por parte de este grupo de población y los factores que la determinan, y c). Las alternativas para la mejor prestación de servicios médicos en particular y de atención a la salud en general 5 ; I.) Menor mortalidad 6 ; y II). Menor riesgo de reingreso por la misma causa.7 No obstante, los resultados no son alentadores.

Si bien casi todos los estudios realizados señalan que cuando los ancianos son atendidos por equipos o en unidades geriátricas, en el corto plazo hay una mayor recuperación o menor pérdida de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria; a mediano y largo plazo no se percibe diferencia significativa.

Es importante hacer hincapié en la necesidad de realizar revisiones y comparaciones más detalladas que permitan tomar los aspectos positivos de las experiencias en otros países que, por sus características demográficas, han tenido que enfrentar los problemas de salud de los adultos mayores. Estos países han desarrollado múltiples formas y mecanismos de atención que deberán ser valorados y ajustados para enriquecer la atención a la salud de la población de la tercera y cuarta edad en México.⁸

La mayoría de los nuevos modelos de atención probados en Canadá, E.U.A. y Nueva Zelanda estiman los beneficios medidos en términos de: a). Mayor o más rápida recuperación, o bien menor pérdida de las actividades de la vida cotidiana;

Esta situación frecuentemente amerita atención médica de larga duración, hospitalización prolongada y atención por parte del personal del área de la salud especializada (nutriólogos, geriatras, psiquiatras, entre otros), lo que hace que los costos se incrementen.

Por otro lado, la demanda de atención por parte de la población de este grupo de edad es mayor, lo que lleva a un consumo proporcionalmente mayor del gasto en salud.

En este contexto cabe resaltar las necesidades asistenciales que presenta en México esta población, las cuales son de índole compleja y de diferentes orígenes.

Esencialmente el grupo de la tercera y cuarta edad es un grupo con aislamiento social, delimitados recursos económicos y con bajo nivel cultural, donde la presencia frecuente de multipatología, la presentación atípica o silenciosa de enfermedades, el deterioro de su estado nutricional y una menor capacidad de respuesta ante situaciones de stress y aunado a una mayor frecuencia de complicaciones y de iatrogenia en la evolución de las enfermedades, así como la respuesta homeostática retardada los convierten en un grupo vulnerable de alto riesgo. El abordaje a través de la investigación de esta problemática hace imperativo el establecimiento de programas de rehabilitación psíquica, nutricional y general, lo que requiere por parte de las autoridades correspondientes un incremento en los costos de atención.⁹

Es en la investigación y como resultado de la misma, como la evaluación nutricional y funcional de los ancianos ha ido cobrando mayor relevancia hoy en día, sin embargo, una de las razones principales para la aceptación de la evaluación integral y multidisciplinaria del anciano es porque el modelo biomédico de la enfermedad está siendo sustituido, sobre todo en el campo de la geriatría, por el modelo biopsicosocial, que define dicha rama de la medicina.

Este modelo incluye una serie de factores que influyen en los pacientes y en la expresión y pronóstico de la enfermedad, singularmente en los ancianos.

Un instrumento valioso para la evaluación funcional de los ancianos es el propuesto por Katz, en 1958, en el Benjamin Rose Hospital del Cleveland Ohio, E.U.A. del trabajo de un equipo multidisciplinario que se ocupaba a evaluar a pacientes con fractura de cadera. En 1963 comienza a ser difundido por una publicación de Katz, en la que explica sus bases teóricas y su utilización en más de un millar de casos con el fin de controlar especialmente los resultados de la rehabilitación.

El Índice de Katz ha sido muy comentado y criticado respecto a su validez; esto es su capacidad de reflejar lo que pretende medir.

Por supuesto, ninguna escala o cuestionario tiene la exactitud de una prueba de laboratorio, y tal vez el Índice de Katz señala la dependencia o necesidad de ayuda más que la situación funcional real a través de la cualificación de actividades como el vestirse, el bañarse, la deambulaci3n, ir al retrete, la continencia (urinaria y fecal) y la alimentaci3n.

El Índice de Katz es reproducible incluso con escaso entrenamiento del entrenador. El hecho de que la reproductibilidad es elevada se comprueba de forma que, si se hacen veinte evaluaciones de un mismo caso por distintos observadores, las diferencias son mínimas, si es que existen, ya que generalmente las concordancias son muy altas. El Índice de Katz tiene gran utilidad para predecir la mortalidad, siendo en este sentido más sensible que el pronóstico médico habitual. Suele predecir bastante la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia de los ancianos hospitalizados.

En base al desarrollo y aplicación de este índice en población de ancianos, se hace referencia a su utilización dado que se sabe que el deterioro funcional y la consiguiente dependencia para las actividades de la vida diaria, son las principales justificaciones para la institucionalización de la atención médica.

En nuestro País, entre los ancianos existe una elevada prevalencia de incapacidades . Hasta 70% de ellos tienen algún grado de deterioro sensorial en el caso de la vista, si bien sólo en menos del 10% es grave y 40% sufre delimitación funcional de alguna extremidad. En conjunto 7.7% sufre de algún grado de continencia, cifra que se eleva a 20% de las mujeres de más de 80 años; la incontinencia es un factor de deterioro de la calidad de vida y uno de los elementos de decisión de institucionalización que tiene mayor peso.

En México, la proporción de persona de edad que están confinadas a la cama y que son totalmente dependientes de la ayuda de una tercera persona para la ejecución de las actividades de la vida diaria, es inferior a 3% de todos los grupo de edad y sexo; son dependientes aun para la mayoría de las actividades de la vida diaria 6.13% senescente en general. Entre los mayores de 80 años, sin embargo, la cifra aumenta hasta 21.5% de las mujeres. En términos generales 9.1% depende de una tercera persona para su supervivencia cotidiana y se encuentra confinada en su domicilio.

En todos los casos, el grupo que presenta un mayor grado de dependencia corresponde al de las mujeres de mayor de 80 años. Asimismo, el crecimiento y los cambios demográficos recientes, han provocado que la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes de la tercera y cuarta edad, sea una situación más frecuente.

Este fenómeno ha producido en las últimas décadas, un acervo de conocimientos sobre los problemas del envejecimiento y los estados de nutrición de los ancianos, dichos conocimientos han constituido los cimientos de la geriatría y han servido para el replanteamiento de políticas nutricionales a nivel nacional.

La ignorancia de estos conocimientos puede tener consecuencias funestas: primero, los cambios relacionados con la edad pueden ser erróneamente atribuidos a una enfermedad, lo cual puede generar intervenciones inefectivas, y aún más peor: dañinas; segundo : la enfermedad puede ser tomada como envejecimiento normal y ser descuidada; y tercero, la evasiva del profesional de la salud hacia el anciano que tiene problemas múltiples con componentes relacionados con la edad y la enfermedad.¹⁰

La evaluación geriátrica (E.G.) ayuda a evitar, en buena medida, estos errores. Este concepto se originó en el trabajo de los pioneros Marjory Warren y Ferguson Anderson, quienes en 1930 detectaron el alto número de ancianos inhabilitados en instituciones para cuidado crónico, la mayoría de los cuales nunca habían sido evaluados desde el punto de vista médico y psicosocial y menos aun habían recibido rehabilitación para el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Ahora bien, Rubenstein define a la E.G. como un *“ proceso diagnóstico multidimensional, usualmente multidisciplinario, diseñado para cuantificar las capacidades y problemas funcionales, psicosociales y médicos del individuo anciano, con la intención de llegar a un plano extenso de prevención y tratamiento y con un seguimiento a largo plazo ”* (op.cit.5)

En las últimas décadas en Estados Unidos se han creado diversos programas de E.G. que van desde unidades hospitalarias de cuidado agudo, unidades de evaluación y asesoría geriátrica, unidades de asesoría geropsiquiátrica, unidades de rehabilitación geriátrica, interconsulta externa geriátrica, equipos de asesoría domiciliaria y consultorios y unidades independientes. 11

En todos se utilizan instrumentos de evaluación para cuantificar parámetros funcionales, nutricionales, psicológicos y sociales. A través de estos programas se buscan objetivos comunes a saber: evaluar con un diagnóstico multidimensional; planear el tratamiento, proveer del tratamiento limitado o extenso; iniciar la rehabilitación; así como determinar el lugar de vivienda óptima; facilitar el cuidado primario y el manejo de casos, optimizar el uso de recursos y de educación e investigación geriátrica.12

Sin embargo, en nuestro País la situación de la atención al anciano es diferente. En un estudio efectuado por Salinas en 1990 en el estado de Nuevo León, 13 se observó la carencia de elementos de la E.G. principalmente lo relacionado a una historia clínica completa, evaluación nutricional, evaluación del estado funcional y del estado mental, reconocidos como primordial para un cuidado eficaz del anciano y con repercusiones positivas en su calidad de vida y en el costo del cuidado mismo . Esto confirma lo observado en la bibliografía relativa a la mínima atención que se brinda al anciano en comparación a la prestada en los jóvenes .14

Evaluación Nutricional

Si bien es cierto, la evaluación geriátrica es multidimensional y transdisciplinaria, de igual importancia lo es la evaluación nutricional en este grupo social, ya que con el proceso de envejecimiento ocurren cambios fisiológicos importantes en la composición corporal, puesto que particularmente se presentan modificaciones en la proporción y distribución de la masa magra y grasa en el organismo , y se ha sugerido que existe una asociación importante entre estas alteraciones y el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus con su impacto para el desarrollo de las actividades de la vida diaria 15. En este sentido, es importante considerar el estado nutricional de los ancianos para evaluar su estado de salud general y el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas que impidan el vivir una vejez con total independencia.16

El estado nutricional de los individuos se evalúa inicialmente por medio de la exploración, la medición y el interrogatorio. Esta es una manera de selección para identificar a las personas que deben evaluarse con pruebas más amplias.17

Un cambio de vital importancia es la menor cantidad de agua que guarda el cuerpo de las personas ancianas, así como la reducción y el contenido de proteínas con la consiguiente disminución de su masa corporal, que aunado con los problemas de descalcificación y el acortamiento de los cuerpos vertebrales, conduce a este grupo social a una merma de la capacidad para desarrollar trabajo físico, lo que necesariamente debe llevar a modificar la cantidad de energía consumida a fin de prevenir patologías adicionales.

Se considera que las necesidades nutricionales del anciano son semejantes a las del adulto joven, pero hay varios factores específicos que pueden modificar la capacidad del anciano para obtener alimentos adecuados para el fin de satisfacer las necesidades nutricionales o para digerir, absorber, utilizar o excretar los nutrimentos que se ingieren. 18

Estos factores pueden influir en el estado nutricional del anciano, específicamente cuando en combinación tiene influencias moduladoras en un lapso duradero. Asimismo la dieta de los ancianos depende de una gran variedad de factores, los cuales determinan en gran medida lo que quieren, necesitan y toma de su alimentación ordinaria 19. El Instituto Nacional de la Nutrición de México en su afán de continuar en el ámbito científico ha realizado una serie de recomendaciones las cuales las podemos ejemplificar en el siguiente cuadro, el cual muestra las recomendaciones para el consumo de nutrimentos para individuos de 65 años y más:

NUTRIMENTOS	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
Energía (Kcal)		2250	1700
Proteínas (gr)	13.28%	83	71
Carbohidratos (gr)	58.00%	365.5	253.9
Grasas (gr)	28.75%	78.8	53.4
Calcio (Mg)		500b	500b
Hierro (Mg)		10	10
Tiamina (Mg)		1.1	1.0
Riboflavina (Mg)		1.4	1.2
Niacina (Mg Eq)		20.3	16
Ac. Ascórbico (Mg)		50	50
Retinol (Mcg Eq)		1000	1000

Fuente: Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (1989).

Existen diversas medidas antropométricas que han sido indispensables para probar el estado nutricional de la población así como en individuos en la población.

Uno de ellos es el peso, un estudio realizado en población americana encaminado a la validación de tablas de peso y estatura es el realizado por Master. En dicha investigación se incluyó a personas cuyas edades fluctuaron entre 65 y 94 años de edad, en el mencionado estudio se concluye que a medida que se envejece y con sobrepeso, la esperanza de vida se va reduciendo en un 10% a 30% en mujeres y en un 20% a 50% en varones. De igual forma se demostró como el peso bajo influye para alcanzar una expectativa de vida mayor.

Actualmente existen diversos métodos para evaluar el estado nutricional de los individuos, estos métodos proporcionan una estimación cuantitativa satisfactoria de los depósitos de grasa y masa muscular en el organismo .

Historias de vida

(Breves antecedentes históricos y tipos)

Una primera fase corresponde a los trabajos de Thomas (EUA) y Znaniecki (Polonia) a comienzos del siglo actual. Este último, por ejemplo, enfocó la vida del campesino polaco en Europa y los Estados Unidos., mediante el estudio de cartas de trabajadores polacos migrantes. La idea eera sustanciar mejor la vida cotidiana y no solo recurrir a estadísticas. Otorgaron mayor énfasis al trabajo empírico que teórico y valorizan el discurso de la gente.

Una segunda fase corresponde a la escuela de Chicago fundada por Robert Parck. Durante las décadas de los 20 y 30 formaron la primera escuela de sociología de los EU. Estos autores generalizaron el principio de trabajo de campo y estudiaron la ciudad como medio particular y medio físico. Una " Ecología Urbana " que se enfoco en los Ghettos y habitantes de la marginalidad o " Poblaciones desviantes ".

En los años 50 se formo el movimiento del Interaccionismo simbólico con Howard Becker, Erwin Goffman y Friedson. Sus estudios privilegian la interacción entre grupos y diversos actores que representan sistemas de valores distintos. Las formas de interacción estudiadas por ejemplo fueron la relación policías-delincuentes. En esta misma época empezó a desarrollarse la vertiente positivista norteamericana con los grupos de Harvard (Parsons) y de Columbia (Merton) En lo instrumental la confrontación de las dos escuelas era ; cuestionarios VS Historias de Vida.20

Daniel Bertaux, de quien ya se comentó anteriormente, distingue en años recientes entre: estudios socioestructurales y estudios socio-simbólicos. Los primeros buscan reconstruir las relaciones estructurales y estrategias de reproducción más amplias por medio de entrevistas semi-dirigidas. Los estudios socio-simbólicos por su parte, buscan establecer las representaciones, sistemas de valores, actitudes y simbolizaciones de la vida de los individuos.

Ya se verá más adelante cuales son los criterios de representatividad y procedimientos que plantea Bertaux para su “aproche biographique”.

De ese modo surgieron modalidades que Lucila Reiss y Maria Bueno sintetizan en los siguientes tipos:

Relatos o narraciones de vida: en su forma más pura y libre es obtenida por medio de entrevistas en las que el investigador interfiere en el mínimo posible y arranca el proceso con una pregunta del tipo “hableme sobre su vida”. De esa manera se logra un discurso donde las categorías, el orden cronológico y los énfasis son dados por el entrevistado.

Relatos sobre aspectos específicos de la vida: es una variante del anterior que se aplica a una parte específica de la vida. Otorga la misma libertad al entrevistado para establecer el contenido y los tiempos.

Testimonios sobre vivencia y participación en determinada institución: sea esta un sindicato, partido, comunidad. Constituye una técnica que se halla a medio camino entre el método biográfico y la historia oral. Asume una modalidad abierta de entrevista en lo que se refiere a la vivencia del sujeto en la institución. En cuanto información institucional corresponde a la historia oral.

Ahora bien en el "Método" (técnica) biográfico: la entrevista se convierte en una interacción social, un proceso de comunicación donde se confrontan, por un lado el investigador con su proyecto definido y el entrevistado que, habiendo aceptado la propuesta, relata algo de su existencia de acuerdo a las demandas del investigador. Es un trabajo de interpretación sobre las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos de su vida. Un trabajo de interpretación donde el filtro perceptivo determina desde la selección de los hechos hasta el significado atribuido a estos. El narrador cuenta su vida, jerarquizando, valorizando o desvalorizando determinados aspectos, reforzando otros, imprimiendo en definitiva, su propio sello y subjetivo a la narración.

Reflexiones Teórico-Methodológicas sobre su Uso

Parece conveniente sintetizar primero algunos de los emplazamientos que Bertaux hace al positivismo para luego, traducir algunas reflexiones sobre las historias de vida efectuadas desde el marxismo.²¹

En una de sus obras recientes "Biography and Society, The Life-History Approach in the Social Sciences", Bertaux traza los rasgos centrales de su propuesta.

Comienza por la confesión de culpa de haber sido un positivista y haber pensado alguna vez que, mientras más y mejor se cuantifica, más cerca se está de la verdad. A partir de esa declaración rompe fuegos contra la cuantificación y las técnicas extensivas de encuesta que, para él, son el método positivista.

Cuestiona el academicismo y cientificismo de los trabajos positivistas y su práctica elitista que aleja a sus gestores de la población, introduciéndolos en un discurso inentendible para las masas y ausente de compromiso real. Niega el estatuto científico de la sociología y sostiene que de lo que se trata la disciplina sociológica es de conocer los procesos sociales en sociedades donde todos los procesos implican alguna forma de dominación. Los procedimientos cuantitativos para él son idealizaciones y el principal obstáculo para el conocimiento es el de atribuir a la sociología su carácter de ciencia.

A partir de esa formulación inicial pasa revista a cada uno de los distintos componentes del denunciado método. Menciona los condicionamientos que operan sobre la selección del objeto, critica la reducción de las llamadas hipótesis positivistas como relaciones previstas entre variables, reconoce el movimiento de los procesos sociales pero niega la existencia de leyes puesto que para él de lo que se trata es del conocimiento de una estructura de relaciones sociales históricamente determinadas, el de las condiciones de la lucha social pero no de la predicción de sus consecuencias.

Al referirse a la selección de técnicas de observación expresa que si lo que se entiende por relaciones sociales es la relación entre variables entonces la técnica debería ser la de encuesta, pero como dichas relaciones son las relaciones de clase, entonces sólo se puede incorporar la observación participante, la intervención como práctica del conocimiento y entonces aparece la necesidad de realizar historias de vida.

La selección de la población para Bertaux debe hacerse pensando en la observación de relaciones institucionalizadas de dominación y explotación. Reconoce que este es un principio sencillo pero que el positivismo no lo toma en cuenta porque parte del divorcio entre los dominios teórico y empírico.

Respecto al muestreo y representatividad aduce la conveniencia de utilizar la técnica "bola de nieve" y lo que define como saturación que consiste en que una vez que arranca el proceso de entrevistas, la primera de ellas ofrece información, la segunda añade algo pero en ésta se repiten algunos elementos y, así sucesivamente, hasta que se llega a un punto en que las nuevas entrevistas ya no aportan al proceso de comprensión de los patrones y relaciones sociales investigados.

Para evitar que la saturación se produzca muy rápido debe conseguirse una diversificación de los informantes. En ese punto de saturación se alcanza la representatividad, no la representatividad morfológica o muestral clásica, que es válida para expresiones formales, sino una representatividad por saturación que se vincula a la dimensión sociológica de la comprensión.

En este punto sostiene que cada uno de los distintos criterios de representatividad tiene una significancia distinta.

Sobre la recolección de datos e información, crítica el abordaje extensivo en la medida en que este considera que los datos proporcionados por individuos no tienen sentido en sí mismos sino en el conjunto, significado que debe ser establecido por el investigador, mientras que, la modalidad intensiva que propone, otorga sentido propio a lo individual.

Para él, el análisis debe consistir en el proceso de armar las partes recogidas en las historias de vida individuales para formar la imagen del todo y su movimiento. La síntesis ya se realiza durante la propia recolección de datos.

Sobre el criterio de verdad de los resultados expresa que la tarea de la sociología no es la de develar leyes sociales.

Para él no hay leyes sociales y nuestra tarea es comprender el movimiento de la sociedad pero no de explicarlo porque para eso se requieren leyes.

Acerca de la comunicación de resultados asume que la sociología convencional en sus dos formas, la "científica" que se relaciona al discurso cuantitativo empírico y la "filosófica" que se vincula al discurso teórico abstracto es obsoleta y se desvincula de la población. En cambio, postula que por medio del "método" de las historias de vida las gentes pueden comunicarse teniendo a la sociología como mediadora.

El debate que ocasionaron las técnicas de historia de vida desde años anteriores giran alrededor de varios puntos.²²

En primer lugar, el hecho mismo de enfocar individuos podría significar una sobrevaloración de la vida individual muy vinculada al individualismo como

expresión de la versión burguesa de principalizar lo individual. Pero, a la vez, recupera la capacidad subjetiva del informante y la importancia de lo singular en la comprensión de los procesos sociales.

Las posibilidades de esta técnica son evidentes siempre y cuando se ubique y explique la interpretación de sus resultados a la luz del marco histórico del grupo y la sociedad, puede dar una rica información acerca de los comportamientos, ideaciones, prácticas y estrategias que serían inaccesibles a otras técnicas por su rigidez y su registro formal estandarizado. Una autobiografía relata una práctica singular que puede constituirse en síntesis individualizada de lo general, pero siempre será la versión individual del conjunto, por eso el peligro de caer en el subjetivismo y en una concepción atomizada.

En esa dirección las categorías de la dialéctica son una herramienta indispensable para interpretar ese doble movimiento de lo general y particular hacia lo singular y de esto último hacia las instancias más amplias. En realidad lo que se puede observar por estas técnicas son los patrones de individualización de las prácticas y concepciones.

Franco Ferraroti plantea que la forma de evitar esa distorsión subjetivista y desarticulación de lo singular es conocer la dinámica de los grupos que serían instancias mediadoras (familia, grupos de trabajo, vecindad, etc.) eso quiere decir

que no se debería sólo levantar las historias de vida sino análisis de la historia y movimiento de los grupos a quienes están ligados los informantes.

Es cierto que el relato puede ser la versión externa "formal" de la vida, como juzga el informante que debe ser narrada, pero, de todas formas, la técnica traduce sus formas de interpretación y las convenciones que rigen su presentación.

Si las técnicas biográficas son, al igual que toda técnica, "teoría en acto", si son instrumentos de observación que condicionan la mirada del sujeto, si concretan los términos de observación y aún la manera de analizar los fenómenos de la realidad, entonces es evidente que las técnicas participan en definir la politicidad del método.

Desde ese punto de vista, aparece un dilema importante frente a su uso: o las historias de vida se desarrollan como una herramienta para profundizar el conocimiento de ciertos dominios dentro de un marco integral o, por el contrario, se convierten en instrumentos de una distorsión culturalista y atomizada, perfectamente funcional a las estrategias del Estado y la ideología hegemónica. Es precisamente esta segunda opción la que lleva a muchos a cuestionar su uso, señalándolas como un instrumento del cual el Estado se apropia para elaborar una imagen fetichizada de la realidad.

Es cierto que por su propia naturaleza de enfoques psico-culturalistas y es verdad que la recuperación del relato popular personal no garantiza ese anhelo

protagonismo del pueblo y sus entrevistados, al menos un auténtico protagonismo organizado. Pero, este mismo tipo de cuestionamientos se podrían levantar respecto a las encuestas y en referencia a toda otra técnica que se construya y utilice dentro de un marco alienante.²³

LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA SU EMPLEO EPIDEMIOLÓGICO

La investigación epidemiológica aborda un objeto complejo multidimensional y contradictorio. A este corresponden los procesos determinantes de la salud colectiva de varios dominios como se explicó ampliamente en otro capítulo de la obra.

Desde el punto de vista del interés epidemiológico, el movimiento de la reproducción social ocurre por un sistema de contradicciones entre procesos saludables y procesos destructivos que en su unidad y oposición condicionan el desarrollo de las contradicciones de la cotidianidad y, por la mediación de estos últimos, se desarrollan las contradicciones en los geno-fenotipos humanos donde se expresan los proceso de salud (vida) y los de deterioro (envejecimiento).

Para integrar la interpretación de esas contradicciones y observar sus expresiones puntuales se requiere recurrir a distintos tipos de técnicas de observación, cuyo estatuto explicativo y límites no se establecen "a priori" sino de acuerdo al objeto en cuestión. Por ese motivo no podemos asignar una validez formal a las historias de vida, ni a ninguna otra técnica, eso depende del movimiento real del objeto, de las

dimensiones del mismo que se quiera conocer y de las circunstancias históricas que rodean la relación sujeto-objeto. (op.cit 20.)

En términos generales, sin embargo, se puede decir que las técnicas biográficas tendrían su lugar natural de utilización en el desciframiento de los patrones de individuación o formas típicas de concreción individual de las prácticas y saberes vinculados con la producción y distribución de la salud. Serán de enorme utilidad frente al conocimiento de estrategias comunitarias y familiares relacionadas con la salud colectiva.

Pero, el conocimiento de los procesos generales de la sociedad investigada, la delimitación que estos producen respecto al movimiento de las vidas de los grupos requerirá técnicas idóneas para el análisis histórico como la inferencia sociológica, el análisis de la organización y el Estado. Y, finalmente, el conocimiento de las magnitudes, proporciones, tendencias centrales y dispersión, asociaciones fenoménicas de las expresiones sociológicas y biológico-sociales en fenotipos concretos tendrá que recurrir necesariamente a las técnicas de encuesta. Por tanto, de lo que se trata es de una complementación bajo control metodológico de las distintas técnicas. La dialéctica es un instrumento poderoso en este sentido, porque permite relacionar en el método lo cualitativo y lo cuantitativo, lo teórico y lo empírico, lo racional y lo sensorial, constituyéndose entonces en un plan metódico no superado que enmarca la integración necesaria de las técnicas.

Ya en el problema específico de las historias de vida la experiencia de investigadores como el propio Bertaux establecen recomendaciones para la implementación de las mismas:

- Sobre el problema de ¿a quién interrogar y a cuántos?. Las respuestas principales son la saturación y diversificación. Punto de saturación que no se define “a priori” sino durante el propio proceso investigativo. La selección de los sujetos para las historias es un punto que discute Florestan Fernández cuando explica que existen tres procedimientos para el escogimiento: el menos recomendado consiste en combinar historias de vida con encuesta sociológica para establecer tipos de personalidad-estatus, un segundo procedimiento consiste en realizar entrevistas a un número de sujetos que correspondan a un conjunto previamente establecido de requisitos comunes, un tercer camino es la combinación con cuestionarios o formularios a personas que presumiblemente tienen el atributo en cuestión. Fernández alerta sobre los problemas que aparecen al entrevistar personalidades divergentes que se oponen frontalmente al grupo social en que viven.

* Sobre el problema del ¿tipo de relación entrevistador-entrevistado?. La respuesta sería la de usar modalidades más directivas en los estudios de relaciones sociales, mientras que deberá recurrirse a procedimientos más libres en los estudios sobre simbolizaciones y representaciones ideológicas

* Debe establecerse una gradación y modificación de entrevista en entrevista de tal forma que las primeras historias informen sobre asuntos más generales y las siguientes sólo los corroboren y más bien profundicen en tópicos más específicos.

* No deben recogerse las historias y luego analizarse en conjunto sino que el análisis sucesivo de cada una que se complete debe permitir el planteo de las siguientes.

- La amplitud o especificidad de los temas de entrevista respecto a la vida de los informantes depende del objeto de estudio.
- En las investigaciones sobre relaciones sociales hay que enfocar los puntos particulares que atañen a las mismas, mientras que en las investigaciones sobre simbolización es mejor ampliar al máximo el espectro de los temas de la vida individual.

En cada una de esas áreas pueden ubicarse usos importantes para las técnicas biográficas. Dependiendo del objeto de estudio dichas técnicas podrían copar la observación o complementarse con otras para cubrir la misma.

En el campo de la epidemiología laboral, la investigación del trabajo doméstico y las unidades domésticas, de los problemas de la cotidianidad vinculados al trabajo, de

las simbolizaciones de los y las trabajadoras sobre el trabajo, de los patrones de relación en el trabajo, podrían nutrirse de los relatos y entrevistas estructuradas.

De hecho, ya existe una considerable experiencia al respecto como lo demuestra la compilación de Neuma Aguilar sobre "Mujeres en la Fuerza de Trabajo en América Latina: Análisis Cualitativos" en la que se pone de manifiesto una gama de aplicaciones para el estudio de las estrategias de la trabajadora, la organización de su tiempo, sus valores, la división familiar del trabajo, los patrones de puericultura de las mujeres trabajadoras, etc.

Parece ser que en este campo van a seguirse dando complementaciones importantes entre las técnicas clásicas de encuesta, las innovadas técnicas de encuesta colectiva y los modelos participativos y las técnicas de relatos individualizados.

Argumentos parecidos pueden esgrimirse en relación a la epidemiología del consumo. El consumo corresponde a cuatro dimensiones: el consumo de los medios de subsistencia por medio del mercado (cuya calidad y cantidad se determina en gran medida por el tipo de cuota de cada clase), el consumo de medios de disfrute y reproducción generados en el ámbito familiar sin mediación del mercado, el consumo de bienes distribuidos por el Estado (salario social de cada clase) y el consumo de valores de uso naturales que se obtienen de las condiciones naturales externas. De todas estas dimensiones del consumo, la investigación epidemiológica

podrá apoyarse en técnicas biográficas, sobretodo, en las que se ocupan de los patrones de consumo familiar y de servicios estatales.

III HIPOTÉSIS

La historia de vida es determinante del estado nutricional y de la posibilidad de realizar las actividades cotidianas con dependencia e independencia en los ancianos

A mayor edad tanto mayor será la dependencia para la realizacización de las actividades cotidianas en los ancianos.

Operacionalización de la hipótesis.

Variable	Indicador	Items	Método	Instrumento	Rango
Estado Nutricio IMC	Datos Antropométricos Peso Talla	Peso: Kg Talla: cm	$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{TALLA}^2}$	Báscula con altímetro.	17-19.9=Peso 20-24.9 Normal 25-29.9 SP 30-40= Ob + de 40= Ob II
Actividades cotidianas	1. Bañarse 2. Vestirse		Observación directa	Índice de Katz Modificado para las actividades de la vida diaria	<p>1. Bañarse: Independiente Necesita ayuda para lavarse una sola parte o se baña completamente sin ayuda. Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.</p> <p>2.- Vestirse Independiente Coge la ropa de armarios y cajones, se pone adornos y abrigos; utiliza cremalleras; se excluye el atarse los zapatos.</p>

	<p>3. Ir al retrete</p>			<p>Dependiente: No se viste solo o pertenece vestido parcialmente.</p> <p><u>3. Ir al retrete</u> Independiente Va al retrete, entra y sale de él, se arregla la ropa; se limpia los órganos excretores.</p> <p>Dependiente Usa orinal o cuña o precisa ayuda para ir e utilizar el retrete.</p> <p><u>4. Movilidad.</u> Independiente Entra y sale de la cama y se sienta y se levanta de la silla; no realiza uno o más desplazamientos.</p> <p>Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.</p>
	<p>4. Movilidad</p>			

	<p>5. Continencia</p>			<p><u>5.Continencia</u> Independiente. Control completo de la micción y defecación. Dependiente. Incontinencia urinaria u fecal parcial o total: control total o parcial mediante enemas.</p> <p><u>6.</u> <u>Alimentación.</u> Independiente. Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca. Dependiente. Precisa ayuda para el acto de alimentarse; no come en absoluto o recibe nutrición parenteral.</p>
	<p>6. Alimentación</p>			

IV DISEÑO

1.- Metodológico.

I.1 Tipo de estudio.

La presente investigación es un estudio descriptivo, ya que su objetivo central es obtener un panorama de la magnitud del problema o situación a investigar, jerarquiza los problemas, deriva elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas, así como describe variables que se asocian. Es de igual forma un estudio documental ya que se basa en fuentes impresas censos, estadísticas vitales etc., de acuerdo a la temporalidad es un estudio transversal (diacrónico) ya que ubica y concentra la conducta en un tiempo a pesar de su evolución. Así como cualicuantitativo ya que se emplean elementos de ambos paradigmas para subsanar con esa conjunción las deficiencias que cada uno pudiera tener utilizándose por separado para todo el proceso de investigación

I.2 Unidades de observación.

Ancianos de 60 años y más que asisten al grupo de integración social de la tercera y cuarta edad.

I.3 Temporalidad.

El presente estudio se desarrolló durante los meses de Agosto-October de 1997.

I.4 Ubicación espacial.

El estudio se desarrolló en las instalaciones del Hospital Civil de la Cd de Guadalupe Zacatecas, México.

I.5 Criterios de Selección.

Criterios de inclusión para el grupo de estudio.

- Personas ancianas registradas como integrantes del grupo de recreación social del hospital civil.
- Individuos orientados en tiempo, lugar y persona.
- Ancianos que acepten por si mismos ser sujetos de la investigación.
- Que tengan más de 60 años de edad.
- Individuos cuya evaluación clínica no diagnostique enfermedad grave o invalidante.
- Que residan permanentemente en la localidad.
- Individuos con capacidad de valerse por sí mismo para la deambulacion.

Criterios de exclusión.

- Personas menores de 60 años.
- Personas que no acepten ser sujetos de investigación.

- Tener conocimiento de padecer enfermedad severa o grave.
- Con defectos congénitos y/o adquiridos que impidan la deambulaci3n por si mismos.

Criterios de no Inclusi3n.

- Personas que deserten antes de terminada la investigaci3n.
- Ancianos que por enfermedad grave o concomitante no continúen en el programa o por defunci3n.

2. Estadísticos.

2.1 Marco Muestral.

Personas de la tercera y cuarta edad que acuden al centro de integraci3n social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zacatecas, M3xico.

2.2 Tamaño muestral.

Censal.

2.3 Tipo de muestreo.

Censal.

V. METODOS Y PROCEDIMIENTOS.

El estudio, de carácter descriptivo, transversal, analítico y cualicuantitativo, se llevó a cabo durante los meses de Agosto-Octubre de 1997, con un grupo de 40 sujetos de ambos sexos y mayores de la tercera y cuarta edad todos integrantes del Centro de Integración Social del Hospital General de la Cd. de Guadalupe, Zacatecas.

El tamaño de la muestra fue censal; es decir, incluía todos los individuos registrados como integrantes del grupo.

Se realizó el registro de las variables antropométricas de peso y talla de los individuos, utilizando una báscula única de plataforma estándar con altímetro, torándose antes de la medición en cada individuo; para el cálculo de la talla se utilizó una cinta métrica incluida en la báscula.

El registro de las actividades cotidianas que realizan los sujetos del presente estudio se valoró aplicando el Índice de Katz modificado y el cual contempla actividades como; bañar,, alimentarse, ir al retrete, vestirse, continencia y movilidad.

Para la estandarización de las mismas y con fines del presente estudio, la categorización de las actividades cotidianas se realizó sobre la base de los siguientes criterios para la determinación de la dependencia:

Valores dados a las actividades cotidianas	Indicador	Criterio
0-6	1	Totalmente dependiente
7-13	2	Regularmente independiente
14-18	3	Totalmente Independiente

De igual forma la categorización de las historias de vida se llevo a cabo con la realización de contactos individualizados y relatos obtenidos en entrevistas a profundidad con la aplicación de la técnica de bola de nieve, hasta obtener saturación.

Los resultados fueron capturados en una base de datos (Excell de Office 97) y sometidos a análisis estadístico a través del programa SAS versión 6.12 para

computadoras personales (SAS 1986) Idel Institute Cory, North Caroline, USA.
Statistics Analysis system (SAS/Pc)

El análisis estadístico se utilizó con el propósito de encontrar la probable correlación entre las variables antropométricas de peso y talla, así como la edad en relación con las actividades cotidianas; además de encontrar la correlación de estas mismas variables con la dependencia para el desempeño de las mismas.

Estos mismos resultados se sometieron a un análisis de varianza- covarianza para buscar diferencias estadísticamente significativas entre las personas del sexo masculino y femenino y la edad con respecto a las medidas antropométricas de peso y talla y las actividades cotidianas

Se complementa el estudio con una prueba de T de Student realizada sobre los promedios de mínimos cuadrados de hombres y mujeres.

Los criterios que fueron utilizados con fines prácticos para encontrar el nivel de correlación de las diferentes variables se categorizaron en los siguientes valores:

- **Muy bueno: 0.64**
- **Bueno: Valores mayores de 0.25**
- **Malo:Valores iguales o menores a 0.10**

Dichos criterios son también determinantes basándose en el nivel de significancia expresada en los resultados del análisis.

Los niveles de significación utilizados para las diferentes pruebas estadísticas consideradas fueron de ($p < 0.05$) y ($p < 0.10$)

VI y VII. RESULTADOS y ANÁLISIS

PALABRAS PRELIMINARES.

La separación clásica entre los resultados y el análisis, de marcada influencia positivista, hace creer a los lectores que ambas cosas están tan bien diferenciadas como dos pasos de una técnica mecánica: Pero la verdad es que están tan estrechamente ligadas que su descripción no puede hacerse independiente una de la otra; especialmente cuando en las investigaciones se utilizan, en alguna proporción, métodos cualitativos.

Así pues, podrá observarse que el esquema aquí usado dista mucho de la forma convencional de presentación. Ello deriva, desde luego, de la perspectiva metodológica empleada pero sobre todo de la filosofía que la sustenta; el ir hacia la gente, escuchar su punto de vista y mostrarlo como es.

De ahí que lo importante en este segmento sean los relatos personales, su comprensión y su relación con los datos estadísticos; no solo los números fríos.

Sin embargo, se introducen algunos cuadros y gráficas que dan cuenta de los datos impersonales que coadyuvan a obtener la comprensión a que se alude.

Por motivos didácticos, más que de otra índole, se ha dividido el apartado en dos secciones (sección que obviamente no se encuentra en la realidad) .

1.- La primera constituye una descripción del ambiente del centro estudiado; cuestiones como las relaciones internas, el espacio físico y la normatividad, entre otras, son relatadas desde la óptica del investigador y están permeadas por los comentarios de los sujetos (los ancianos).

2.- La segunda parte incluye la historia de vida colectiva de los actores, construida a partir de los actores y de las narraciones individuales logradas por la entrevista a profundidad; donde se destacan aspectos, si bien personales, muy significativos para el grupo que reflejan el acontecer pretérito o presente con una intensidad desgarradora.

Es aquí donde la conjunción de los datos cuantitativos adquieren relevancia al resaltar estadísticamente algunos aspectos centrales en la historia de vida.

El ambiente del centro

*Si se viviese entre amigos
que al menos de vez en cuando
pasasen una pelota...
Si el cansancio y la derrota
no supiesen tan amargo...
J.M Serrat*

El centro de recreación social es un espacio de entretenimiento y médico-asistencial dependiente de la secretaría de salud, cuyo objetivo central es servir a las personas de la tercera y cuarta edad para coadyuvar de manera práctica en su desarrollo.

Cuenta con personal de enfermería, dos trabajadoras sociales y cuatro pasantes en servicio social, dos de medicina y dos de trabajo social, la atención médica que se brinda es en dos niveles; ambulatorio y de internación, este lo utilizan pacientes que por sus características físicas sufren de dependencia total.

Este grupo es promovido por las trabajadoras sociales y el mecanismo de ingreso es muy simple ya que únicamente debe contar con una edad mayor de 60 años y voluntad de asistencia regular, Generalmente son traídos por familiares en vía directa o por consanguíneos indirectos (primos, sobrinos, o parientes más lejanos) los pacientes que requieren hospitalización son regularmente asistidos por cuotas mínimas y los medicamentos son proporcionados por el Desarrollo integral de la Familia (DIF)

El área contempla dos secciones; una de taller y la otra de trabajo colectivo, La recreación es el principal punto de convergencia en el grupo, la cual se desarrolla a partir de actividades como el canto, el baile, las manualidades de flores de migajón y elaboración de figuras de papel maché.

Las actividades comienzan a las 9.00 hs y algunos de los integrantes llegan por si mismos y la mayoría son acompañados por algún familiar: Se les proporciona además de sus comidas un refrigerio que consiste básicamente en leche , cereal y fruta a media mañana.

La comunicación entre los integrantes es de tipo afectivo pero sin llegar a despertar un real sentimiento de pertenencia de grupo. Las actividades son muy individualizadas y las actividades de grupo son poco integradoras y puede apreciarse un sentimiento de soledad como rasgo común a la mayoría.

La relación con los médicos es estrictamente profesional, ellos asumen una actitud menos humana en comparación con las enfermeras, que son más comprensivas y más serviciales a los problemas de los ancianos. Mientras que las trabajadoras sociales son más dinámicas en el afán de ser útiles.

Las trabajadoras sociales realizan estudios socio-económicos y conviven más con los familiares y con el anciano mismo; conocen la realidad de sus viviendas y de su vida social en familia;

Es decir; tienen conocimiento más integral de los determinantes psicosociales que los aquejan.

Sin embargo, también, se nota una actitud de abandono en ancianos que, por sus limitantes físicas para las actividades cotidianas no pueden estar en condiciones de responder en tiempo y forma a las exigencias del personal.

La mayor parte se manifiestan que el anciano es muy latoso o que no quiere hacer lo indicado, eso es, se muestra una actitud de menosprecio y poca tolerancia hacia la condición del anciano, situación que repercute en el estado afectivo que se manifiesta con una actitud de desgano y apatía.

Se tiene programada la participación de un psicólogo para coadyuvar en el tratamiento médico de algunas de las afecciones mentales como la depresión, sin embargo no ha sido posible por falta de recursos económicos, Del mismo modo, la atención especializada del Geriatra se da solo cuando son internados por alguna afección que obligue al anciano a permanecer en el hospital (existe un convenio con el DIF municipal para la compra de medicamentos y pago de cuotas mínimas de recuperación por los días que permanecen en el área de hospitalización).

La presencia de sillas de ruedas para el traslado de pacientes con dificultad para la deambulación parece ser un aspecto que les desagrada a los ancianos, siendo para ellos sinónimo de invalidez.

Disponen de aire acondicionado y calefacción, el piso es de mosaico y las ventanas son amplias y con cristales cubiertos por cortinas.

Tienen dos televisores así como una videocasetera en donde los viernes se corren películas del agrado de los ancianos. Cuentan también con un sistema de sonido de reproducción de casete y discos análogos.

Finalmente se explicitan como obligaciones de los ancianos el portar gafete con nombre, fotografía, edad y el domicilio, tener cierta puntualidad tanto en la asistencia como en las citas de revisión médica además de mantener la limpieza y el respeto al personal y demás miembros del grupo.

LOS ACTORES

*Si se llevasen el miedo
y nos dejaran lo bailado
para enfrentar el presente,...
Si se llegase entrenado
y con ánimo suficiente...
J.M Serrat*

La primera vez que visite el Centro de Integración Social, tuve la oportunidad de ver unas instalaciones físicas bastante aceptables y un ambiente , a primera vista, muy distinto al de los asilos de ancianos que conozco.

Sin embargo, algo en la expresión de aquellos rostros envejecidos me causó un profundo desasosiego; algo que las palabras no pueden describir, algo más del aquí y el ahora que presenciaba.

Esa visita y ese algo resultaron decisivos para la orientación de la presente investigación. Quedo claro que la idea inicial de relacionar dos variables cuantitativas en un problema hasta cierto punto artificial, no me diría nada relativo a las razones de un estado actual estadísticamente comprobado. No tendría nada que diera cuenta de ese algo inefable que estableciera los porque de esa sensación que me embargaba. Fue en ese momento que se torció el camino, se dio vuelta el viento

para encarar la problemática de la propia gente. Fue entonces que tuve claro el diseño que habría de construir.

Así las cosas, decidí que era necesario conjugar dos paradigmas de investigación, de manera que no hubiera resquicios por los que la realidad enfrentada tuviera forma de escapar. De tal manera, comencé con lo cuantitativo pues ya sabía lo que obtendría con estos datos; es decir, la parte fría; misma que arrojo las evidencias que a continuación se muestran:

De los individuos estudiados; 25 (62.5 %) correspondieron al sexo femenino, en tanto que 15 (37.5 %) al sexo masculino.

La edad promedio para los hombres fue de 76 años con una DE \pm 8.88, y de 77 años para las mujeres con una DE de \pm 8.54.

El promedio de edad para la población en general fue de 76.9 años con una DE \pm 8.58. (Ver cuadro # 1)

De las variables antropométricas de peso y talla estudiados, se encontró que con respecto al total de la población para la variable peso, se obtuvo un promedio de 62.005 kg., con una DE de \pm 6.6, en tanto que para la variable talla se obtuvo un promedio de 1.54 m. con una DE de \pm 7.45 cm. Con un Índice de Masa Corporal de IMC= 26.1

Se observó que para estas variables, los valores promedios para hombres son mayores que para las mujeres ($p < 0.05$). (ver cuadro # 2)

El análisis de correlación de Spearman reflejó los siguientes resultados:

Se encontró que existe una correlación buena entre la variable edad con respecto a las actividades cotidianas: Ir al retrete ($r = -0.41$, $p < 0.05$); Levantarse ($r = 0.32$, $p < 0.05$); Bañarse ($r = -0.28$, $p < 0.10$). (Muy bueno $= 0.64$, Bueno $>$ de 0.25 y Malo valores iguales o menores de 0.10 .

Además que una vez analizada la correlación general de cada una de las actividades cotidianas con respecto a la dependencia para la realización de estas y conocer su relación con la edad; se encontró que verdaderamente existe una correlación muy buena ($r = -0.64$, $p < 0.001$) (Ver cuadro #3).

Se encontró que no existe una correlación significativa entre las variables antropométricas de peso y talla con respecto a las actividades cotidianas (Ver cuadro #4).

Sin embargo, con respecto a la correlación observada entre las actividades cotidianas, se encontró correlación buena entre ir al retrete y la continencia de

esfínteres ($r= 0.29$, $p<0.010$); así como también se encontró correlación de la alimentación con la continencia de esfínteres ($r= 0.33$, $p<0.05$); y entre el vestirse y el bañarse ($r=0.32$, $p<0.05$). (Ver cuadro#5)

El análisis de varianza-covarianza mostró información en relación a que existe diferencia estadísticamente significativa entre la talla y peso con respecto a la edad y el género de la población objeto de estudio ($p<0.05$), además se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las actividades cotidianas de ir al retrete y levantarse con respecto a la edad ($p<0.05$).

En relación a la dependencia se encontró diferencia estadísticamente significativa con respecto a la edad ($p<0.05$).

La prueba de t de Student corroboró los resultados anteriormente descritos, ya que mostró diferencias estadísticamente significativas entre la talla y el peso ($p<0.05$). Más no así con las actividades cotidianas.

Los resultados obtenidos con respecto a las variables antropométricas de peso y talla entre los diferentes sexos, muestran que ambas variables difieren significativamente entre hombres y mujeres ($p<0.05$).

CUADRO # 1

**Edad promedio por sexo de las personas de la tercera y cuarta edad del
Centro de Integración social del Hospital general de la CD de Guadalupe
Zacatecas. Agosto-Octubre de 1997.**

SEXO	No DE INDIVIDUOS	EDAD $\bar{x} \pm DE$
MASCULINO	15	76 \pm 8.88
FEMENINO	25	77 \pm 8.54
TOTAL	40	76.9 \pm 8.58

Fuente: Encuesta directa.

CUADRO # 2

Valores promedio de las variables antropométricas Peso Talla e Índice de Masa Corporal por Género de las personas de tercera y cuarta edad del Centro de Integración Social del Hospital General de la CD de Guadalupe Zacatecas Agosto-October de 1997.

VARIABLE	HOMBRES (n = 15) $\bar{x} \pm DE$	MUJERES (n = 25) $\bar{x} \pm DE$	TOTAL (n = 40) $\bar{x} \pm DE$
PESO (Kg)	69.22 \pm 3.19*	57.6 \pm 3.58	62.005 \pm 6.69
TALLA (m)	1.63 \pm 1.05 *	1.48 \pm 2.53 *	1.54 \pm 7.45
IMC= peso/talla	26.05	26.29	$\bar{X} = 26.390$

Fuente: encuesta directa

* Diferencia estadísticamente significativa por sexo ($p < 0.05$)

CUADRO # 3

Correlación entre edad y actividades cotidianas y dependencia para las actividades cotidianas del grupo de individuos de la tercera y cuarta edad del Centro de Integración Social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zacatecas Agosto-Octubre de 1997.

ACTIVIDADES COTIDIANAS	EDAD r
Ir al retrete	- 0.41219 * 0.0082
Levantarse	- 0.32854* 0.0385
Continencia	-0.24486 0.1278
Alimentación	-0.17585 0.2778
Bañarse	-0.28726* 0.0723
Vestirse	-0.18690 0.2482
Dependencia total	-0.64417* 0.0001

Fuente: Encuesta directa

- Estadísticamente significativa.

CUADRO # 4

Correlación entre variables antropométricas de Índice de Masa Corporal con respecto a las actividades cotidianas de un grupo de personas de la tercera y cuarta edad del Centro de Integración social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zacatecas, Agosto-October de 1997.

Variables Antropométricas Índice de Masa Corporal Actividades cotidianas	IMC= 26.39	
Ir al retrete	0.22360 0.1655	0.14 613 0.3683
Levantarse	0.18564 0.2514	0.18112 0.2634
Continencia	0.14806 0.3619	0.08137 0.6177
Alimentarse	0.10240 0.5295	0.06193 0.7042
Bañarse	0.01005 0.9509	0.09713 0.5510
Vestirse	0.06335 0.6978	0.06639 0.6840

Fuente: Encuesta directa

CUADRO # 5

Correlación entre las diferentes actividades cotidianas de un grupo de personas de la tercera y cuarta edad del grupo de integración social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zacatecas Agosto –Octubre de 1997.

Act Cotidianas/Dependencia	Ir al retrete	Levantarse	Continenia	Alimentarse	Bañarse	Vestirse	Dependencia
Act Cotidianas/dependencia							
Ir al retrete		0.16286 0.3153	0.29920* 0.0607	0.12017 0.4602	-0.05881 0.7185	-0.08779 0.5901	0.51408 0.0007
Levantarse	0.16286 0.3153		-0.18473 0.2538	0.18346 0.2572	0.25781 0.1083	0.20306 0.2089	0.59510 0.0001
Continenia	0.29920 0.0607	-0.18473 0.2538		-0.33548* 0.0343.	0.20838 0.0381	0.05644 0.7294	0.32844 0.0385
Alimentarse	0.12017 0.4602	0.18346 0.2572	-0.33548 0.0343		-0.10403 0.5229	-0.12529 0.4411	0.27581 0.0849
Bañarse	0.05881 0.7185	0.25781 0.1083	0.20838 0.1969	-0.10403 0.5229		0.32910 0.0381*	0.50994 0.0008
Vestirse	-0.08779 0.5901	0.20306 0.2089	0.05644 0.7294	-0.12529 0.4411	0.32910 0.0381*		0.44145 0.0044
Dependencia	0.51408 0.0007	0.59510 0.0001	0.32844 0.0385	0.27581 0.0849	0.50994 0.0008	0.44145 0.0044	

Fuente: Encuesta directa.

*Correlaciones estadísticamente significativa

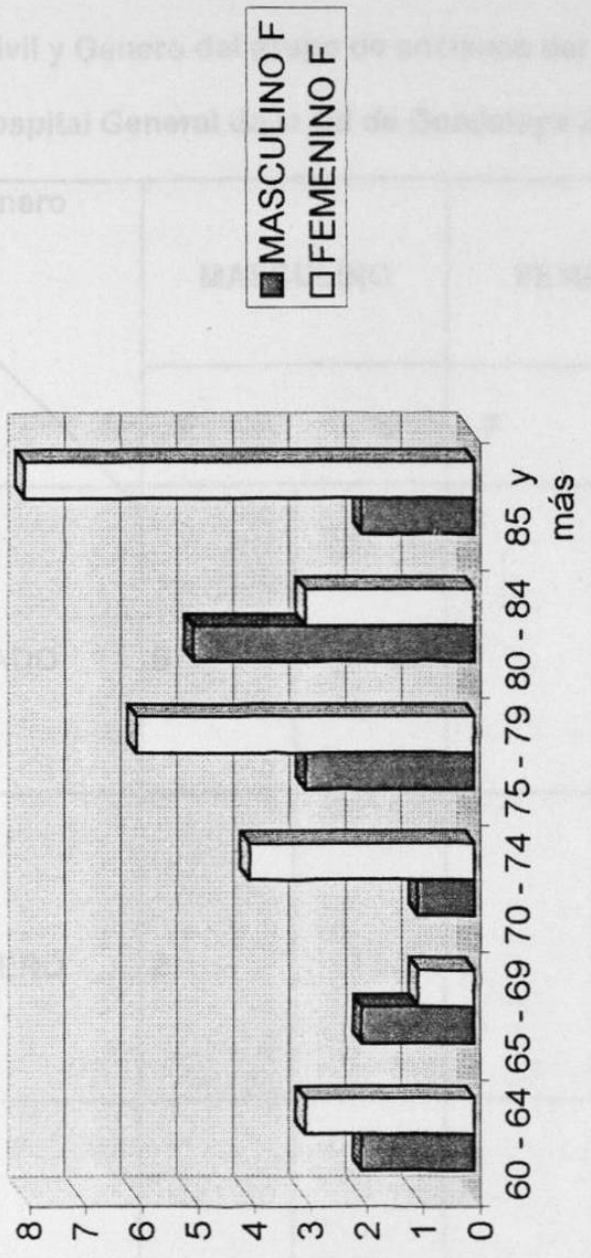
Cuadro # 6

**Edad y Género del grupo de ancianos del Centro de Integración social del
Hospital General de la CD de Guadalupe Zac Agosto-October 1997**

Género Edad	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
60-64	2	13.13	3	12	5	12.5
65-69	2	13.33	1	4	3	7.5
70-74	1	6.68	4	16	5	12.5
75-79	3	20.00	6	24	9	22.5
80-84	5	33.33	3	12	8	20.0
85 y más	2	13.33	8	32	10	25.0
TOTAL	15	100	25	100	40	100

Fuente : Encuesta directa.

Estado civil y Género del Hospital General de Guadalupe, Zacatecas, México 1997



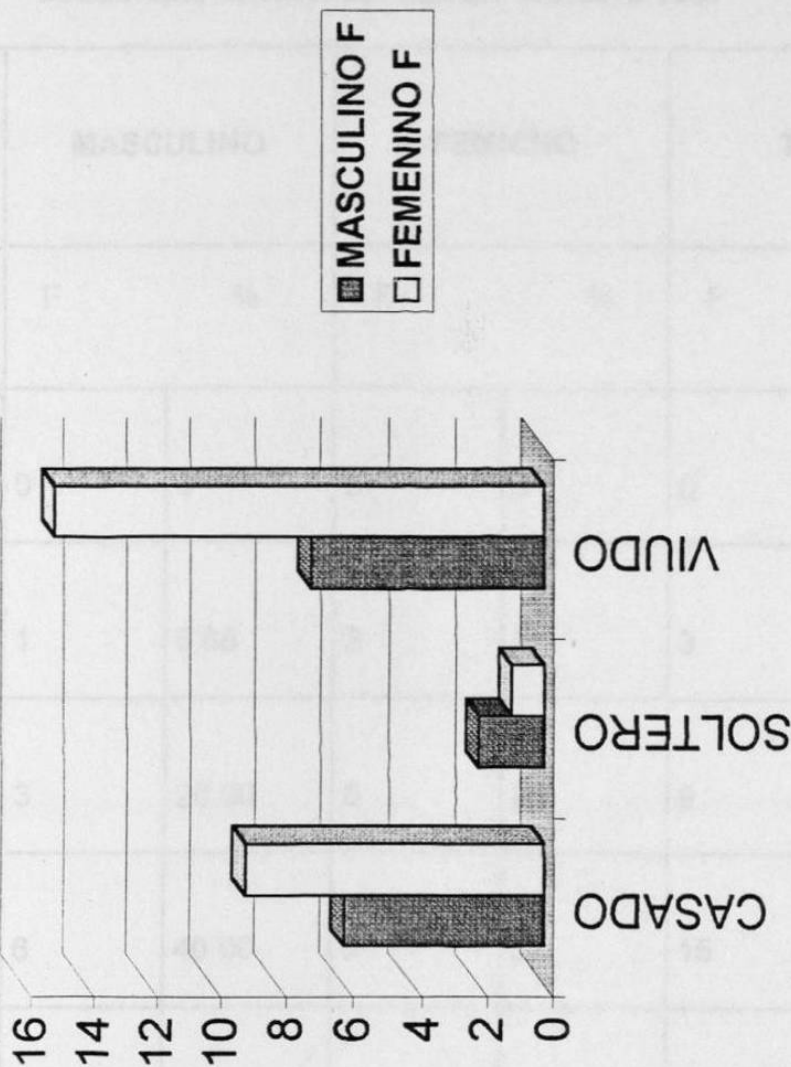
CUADRO # 7

Estado civil y Género del grupo de ancianos del Centro de Integración social del Hospital General de la Cd de Guadalupe Zac. Agosto-October 1997.

Género Estado Civil	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
	CASADO	6	40	9	36	15
SOLTERO	2	13.33	1	4	3	7.5
VIUDO	7	46.67	15	60	22	55
TOTAL	15	100	25	100	40	100

Fuente : Encuesta directa

Estado civil del grupo evaluado. Guadalupe, Zacatecas, México 1997.



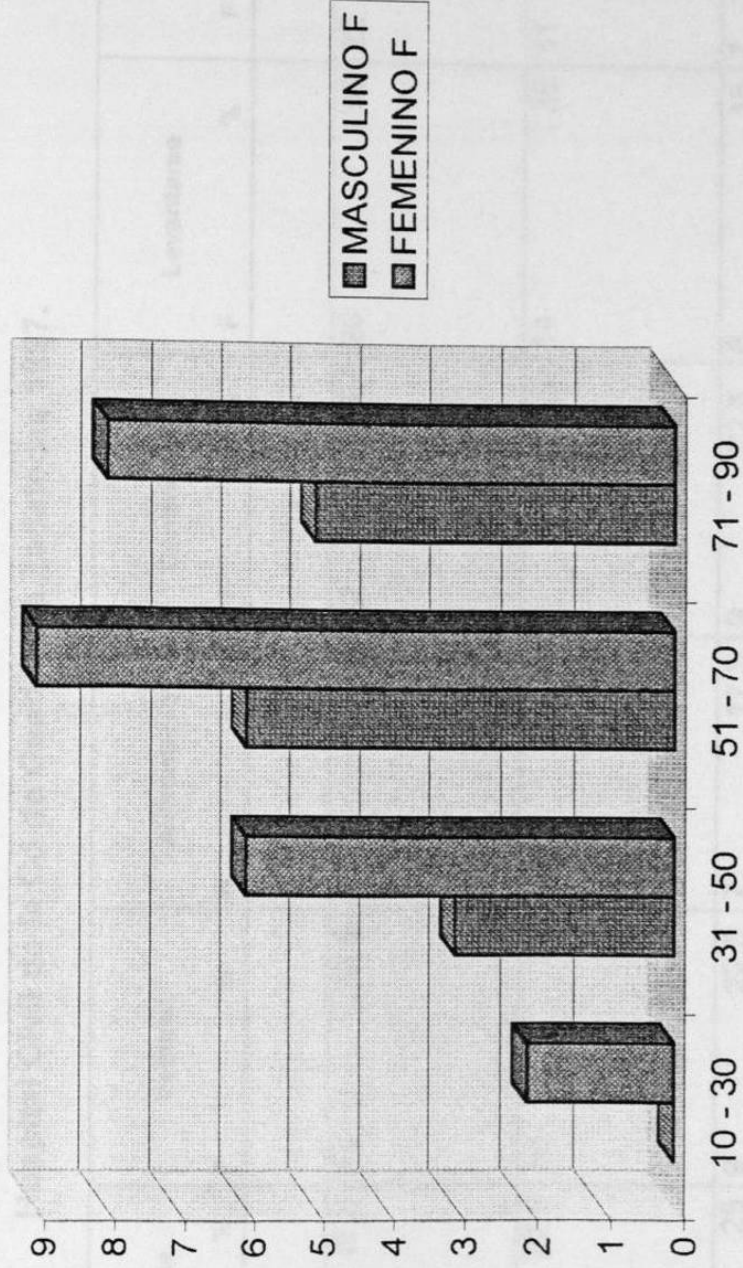
CUADRO # 8

Años de residencia en la Cd de Guadalupe Zacatecas por Género del grupo de ancianos del Centro de Integración social del Hospital General de la CD de Guadalupe, Zacatecas. Agosto-October 1997

Género Años de residencia en Zacatecas	MASCULINO		FEMNINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Menos de 10	0	0	0	0	0	0
10-30	1	6.66	2	8	3	7.5
31-50	3	20.00	6	24	9	22.5
51-70	6	40.00	9	36	15	37.5
71-90	5	3.34	8	32	13	32.5
101 y más						
TOTAL	15	100	25	100	40	100

Fuente : Encuesta directa.

Años de residencia en la Cd. de Guadalupe, Zacatecas, por género de la población evaluada, 1997.



Cuadro # 9
Actividades cotidianas y dependencia del grupo de ancianos del Centro de Integración social del Hospital Civil de la Cd de Guadalupe Zacatecas 1997.

Actividades Cotidianas	Bañarse		Vestirse		Alimentarse		Continencia		Levantarse		Ir al retrete	
	F	%	F	%	N	%	F	%	F	%	F	%
Dependencia	19	47.5	21	52.5	22	55	22	55	20	50	22	55
Total Independencia	11	27.5	10	25	11	27.5	9	22.5	14	35	11	27.5
Total dependencia	10	25	9	22.5	7	17.5	9	22.5	6	15	7	17.5
Total	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100

Fuente : Encuesta directa.

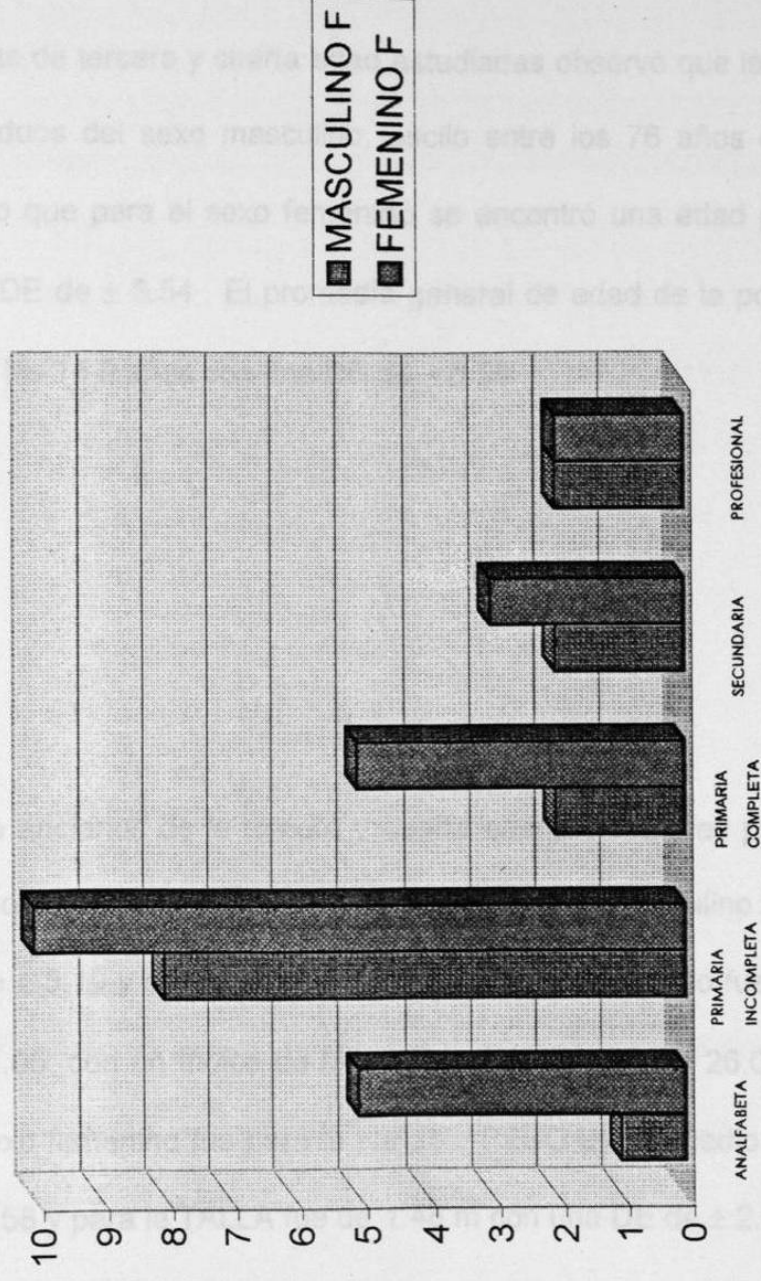
CUADRO # 10

**Escolaridad y género del grupo de ancianos del Centro de Recreación social
del Hospital General de la CD de Guadalupe Zac 1997**

Género Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Analfabeta	1	7	5	20	6	15.0
Primaria incompleta	8	54	10	40	18	45.0
Primaria completa	2	13	5	20	7	17.5
Secundaria	2	13	3	12	5	12.5
Profesional	2	13	2	8	4	10.0
Total	15	100	25	100	40	100

Fuente : Encuesta directa

Grado de escolaridad del grupo evaluado. Guadalupe, Zacatecas, México 1997



Cuadro # 1

En las personas de tercera y cuarta edad estudiadas observó que la edad promedio para los individuos del sexo masculino, oscilo entre los 76 años con una DE de ± 8.88 , en tanto que para el sexo femenino se encontró una edad promedio de 72 años con una DE de ± 8.54 . El promedio general de edad de la población total se mantuvo entre los 76.9 años con una DE de ± 8.58 .

Cuadro # 2

En el grupo de ancianos de la tercera y cuarta edad, los valores promedio para la variable antropométrica PESO en los individuos del sexo masculino fue de 69.22 kg con una DE de ± 3.19 y de la variable TALLA, el valor promedio fue de 1.63 m con una DE de ± 1.05 , con un Indice de Masa Corporal (IMC) de 26.05; en tanto que para los del sexo femenino fue para la variable PESO un promedio de 57.6 kg con una DE de ± 3.58 y para la TALLA fue de 1.48 m con una DE de ± 2.53 con un Indice de Masa Corporal (IMC) de 26.29

CUADRO # 3

La correlación que existe con respecto a la edad y la realización de actividades cotidianas así como la dependencia para la realización de las mismas en los ancianos de la tercera y cuarta edad muestra que existe una buena correlación entre la EDAD e ir al RETRETE, el LEVANTARSE, así como también con la total dependencia ($p < 0.05$)) con respecto a BAÑARSE existe una correlación buena ($p < 0.10$).

CUADRO # 4

En cuanto a la correlación que pudiese existir entre la variable antropométrica de Índice de Masa Corporal (IMC) con las actividades cotidianas se encontró que no existe correlación estadísticamente significativa entre ellas.

CUADRO # 5.

Con respecto a la correlación que existe entre las diferentes actividades cotidianas y la dependencia entre los ancianos para la realización de las mismas; se encontro que existe una correlación buena entre el ir al retrete y la continencia ($p < 0.10$) ; entre continencia y alimentarse ($p < 0.05$) y entre vestirse y bañarse ($p < 0.05$). Con respecto a la dependencia total se observan buenas correlaciones ($p < 0.05$), aunque como se calculó en base a la sumatoria de todas las actividades es por esto que se observó significancia estadística.

CUADRO # 6

En el grupo de estudio se observo que el 25 % se ubica en el grupo de 85 años y más, en tanto que el 7.5 % se encuentra entre los 65 y 69 años de edad con respecto al sexo, se observó que el 33.33.% de los individuos del sexo masculino se encuentran entre los 80 y 84 años, en tanto que el 6.68 % se ubica entre los 70 y 74 años. De las personas del sexo femenino se observo que el 32 % de ellos se encuentra entre los 85 años y más, en tanto que solo el 4% se ubica entre los 65 y 69 años

Cuadro # 7

Con relación al estado civil, se observa que en los individuos estudiados, el 37.5 % son casados y el 7.5 % son solteros. Con respecto al género, se observó que en los masculinos un 46.67 % de los individuos son viudos, un 40 % son casados y solo el 13.33 % son solteros. En relación con el sexo femenino el 60 % son viudas, un 36 % son casadas y un 4 % son solteras.

CUADRO # 8

El análisis de los años de residencia en la Cd de Guadalupe Zacatecas, indica que el total de la población anciana de la tercera y cuarta edad; el 37.5 % tienen de 51 a 70 años de residencia, en tanto que solo el 7.5 % tiene de 10 a 30 años. Con respecto al género, de las personas del sexo masculino el 40 % tiene de 51 a 70 años de residencia en tanto que solo el 3.34 % tiene de 71 a 90 años. De las personas del sexo femenino el 36 % tienen de 51-70 años de residencia, en tanto que el 8 % radica en la Cd de Guadalupe de 10 a 30 años.

CUADRO # 9

En relación al nivel de dependencia/Independencia para la realización de las actividades cotidianas de la población estudiada, se encontró que el 55 % de los individuos *tienen total independencia* para alimentarse, continencia de esfínteres y para ir al retrete. De las actividades cotidianas para las cuales tienen regular independencia es con respecto a la movilidad (el 35 %) y un 27.5 % la tienen para bañarse, alimentarse así como para ir al retrete: Con respecto a las actividades cotidianas que requieren total dependencia en los individuos estudiados son bañarse(25 %) Vestirse y la continencia de esfínteres 22.5 %

CUADRO # 10

La escolaridad de las personas estudiadas de la tercera y cuarta edad indica que un 45 % de los individuos tienen primaria incompleta, 17.5 % tienen primaria completa, 15 % son analfabetas, 12.5 % tienen secundaria y solamente un 10 % tienen estudios profesionales. En relación con el género, en los individuos del sexo *masculino* un 54 % tiene primaria incompleta, el 39 % lo ubican aquellos individuos que tienen primaria completa, secundaria y estudios profesionales y solo el 7 % son analfabetas. En las personas del sexo femenino un 40 % tienen primaria incompleta, un 20 % son analfabetas, así como también una cantidad similar tienen primaria completa, el 12 % tiene secundaria y solo un 8 % tienen estudios profesionales.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Asociación estadística a través de la prueba de varianza-covarianza y de "t de student" de las variables antropométrica talla con género.

VALORES ENCONTRADOS:

<i>PRUEBA</i>	<i>VALOR ENCONTRADO</i>	<i>SIGNIFICANCIA</i>
Varianza-Covarianza	1474.30	0.0001
T de Student	38.39662	0.0001

HIPOTESIS DE TRABAJO

Ho: $P1=P2$

H1: $P1>P2$

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.

La talla de las personas de la 3^{oa} y 4^a edad es mayor en los hombres que en las mujeres.

CRITERIOS DE RECHAZO DE Ho

Si $F_c > F_t$ se rechaza Ho

Si $F_c > 4.11$ se rechaza Ho

Si $p < 0.05$ se rechaza Ho.

Si $T_c > T_t$ se rechaza Ho

Si $T_c > 1.303$ se rechaza Ho

Si $p < 0.05$ se rechaza Ho

Bajo los criterios expuestos y con base en los resultados obtenidos se rechaza Hipótesis nula.

Asociación estadística a través de la prueba de Varianza-Covarianza de la variable antropométrica TALLA con la variable EDAD de las personas de la 3ª y 4ª edad.

VALORES ENCONTRADOS

PRUEBA	VALOR ENCONTRADO	SIGNIFICACIÓN
Varianza-Covarianza	93.21	0.0001

HIPOTESIS DE TRABAJO

Ho: $P_1 = P_2$

Hi: $P_1 > P_2$

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN:

La talla de las personas de la 3ª y 4ª edad es mayor en aquellos individuos que tienen menor edad, dicho deterioro se debe a la disminución de masa ósea entre otros factores.

CRITERIOS DE RECHAZO DE Ho

Si $F_e > F_t$ se rechaza Ho

Si $F_2 > 4.11$ se rechaza Ho

Si $p < 0.05$ se rechaza Ho

Bajo los criterios expuestos y con base en los resultados obtenidos se rechaza Ho.

Asociación estadística a través de la prueba de Varianza-Covarianza y T de student de la variable antropométrica PESO con GÉNERO.

VALORES ENCONTRADOS

<i>PRUEBA</i>	<i>VALOR ENCONTRADO</i>	<i>SIGNIFICANCIA</i>
Varianza-Covarianza	382.03	0.0001
T-student	19.54565	0.0001

HIPOTESIS DE TRABAJO

Ho: $P_1 = P_2$

Hi: $P_1 > P_2$

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

El Peso en las personas de la 3ª y 4ª edad es mayor en los hombres que en las mujeres.

CRITERIOS DE RECHAZO DE Ho

Si $F_c > F_t$ se rechaza Ho

Si $F_c > 4.11$ se rechaza Ho

Si $P < 0.05$ se rechaza Ho

Bajo los criterios expuestos y con base en los resultados obtenidos se rechaza Ho.

Asociación estadística a través de la prueba de varianza-covarianza de la variable antropométrica PESO con EDAD.

VALORES ENCONTRADOS

PRUEBA	VALOR ENCONTRADO	SIGNIFICANCIA
Varianza-covarianza	129.04	0.0001

HIPOTESIS DE TRABAJO

HO: $P_1 = P_2$

Ha: $P_1 > P_2$

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

El peso de las personas de la 3ª y 4ª edades mayor en aquellas que tienen mayor edad ocasionado por la acumulación de masa grasa o por disminución de la actividad física.

CRITERIOS DE RECHAZO DE Ho.

Si $F_c > F_t$ se rechaza Ho

Si $F_c > 4.11$ se rechaza Ho

Si $p < 0.05$ se rechaza Ho.

Bajo los criterios expuestos y con base en los resultados obtenidos se rechaza Ho.

Asociación estadística entre la actividad de LEVANTARSE con respecto a la EDAD

VALORES ENCONTRADOS.

<i>PRUEBA</i>	<i>VALOR ENCONTRADO</i>	<i>SIGNIFICANCIA</i>
Varianza-Covarianza	4.71	0.0364

HIPOTESIS DE TRABAJO

Ho: $\rho_1 = \rho_2$

Ha: $\rho_1 > \rho_2$

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

En las personas de la 3ª y 4ª edad existe mayor dependencia para LEVANTARSE conforme presenta mayor edad.

CRITERIOS DE RECHAZO DE Ho

Si $F_c > F_t$ se rechaza Ho

Si $F_c > 4.11$ se rechaza Ho

Si $p < 0.05$ se rechaza Ho

Bajo los criterios expuestos y con base en los resultados obtenidos se rechaza Hipótesis nula.

Asociación estadística a través de la prueba de varianza-covarianza del nivel de DEPENDENCIA TOTAL para la realización de ACTIVIDADES COTIDIANAS con respecto de la EDAD.

VALORES ENCONTRADOS

PRUEBA	VALORES ENCONTRADOS	SIGNIFICANCIA
Varianza-Covarianza	18.22	0.0001

HIPOTESIS DE TRABAJO

Ho: $P_1 = P_2$

Ha: $P_1 > P_2$

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

En las personas de la tercera y cuarta edad existe una mayor dependencia para realizar las actividades cotidianas conforme aumenta la edad.

CRITERIOS DE RECHAZO

Si $F_c > F_t$ se rechaza Ho

Si $F_c > 4.11$ se rechaza Ho

Si $p < 0.05$ se rechaza Ho

Bajo los criterios expuestos y basándose en los resultados obtenidos se rechaza Ho.

Bien, hasta aquí la parte esperada, la comprobable estadísticamente. Ahora veamos su contraparte: La cuestión subjetiva y sus nexos con los datos numéricos.

El proceso de entrevistas a profundidad me permitió identificar diversas situaciones decisivas presentes en el grupo estudiado, que dieron una posibilidad de construir la historia de vida a partir de las ocho categorías de análisis que se precisan en la sección de material y métodos

La saturación de información establece el antecedente de vida solitaria temprana: los ahora ancianos* tuvieron que arreglárselas solos desde temprana edad. Sin embargo esa soledad parece ser comprendida y aceptada:

“ Mis familiares casi no van a mi casa; desde que murieron mis padres mis hermanos y yo sufrimos mucho con una tía que nos recogió. Vivimos mucho tiempo con ella y mejor nos fuimos a Torreón..... Me regrese cuando acabo la pizca de algodón . Mis hermanos se casaron y yo me fui a vivir con un medio hermano en una casa que luego el vendió y no me dio ni un centavo y a mi me dejo en la calle. Tenia que dormir en un montón de basura y el costal era mi cobija en casa de mi tía.... Ni mis hermanos ni sus hijos me procuraban mucho por mi; nomás le mandaban (a la tía) un dinero para que me diera de comer pero ni así me daba..... Yo creo que no me ven (los familiares) porque les tocaron sus parejas muy raras, como que no quieren hablar..... Pero esta bien, tienen que cuidarse

ellos y a sus hijos..... Tienen familia..... tienen su gente..... además cuando me visitan en la casa nos da mucho gusto vernos..... Yo no me case, ¿ para qué? , si no tenia dinero para mantener a nadie"

(Don Carlitos)

Los elementos apuntan hacia un estado nutricional que no puede considerarse precisamente como el mejor que, aunado al proceso fisiológico del envejecimiento, tiene influencia directa sobre el estado actual (físico y anímico) que tiene mucho que ver con la posibilidad del ejercicio de actividades cotidianas; no obstante la evidencia estadística en el sentido opuesto, esto es, que no hay relación significativa entre las dos variables.

Aunque en el presente se mantiene la vida solitaria a pesar de la convivencia entre ellos en el centro, está siempre latente la comparación entre la vida previa y la actual:

" Si llega uno bien, o llega más o menos, aquí se acaba, si señor; porque aquí es el mar de enfermedad y el mar de todo,. Yo se porque lo he vivido y lo he visto..... Yo llegué aquí bueno y al poco tiempo ya estaba mal de todo..... me dio la artritis y lo epiléptico, las hernias de los lados y otras cosas, pero yo no tenia nada; hasta fui a correr tantito antes de entrar aquí..... a León. Perdí porque pusieron a otros más jóvenes; pero estaba bueno y ahora ya ni me puedo mover más que con ayuda..... aquí se acaba uno, si señor....."

(Don tino)

“ Desde que me trajeron aquí- no se ni porque- me he sentido muy a disgusto; me tratan muy mal algunas personas a las que todo les molesta..... Yo no se porque insisten mis hijos en traerme, a mi me gusta estar más en mi casa- que es propia- donde no mortifico a nadie ni me mortifican a mi.....¿cómo se le hará para que me dejen estar nada más en mi casita?, pues cuando vengo aquí en este lugar me siento sola, triste y abandonada.....”

(Doña Martita)

Es evidente que la vida actual dista mucho del bienestar que, aunque incompleto, les brindaba la vida previa. Por supuesto que estas condiciones de supervivencia influyen en el ánimo de los sujetos, quienes van perdiendo el interés por cuidar de sí mismos, por realizar actividades cotidianas, por continuar una vida poco grata; situación que deviene también en el paulatino deterioro del estado nutricional sin distinción de sexo. Si bien los números aseguran que los varones se ven más afectados que las mujeres en este sentido; ellos no consideran esta relación a través del tiempo, sino solamente en un momento concreto desligado de la historia individual.

Por su parte, la dependencia para el ejercicio de las actividades cotidianas se aprecia en los relatos como una constante, cual mortero, machaca cotidianamente el cerebro de los ancianos;

“ Las enfermedades lo limitan a uno mucho; ya no puede uno valerse por si mismo.Pero aquí agarra uno todas esas enfermedades y no puede salir solo ni a la tiendita de aquí afuera.....Es que aquí no se hace casi nada, uno no se mueve y, claro, va agarrando enfermedades y la incapacidad.....En mi casa me tengo que hacer mis cosas, me procuro más actividad; en cambio aquí se acaba uno.....”

(Don Tino)

Se puede ver como la historia actual propicia un desarrollo incompleto y restringe la posibilidad de efectuar las actividades cotidianas: Sin embargo, puede observarse el deseo (expresado más bien como esperanza) de tener alguna ocupación y sentirse útil, de recuperar la independencia para el ejercicio de esas actividades diarias:

“ Yo siempre he trabajado; me gusta trabajar y quiero trabar, pero casi no hay que hacer, ya tienen encargados de todo.....Por eso cada vez puedo uno hacer uno menos.....Hasta para mis necesidades me tienen que ayudar.....”

(Don Pepe)

Resulta obvia aquí la influencia de una vida actual pasiva en la posibilidad de desarrollar actividades cotidianas, que se convierte en fácil pasto para las llamas de la inactividad. Esto, aunado al incremento irremisible de la edad, va siendo cada día más categórico; lo que de alguna manera se refuerza con la relación estadísticamente significativa entre edad y actividades cotidianas y edad y dependencia.

También se encuentran periodos de la vida perfectamente identificados que tienen repercusión directa en su situación actual; como puede ser el matrimonio con diversas consideraciones (su ausencia, su consecuencia, su terminación, la relación de pareja) o el enclaustramiento que constituye su vida actual:

“ Yo quería tener un hogar lo que se dice feliz, con todas las condiciones; donde tener un lugar donde se pueda estar y lo cuiden a uno.....por eso no tuve novias no me case, porque no estaban todas esas condiciones y así pues para que casarse.....”

(Don Gaspar)

Resalta de inmediato el origen de la soledad temprana y de su comprensión a partir de estos momentos decisivos en su historia, los cuales van minando, se quiera o no el deseo de vivir, de mantener un estado nutricional en condiciones adecuadas para el desarrollo de actividades cotidianas.

Aunque la contundencia estadística asegure que no existe una correlación significativa entre ambas cosas, me parece que es insoslayable que si la hay si se considera toda la historia implicada, no únicamente el momento actual

Finalmente, están presentes las relaciones familiares previas y la autoestima que los sujetos refieren. Dos elementos que no pueden dejarse de lado en la comprensión de su ahora:

“ Mi padre se fue con otra mujer y nos abandono. Mi madre tuvo que hacerse cargo de i hermana y yo. Ella (la hermana) fue siempre.....¿ como podría yo decir?era muy.....muy.....como atrevida.....mas como hombre; nunca le pasaba nada en los juegos. En cambio yo, cuando quise jugar con ella, me caí y me lastime un dedo del pie porque me quite los zapatos. Entonces mi mamá, en vez de revisarme o consolarme, me regañó; me dijo: Es que tu no eres para eso ¿ cuando has andado tu sin zapatos? Estas no son cosas para ti.....Desde ah me di cuenta que yo no servia para nada, que tenia que quedarme dentro de la casa y hacer solamente cosas de la misma casa....”

(Doña Coco)

“ Mi vida es una tragedia.....mi vida empezó mal desde que nací porque mi padre me desconoció.....nunca quiso creer que era hija suya y de ahí para adelante nada fue bien.....”

(Doña Martina)

Esta claro que las relaciones familiares pueden actuar sobre la autoestima en dos sentidos; Potenciandola o anulándola Pareciera ser que en el caso de nuestros sujetos la tendencia es hacia la segunda opción: valga decir que esto deja marca permanente que impide un desarrollo armónico encaminado a la superación constante y, en vez de ello, propicia la ausencia de interés por la vida que determina un estado nutricional que a la larga genera, en unión con las otras categorías revisadas, dependencia en la posibilidad de realizar actividades cotidianas.

VIII. CONCLUSIONES

*Si tuviese más ventajas.
y menos inconvenientes.....*

*Si el alma se apasionase
el cuerpo se alborotase
y las piernas respondiesen
J.M. Serrat*

En la primera parte de los resultados propiamente dichos los números hablaron. Dijeron sin apasionamiento su verdad objetiva: No hay correlación significativa entre estado nutricional y actividades cotidianas, pero sí las hay entre edad y género, género y estado nutricional; y actividades cotidianas entre sí. Pero no supieron dar razón de la relación de esa verdad con la verdad subjetiva; con la de quien vive y sufre o goza la verdad. Es aquí donde muestra su utilidad la historia de vida.

Ella deja ver claramente en estos sujetos su influencia sobre las variables cuantitativas trabajadas; su acción determinante puede observarse con una crudeza aplastante. Las relaciones familiares, la vida previa, la necesidad de ocupación y, sobre todo, la vida solitaria temprana dejan una huella que mina la autoestima y repercute directamente en la conservación de la persona (estado físico y anímico), así como en la posibilidad y el deseo de valerse por sí misma, de seguir viviendo.....

El pasado trágico es decisivo; el presente amargo es hiriente y socavado, el futuro es solamente la esperanza de terminar. Efectivamente, el paso de la historia ha dejado paso indeleble que se ve retocada por los crueles pinceles de la aquí y el ahora, ofreciendo sólo una opción para desteñir: el solvente de la muerte. Porque, para desgracia mayor, el destino se ha empeñado en mantener la lucidez de pensamiento y una envidiable memoria que hacen el juego macabro aún más espeluznante.

Así, aunque no es posible hablar de una comprobación estadística de la hipótesis alternativa; bajo criterios cualitativos no estandarizados –pero no por ello menos rigurosos- puedo sostener que la historia de vida actúa sobre el binomio estado nutricio-actividades cotidianas, estableciendo interacciones entre ambos componentes que evidencian una relación de determinación directa de aquellas sobre estos.

Ahora se que ese algo intangible, etéreo, ectoplásmico que sintiera en mi primera visita al sitio de la investigación; es terriblemente real y poderoso.

IX. SUGERENCIAS

*En lugar de arrinconarlos en la historia
convertidos en fantasmas con memoria.....
J.M. Serrat.*

Sugerencias: ¿qué se puede sugerir ante esto; qué alternativas pueden darse: mejorar el estado nutricional de los ancianos?, ¿Facilitar las actividades cotidianas?, ¿ponerlos a trabajar con alguna responsabilidad directa? ¿obligar a familiares y personal de servicio a dar un mejor trato a nuestros ancianos?.

Me parece que no; que cualquier solución de este tipo no resuelve el asunto de fondo; puesto que se trata de un problema ante todo cultural. De ahí que la solución más bien apunte hacia la comprensión de ellos, de ese periodo de la vida, de esa especie de destino teleológico al que muy probablemente todos (ojalá) llegaremos.

Se trata pues de encender una llama de esperanza para una tercera y cuarta edades dignas, propiciar un envejecimiento exitoso, de prender una luz que ilumine un paso casi siempre en tinieblas; de endulzar el trago amargo; de mejorar ese estatus. Cosa que puede lograrse como propone Serrat:

***Si no estuviese tan oscuro
a la vuelta de la esquina.....
o simplemente si todos
entendiésemos que todos
llevamos un viejo encima.***

VIII. CONCLUSIONES

Sin embargo y con fines de concretar y proporcionar alternativas desde la perspectiva del paradigma cuantitativo se proponen las siguientes conclusiones no sin dejar definido lo antes descrito en el apartado correspondiente:

Una manera amable de referirse a la vejez consiste en denominarla tercera y cuarta edad. Es una alusión a la etapa número tres y cuatro luego de las dos primeras de juventud y vida adulta

Históricamente el término se ha generado para dar idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones.

En una persona el inicio de la tercera y cuarta edades son variables individuales y dependen de muchas circunstancias, de la manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales, sin embargo, y en busca de alguna estimación – aunque solo sea aproximada- del peso estadístico de estas dos etapas finales del ciclo vital, en el caso del presente estudio y retomando las investigaciones recientes se propusieron las edades de 60-74 y 75 y más.

El grupo de los 60-74 años de edad representa el periodo de la tercera edad, indica edades avanzadas pero aún con gran oportunidad para dar vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

Su inicio en los 60 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación, así mismo existen muchos resultados de encuestas donde se indica el buen estado de salud de este grupo de edad.

Dentro del grupo de los 75 años y más, definido como la cuarta edad, la gran mayoría de la población sufre pérdidas de capacidad para las actividades de la vida cotidiana, donde lo común son problemas de enfermedad crónico-degenerativos y una dependencia creciente para el sostenimiento y el autocuidado.

El comienzo de la cuarta edad es una variable mucho más heterogénea que, junto con otros determinantes, depende esencialmente de circunstancias de salud y es en este sentido que su inicio no está marcado por una fecha o evento en especial, sino por el proceso difuso del deterioro de la salud física y mental que acompaña a las edades avanzadas, con las consecuentes necesidades de apoyo y cuidados.

Hace tiempo que se considera que el concepto de salud va más allá de la simple ausencia de enfermedad; desde este enfoque, la definición de salud constantemente se vuelve a elaborar, pero en general se coincide en que es un estado que permite el bienestar físico, mental y moral, no solo del individuo sino de su entorno familiar y social. Este concepto de salud y de bienestar tiene sus propias expresiones cuando se trata de aplicarlo a la tercera y cuarta edad.

Por largo tiempo los estudios cuantitativos han proporcionado los indicadores (tradicionales) del estado de salud y bienestar de una población, sin embargo este

enfoque esta cambiando a favor de reconocer otros indicadores y con otra metodología que de cuenta y reconozca los problemas de salud y del estilo de vida así como la incapacidad sobre la calidad de vida de este grupo social.

Esta metodología consiste en aplicar el método cualitativo; con el propósito de reconocer que en el estudio de la vejez se trata de reconocer las condiciones y las consecuencias que a largo plazo se observan en cuanto a sufrimiento, costo y desgaste del anciano, situación que no puede ser descrita con métodos cuantitativos sino con abordaje cualitativo a través de la historia de vida, dado que esta situación no tiene solución inmediata sino persistencia en el tiempo.

Ante la insuficiencia de una vida familiar digna y las limitaciones de un sistema social como el nuestro así como la falta de seguridad social; el mayor peso y costo de la incapacidad y la enfermedad en la vejez recae sobre la familia. No se trata como vimos a lo largo de la presente investigación solamente de costos materiales, sino también de sufrimiento y cargas emocionales ante enfermedades y desventajas socioeconómicas que repercuten en el estado nutricional y las condiciones para el desempeño de las actividades cotidianas mínimas.

El estado nutricional y la historia de vida son el reflejo de factores intervinientes en toda una vida, que van desde factores incontrolables como la herencia genética, pasando por condiciones sociales y económicas así como las oportunidades para la educación y el trabajo, y llegan hasta la participación personal de los hábitos de salud y el estilo de vida.

De esta manera, las características sociales, económicas, familiares y de salud en la vejez están determinadas décadas antes por la historia familiar, socioeconómica y socio-histórico del individuo.

El estado nutricional no guarda relación significativa con las actividades de la vida cotidiana y que cuando existe una dependencia para la realización de las mismas puede deberse a enfermedades interrecurrentes que se agregan durante el proceso de envejecimiento.

El proceso patológico que lleva a condiciones de morbilidad crónica, incapacidades, dependencia y a la muerte; es muy común que se hayan generado a edades tempranas y no se hayan manifestado sino hasta la vejez.

EPILOGO

Los resultados conclusiones y alternativas expresadas en el presente informe de investigación tienen un fin más de advertencia que de solución. En medio de los profundos cambios que el siglo xx ha traído al mundo en general y a México en particular, están las transformaciones en la composición demográfica y en las maneras de enfermar y morir. No solo sabemos que estas transformaciones están ocurriendo ahora, sino que se puede proyectar con buenos grados de confiabilidad hacia donde se dirigen. En la construcción de escenarios a futuro se nota la creciente participación de la población envejecida y sus características de salud. De esta manera se pueden anticipar los nuevos requerimientos de atención a la salud, no solo en sus formas terapéuticas, sino también en planes y programas de prevención. Estos programas deberán ser integrales, en términos de reconocer, que en la vejez, como etapa final de la vida, existe una confluencia de factores individuales, familiares, institucionales y socioeconómicos que determinan estados de nutrición y de salud así como la capacidad de respuesta para la independencia o dependencia para las actividades de una vida cotidiana más digna en este grupo social

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Rocabruno MJC, Prieto RO. Gerontología y geriatría Clínica. 2ª edición. La Habana : Editorial Ciencias Médicas, 1992 :99.
2. Instituto Nacional de la Senectud : Memoria de Gestión 1988-1994. México, D.F. : INSEN, 1994.
3. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Recursos y Servicios. Boletín de Información Estadística. México, D.F. : SSA, 1992 ; (12) :333.
4. Gayton D. Wood-Dauphinee S., De Lorimer M. Tousignant P., Hanley J. Trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital. J. Am. Geriatr Soc. 1987 ; 35 (8) : 726-736.
5. Rubenstein LZ, Josephson KR, Weiland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation N. Engl. J. Med 1984 ; 31 (27) : 1664-1670.
6. Williams ME, Williams F, Zimmer JG, Hall WJ, Podgroski CA. How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with traditional care : A report of a randomized controlled trial. J. Am. Geriatr. Soc. 1987 ; 35(12) : 1071-1078.
7. Trucker MA, Davidson JG, Ogle SJ. Day hospital rehabilitation-effectiveness and cost in the elderly : A randomised controlled trial. Br. Med J. 1984 ; 289(3) : 1029-1211.
8. Jiménez-Herrero F. "Gerontología 1993" Ediciones Científicas y Técnicas Masson-Salvat. Barcelona España, 1993. p. 145-149.

9. Velazquez-Alva, MC. "Estudio Antropométrico en un grupo de hombres y mujeres de la tercera edad en la ciudad de México". *Revista de Salud Pública de México*, 1996. 38 :446-474.
10. Hazzard WR, Andres R, Bierman E, Blass J. *Principies of geriatric medicine and gerontology*. 2nd. Ed. New York : Mc Graw Hill, 1990 :175-183.
11. Sloane P. Nursing home candidates : Hospital inpatient trial to identify those appropriately assignable to less intensive care. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1980 ; 28 :511-514.
12. Brocklehurst C. Great Britain. Brocklehurst JC, ed. *Geriatric care advanced societies*. Baltimore : University Park Press, 1975 : 5-42.
13. Salinas-Martínez R, Banda-Arévalo JP. Asilos de ancianos en el Estado de Nuevo León. *Salud Pública de México*. 1991 ; 33 :56-69.
14. Siu AL. The quality of medical care received by older persons. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1987 ; 35 :104.
15. Consejo Nacional de Población. *Estimaciones y proyecciones de población 2000-2010*. México, D.F. : CONAPO, 1994.
16. Bronfman M, Ruíz L, Gamble A, Sandoval A. *La salud de la población de edad avanzada : un reto más hacia el futuro*. Cuadernos de Salud, Población y Salud. Núm. 1, México, D.F. : Secretaría de Salud, 1994.
17. Ivan Breghin. *Guía para evaluar el estado de nutrición*. OPS. Washington, D.C., E.U.A.1992.
18. Lefton E, Bonstelle S, Frengley JD. Success with an inpatient geriatric unit : A controlled study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1983 :149-155.

19. World Health Organization. Uses and interpretation of anthropometry in the elderly for the assessment of physical status. Interim draft report of nutrition unit. Ginebra : World Health Organization. The Subcommittee on the Elderly, 1992.
20. Pujades Muñoz, Juan José. "El método biográfico : el uso de las historias de vida en ciencias sociales". En : Cuadernos Metodológicos No. 5. CIS. España 1992. pp. 1-84.
21. Taylor, S.J., Bogdan R. "Introducción a los métodos cualitativos de Investigación : La búsqueda de significados". Buenos Aires, Argentina, 1990. Editorial Paidós. pp. 31-94.
22. Gamella, Juan Francisco. "Elaboración de una historia de vida". Barcelona, España, 1990. Editorial Paidós. pp. 70-80.
23. All Port, Robert. Los usos del Método Biográficos. Barcelona, España, 1992. De. Martínez Roca. pp. 120-130.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. De Groot CPGM, Van Staveren WA. Nutrition and the elderly. A European collaborative study in cooperation with the World health Organization, Special Program for Research on Aging and International union of Nutritional Sciences. Committee on Geriatric Nutrition. Manual of operations. Wageningen, The Netherlands. Euronut Report 11. 1988.
2. De Goot CPGM, Sette S, Zajkás G, Carvajal A, Amorim C. Nutritional status : Anthropometry. Eur J. Clin. Nutr. 1991 ; 45supp 13 :31-42.

3. Esquiús M., Shwartz S., López-Hellín J., Andrew AL, García E. Parámetros Antropométricos de referencia de la población anciana. *Med. Clin.* 1993 ;100 :692-698.
4. Garrow JS., Webster J. Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *Int. J. Obes.* 1985 ;9 :147-153.
5. Gutiérrez-Robledo LM. Perspectivas para el desarrollo de la Geriátrica en México. *Salud Pública de México.* 1990 ; 32 :693-701.
6. Habicht JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. *Bol. Oficina Sanitaria Panamericana* 1974 ;76 :375-385.
7. Iturriaga RJJJ. Programas de asistencia a la vejez en América Latina. Memorias del 20^a Encuentro Nacional de Delegados Estatales del INSEN y Profesionales de la Asistencia a la Vejez. México, D.F. : INSEN, 1987 :33-39.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La tercera edad en México, 1993. IX Censo Nacional de Población y Vivienda. México, D.F. : INEGI, 1990.
9. Instituto Nacional de la Senectud. La tercera edad en México. México, D.F. : INEGI , 1993.
10. Katz S. Ford AB, Moskowitz RW et. al. Studies of Illness in the aged. The index of ADL : A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963 ; 185 :914.
11. Lemonier D., Asher S., Boukaiba N., Flament C., Doucet C., Piau A. et. al. Discrepancy between anthropometry and biochemistry in the assessment of the elderly. *Eur. J. Clin. Nutr.* 1991 ; 45 :281-286.

12. Lohman GT, Roche FA, Martolrell R. Anthropometric standarization reference manual. Champaign Illinois : Human Kinetics Books, 1988.
13. Minter MAK, Lowik HRM, Deurenberg P., Kik JF. Inconsistent associations among anthropometric measurements in elderly Dutch men an women. J. Am. Diet. Assoc. 1991 ;91 :1408-1412.
14. 14. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea Mundial del Envejecimiento. Plan Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Viena : ONU, 1982 ; Vol. 2.
15. Ortega A., Varela-Moreiras G., Ruíz-Roso B., Perea Y., Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa. Euronut-SENECA. Estudio en España. 3. Estado Nutritivo : antropometría, hematología, lípidos y vitaminas. Rev. Esp. Geriatr. Geront. 1993 ;28(4) :230-242.
16. Nigenda, Gustavo. Langer Ana. "Métodos Cualitativos para la investigación en salud pública". Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F., 1995. pp. 104.

ANEXOS

**Cédula de entrevista.
Ficha epidemiológica.**

Nombre del Encuestado _____

No de encuesta. _____

Fecha _____

Dirección de residencia. _____

Edad _____ Sexo _____ Telefono _____

Años de residencia en la localidad _____

Estado Civil _____ Situación laboral (ocupación) _____

Sabe leer y Escribir _____

Escolaridad _____

Peso _____ Talla _____

Zacatecas. Zacatecas México.

1.- Definición de términos y conceptos.

Tercera edad:

Periodo de la vida comprendido entre los 60 y 74 años de edad, indica edad avanzada pero aún con gran oportunidad para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

Cuarta edad:

Periodo de la vida que comprende a partir de los 75 y más en donde la gran mayoría de la población sufre pérdidas de capacidad para las actividades de la vida diaria, lo frecuente son problemas severos de enfermedad de lenta evolución y una dependencia creciente para el sostenimiento y el cuidado.

Esperanza de vida:

Años probables que tiene una persona de vivir a partir de su nacimiento.

Riesgo:

Es una medida de probabilidad estadística de que en el futuro se produzca un acontecimiento, por lo general no deseado.

Historia de vida:

Técnica e instrumento de investigación que permite el estudiar la determinación de la salud colectiva; con una comprensión dialéctica de los ordenes biológico y social concatenando los procesos generales (sociedad, producción, etc.) con los procesos particulares (clases sociales, reproducción, etc) y la esfera de lo singular (individualidad, privado, etc.)

Dependencia:

Significa el realizar actividades con supervisión directa o ayuda personal activa.

Independencia:

Significa la realización de actividades sin supervisión, dirección o ayuda personal activa.

Evaluación geriátrica.

Proceso de diagnóstico multidimensional e inter y transdisciplinario, destinado a cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano con el fin de realizar un tratamiento completo, planificando su seguimiento a corto y largo plazo.

Estado nutricional

Condición que guarda una persona con respecto a su constitución corporal y su funcionamiento así mismo se puede decir que es el equilibrio o balance que debe existir entre la masa corporal o ponderal y la regularidad de sus funciones orgánicas

Evaluación nutricional:

Es el uso de indicadores para valorar el estado nutricional aplicando variables antropométricas.

Transición demográfica:

Cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad.

Transición epidemiológica:

Cambios hacia menores incidencias prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades de lenta evolución e incapacitantes.

ÍNDICE DE KATZ

Para cada función de la lista, señalar la descripción que corresponda (La palabra <<ayuda>> significa supervisión, dirección o ayuda personal)

Bañarse (con esponja, en bañera o ducha)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No recibe ayuda (entra y sale de la bañera sin ayuda si la utiliza habitualmente)	Recibe ayuda para lavar una sola parte del cuerpo (como la espalda o una pierna)	Recibe ayuda para lavar más de una parte del cuerpo (o no se baña).

Vestirse (coge la ropa de armarios y cajones; incluye ropa interior; complementos y abrocharse los botones, e incluye pulseras si las usa).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coge la ropa y se viste completamente.	Coge la ropa y se viste sin ayuda, pero recibe para atarse los zapatos.	Recibe ayuda para coger la ropa o para vestirse o permanece sin vestirse parcial o completamente.

Ir al servicio (ir al cuarto de baño para la eliminación de orina y heces; limpiarse tras la eliminación y arreglarse la ropa).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va al servicio, se limpia y se arregla la ropa sin ayuda (puede usar ayudas para apoyarse, como un bastón, andador o silla de ruedas y puede utilizar una cuña u orinal por la noche, vaciándolo por la mañana).	Recibe ayuda para ir al servicio, para limpiarse o para arreglarse la ropa tras la eliminación o en el uso nocturno de una cuña o el orinal.	No va al servicio para el proceso de eliminación.

Movilidad

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se levanta, sienta y acuesta en la cama o la silla sin ayuda (puede usar ayuda para apoyarse como un bastón o andador)	Se sienta, levanta o acuesta en la cama y la silla con ayuda.	No se levanta de la cama.

Continencia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controla la micción y la defecación por sí mismo completamente.	Tiene <<accidentes>> ocasionales	Supervisado para ayudar a mantener el control de la micción o de la defecación; utiliza sonda o es incontinente.

Comida

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se alimenta sin ayuda.	Se alimenta sólo, necesita ayuda para cortar la carne o untar el pan.	Recibe ayuda para comer o se alimenta parcial o totalmente mediante sonda o por vía parenteral.

NOMBRE DEL ENCUESTADO: _____

1875