

# **Universidad Academia de Humanismo Cristiano**

## **Carrera de Psicología**

### **Distribución de sujetos diabéticos y o hipertensos en torno a su disposición para cambiar hábitos en salud.**

Estudio descriptivo de la distribución en las etapas de cambio según el Modelo Transteorico del Cambio Conductual de sujetos hipertensos y o diabéticos en un Centro de Salud Primaria en la comuna de Puente Alto.

<b>Profesor Guía:</b>	<b>J. Mauricio Contreras</b>
<b>Metodólogo:</b>	<b>Raúl Zarzuri</b>
<b>Profesor Informante:</b>	<b>Cecilia Castro</b>
<b>Alumno:</b>	<b>Luis San Martín Mena</b>

**Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología**  
**Tesis para optar al Título de Psicólogo**

Octubre del año 2007

---

---

<b>Índice</b>	<b>Página</b>
1) <b>Introducción</b> .....	4
a) Antecedentes del Problema.....	4
b) Formulación del Problema y Pregunta de Investigación....	12
c) Estructura de la Tesis.....	15
d) Aportes y Relevancia de la Investigación.....	19
2) <b>Objetivos</b> .....	22
3) <b>Marco Teórico</b> .....	24
3.1.- Atención Primaria en Salud.	
De Consultorio a Centro de Salud.....	27
3.2.- Enfermedades Crónicas No Transmisibles,	
Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.....	31
3.3.- Psicología de la Salud.....	35
3.3.1- Definición de la Psicología de la Salud.....	40
3.3.2- Modelos de la Psicología de la Salud.....	42
3.3.3- Objetivos y Ámbitos de la Psicología de la Salud.....	46
3.3.4- Modelo Transteorico del Cambio Conductual.....	50
4) <b>Marco Metodológico</b> .....	55
a) Enfoque metodológico.....	55
b) Tipo y diseño de	
investigación.....	57
c) Delimitación del campo a estudiar.....	58

d) Fases para la recopilación de datos y procedimientos	
En la investigación.....	68
e) Técnicas e instrumentos de recolección	
de la información.....	70
f) Técnicas de Análisis.....	72
<b>5) Resultados descriptivos y análisis.....</b>	<b>73</b>
5.1. Fase Cuantitativa.....	74
5.2. Fase Cualitativa.....	101
<b>6) Conclusiones y Discusión.....</b>	<b>122</b>
<b>7) Bibliografía.....</b>	<b>134</b>
<b>8) Anexos.....</b>	<b>137</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **a) Antecedentes del Problema**

Las enfermedades cardiovasculares en Chile, son la principal causa de muerte en ambos sexos, siendo una de cada tres defunciones, producto de un evento u o patología cardiovascular. “Aunque no existen estudios sobre la incidencia o prevalencia de estas enfermedades a nivel nacional, distintas investigaciones señalan que las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbilidad en el adulto” (Ministerio de Salud de Chile, 2002).

Sumado a la mortalidad que estas enfermedades producen, los costos económicos para los individuos, sus familias y la sociedad son altísimos, ya que requieren atención médica especializada en servicios clínicos de alta complejidad tecnológica.

Las enfermedades cardiovasculares, se definen como Enfermedades Crónicas No Transmisibles, crónicas, en tanto se desarrollan por muchos años en el organismo, generalmente en forma silente; no transmisibles, ya que no se vectorizan o contagian de un ser humano a otro. Estas enfermedades, comparten factores que

son predisponentes a su desarrollo, estos se consignan como factores de riesgo, concepto que desarrollaremos a continuación.

Entenderemos como Factores de Riesgo (FR), a los hábitos y o antecedentes mórbidos, que facilitan, condicionan o predisponen el surgimiento de un evento patológico cardiovascular. Pueden ser factores **no modificables**, como el sexo, la edad, la herencia, **modificables**, como el hábito tabaquito, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los desequilibrios en el colesterol, o bien, factores **condicionantes** como la obesidad o el sedentarismo.

Son estos factores los que, desde la atención primaria de la salud, se intentan abordar en la asistencia de quienes sufren enfermedades cardiovasculares. Específicamente se trabaja con los factores de riesgo que sean modificables y los condicionantes, así “el enfoque de los subprogramas de pacientes crónicos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el tratamiento aislado de un factor de riesgo y esta dirigido principalmente al control de solo dos de ellos, Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM); sin embargo, el objetivo del tratamiento debe ser reducir el riesgo cardiovascular absoluto, lo que se logra considerando el riesgo global del sujeto y tratando los factores coexistentes en forma simultanea. El trabajo sobre dichos factores, se encuentra en las propuesta contenida en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)”<sup>1</sup>, direccionando el esfuerzo del Programa de Salud

---

<sup>1</sup> Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Programa de Salud Cardiovascular. Programa de Salud del Adulto. MINSAL. Chile. 2002. Pag. 7.-

del Adulto, expresado en las Reorientaciones de los Programas de Hipertensión y Diabetes, desde el año 2002 a la fecha, siendo dichas reorientaciones las que definen, desde cierta perspectiva, el norte de los esfuerzos que en esta propuesta de investigación se plantean, ya que los aportes, que desde el ámbito de la Psicología de la Salud son planteables a esta parte de la población, permitirían la entrega de servicios mas integrales a los usuarios, focalizando acciones terapéuticas preventivas desde el componente psicosocial, con el cual se ha enriquecido el flujo normal de prestaciones que se entregan a los usuarios.

Desde este lineamiento, la atención que entregan los Servicios de Atención Primaria en nuestro país, abordan esencialmente, en términos clínicos y con variados esfuerzos educativos, a la población usuaria que padezca alguna Enfermedad Crónica No Transmisible, como son la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial. Estas enfermedades, como a sido planteado, se constituyen como factores de riesgo cardiovascular, y se consideran modificables, pues si bien, cuando se han desarrollado no es posible eliminarlas, si es posible prevenir el aumento del daño que provocan, ejerciendo control sobre el factor que otorga el sedentarismo, el sobrepeso, la gordura abdominal, entre otros, desarrollando modificaciones en los estilos de vida. Si una persona que padece hipertensión o dislipidemia, inicia cambios en su alimentación, controlando el consumo de sal, evitando el sobrepeso, así como incorporando actividad física aeróbica a su vida, el riesgo cardiovascular que sufre disminuye, lo que según se plantea en las Reorientaciones de los Programas de Hipertensión y Diabetes, puede llegar a alcanzar un 50 % menos de

riesgo cardiovascular<sup>2</sup>, el cual se entiende como la posibilidad de que a estos sujetos le acontezca una accidente vascular, ya sea a nivel cerebral o cardiaco, lo que es evaluado en términos cuantitativos con el Modelo de Framingham<sup>3</sup>. En este, “se definen tres categorías de riesgo: máximo, alto y moderado, según el riesgo de presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años”<sup>4</sup>

Desde esta perspectiva, modificar hábitos, promover estilos de vida más saludables o desarrollar actividades psicoeducativas de prevención, son tareas centradas en los individuos y sus familias, en sus creencias, en tanto sujetos vinculados a sus historias, tanto individuales como colectivas. Intervenir, desde lo psicoeducativo, el margen de riesgo frente a la enfermedad, así como prevenir, que dichas dolencias, en especial la DM y la HTA, no se extiendan hacia los otros miembros de las familias de quienes las sufren, requieren de una mirada que no se sostenga solo en lo biomédico, sino en lo biopsicosocial, en especial, en la modificación de hábitos, así como en la estimulación al cambio en las motivaciones, actitudes y comportamientos frente al desafío de adquirir estilos saludables de vida.

Focalizar las condiciones que hacen posible un cambio en los comportamientos, así como en los hábitos de dicha población, es un desafío posible

---

<sup>2</sup> Ibid. Pag. 3.-

<sup>3</sup> Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An update coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991, 83:356-362.

<sup>4</sup> Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285, N°19: 2486-2497.

de abordar desde el Modelo Transteorico del Cambio Conductual, propuesto por Prochaska JO, Velicer WF y Di Clemente CC, quienes propusieron que las personas progresan de una manera gradual, continua y a través de un proceso dinámico de 5 etapas, a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas. Este autor y sus colaboradores indagaron “las causas por las que las personas suelen ser reacias a modificar hábitos en relación a su salud, aun cuando estos dependan de factores aparentemente bajo su control. Descubrió que la oferta de los programas de salud se orientaba a la acción, es decir, al cambio conductual inmediato, sin adecuarse a las necesidades de cada uno de los usuarios, puesto que las personas antes de cambiar pasan por una serie de etapas que las predisponen en menor o mayor grado al cambio”<sup>5</sup>. Frente a lo anterior, es necesario aclarar, que el modelo plantea cinco etapas en las que las personas podían estar respecto a la adopción de determinadas conductas en relación a su salud:

- ***Precontemplación***, en que la persona no admite interés en modificar su conducta, el correlato de esta actitud es una sensación de incapacidad y falta de habilidades para realizar algún cambio, las creencias enfatizan los costos de adoptar un cambio, en lugar de los beneficios. En esta fase la persona no se encuentra dispuesta a emprender modificaciones de conducta.

---

<sup>5</sup> Conserjería en Vida Sana. Manual de Apoyo. Modelos de Intervención Promocional en Centros de Atención Primaria. INTA. MINSAL. U. De Chile. Pag. 8. 2004.

- **Contemplación**, una vez que la persona admite interés por modificar la conducta, pero continua considerando mínima la probabilidad de asumir un cambio, dado que la creencia en las propias capacidades es escasa. Hay mayor conciencia de los beneficios de un cambio de conducta, pero también se destacan los costos y desventajas de cambiar la conducta. Aun no se da el paso de pensar a actuar.
  
- **Preparación** para la acción es la etapa en que la persona, junto con estar conciente de la necesidad de cambio, tiene la decisión de efectuarlo, contando con algún plan para hacerlo. Ya hay convicción respecto al mayor peso de los beneficios por sobre los costos. La debilidad se encuentra en el temor de fallar. Esta persona se encuentra preparada y dispuesta para participar en un programa orientado a la acción.
  
- **Acción**, es la fase de ejecución, existiendo alto riesgo de recaídas, por lo que el plan de acción debe contar con estrategias de apoyo y afrontamiento ante las situaciones de riesgo de abandono.
  
- **Mantención**, descrita como la última fase del proceso de cambio, se considera iniciada a partir de los seis meses siguientes al cambio, considerando que las posibilidades de que el nuevo hábito se transforme en un estilo de vida son altas.

Para que un programa de modificación de hábitos de vida sea exitoso, Prochaska sugiere que una persona debe pasar por todas y cada una de las etapas que lo separan de la acción, efectuando una intervención por cada etapa, partiendo por la etapa en que la persona se encuentra, por ello, saber en que etapa se encuentran es fundamental.

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares comparten factores de riesgo, de ahí que la reducción en uno o más de ellos puede prevenir más de una enfermedad CV. Su etiología multifactorial hace necesarias intervenciones multifactoriales que potencien sus resultados, a la vez, de que todo esfuerzo en dicho ámbito, debe estar sustentado en la mirada interdisciplinaria que en los equipos de salud se ha intentado sostener. Es desde esta perspectiva, que en los servicios que atiende a esta población, se desarrollen estrategias en las cuales puedan, por una parte categorizar a los individuos en atención, así como, diseñar alternativas terapéuticas que estén de acuerdo a cada sujeto, según su hábitat, estilo de vida y nivel de riesgo en el que esta por su patología. En el ámbito de las enfermedades cardiovasculares, se plantea que en el contexto clínico, el énfasis en la intervención inicial debe centrarse en el desarrollo de intervenciones dirigidas a tratar el exceso de peso, con cambios en los hábitos de alimentación y ejercicio físico.

Es en este espacio, donde se visualiza la carencia de clasificaciones en torno a la disposición al cambio de hábitos. Lo anterior se visualiza como una situación problema, que dificulta la planificación de estrategias y acciones mas específicas,

adecuadas y consistentes con las creencias, etapas de cambio y o disposición de los sujetos en riesgo cardiovascular con los que se trabaja en el nivel primario del sistema de salud.

Por ello, se considera importante desarrollar una estimación en torno a la intención hacia el cambio de hábitos que presentan los diabéticos e hipertensos de una localidad, frente a la posibilidad de realizar cambios en sus estilos de vida. Utilizaremos para este acercamiento el Cuestionario para la Evaluación del Estado de Cambio, en dos indicadores: Control de Peso y Ejercicio Físico<sup>6</sup>. Este instrumento, sustentado en el Modelo de Etapas de Cambio de Prochaska y Col. se ha obtenido de la experiencia que el programa CARMEN (acrónimo que significa “Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles”) impulsado por el Ministerio de Salud chileno, para disminuir el aumento epidemiológico de dichas patologías. Con la aplicación de este instrumento, se busca describir, el como califican, en dichas etapas, sujetos pertenecientes a una muestra no probabilística, atendidos en un centro de atención primaria de la comuna de Puente Alto.

---

<sup>6</sup> Prochaska JO. Stages of Change. Can J. Cardiol Vol.11 Suppl A 1995. Documento Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso u Obesidad. MINSAL. Programa CARMEN. Mayo 2002.

**b) Formulación del problema y pregunta de Investigación.**

Desde lo planteado en el apartado anterior, se define como un problema la carencia de una estimación en los servicios de atención públicos de salud, de una categorización de sus pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial en torno a su disposición a cambiar hábitos, con la cual enriquecer el diseño de estrategias terapéuticas no solo en el campo de lo biomédico, sino de lo biopsicosocial, que permitan mejor adherencia a los tratamientos y una mejor disposición al desafío de hacer modificaciones en los estilos de vida, punto fundamental desde el cual se diseñan las acciones psicoeducativas, para mejorar el proceso de compensación y curación de los sujetos en atención. Este problema, el de la carencia de una calificación en el ámbito de la disposición al cambio de estos sujetos, es central en el éxito o fracaso de las intervenciones que se plantean con esta población.

Se ha desarrollado, a partir de la aplicación del instrumento Cuestionario de Evaluación del Estado de Cambio (Anexo 1), en el ámbito del control de peso y desarrollo de actividad física, el como califican en las etapas del proceso de cambio de conducta propuesto en el Modelo Transteorico del Cambio Conductual (Modelo de Prochaska), los sujetos adultos pertenecientes a una muestra no probabilística, de individuos hipertensos y o diabéticos, en atención en el Centro de Salud Padre

Manuel Villaseca, los que estando en riesgo cardiovascular, son beneficiarios de las atenciones medicas, educativas y psicoterapéuticas que desde dicho centro se entregan, junto a ello, se ha desarrollado un segundo momento, en el cual, se desarrollo la aplicación de una entrevista que permite describir con mayor riqueza, las narraciones y contenidos, que estos sujetos plantean en torno a sus propios procesos terapéuticos.

Así entonces, el problema que estudia esta investigación se define en el como, sujetos que están en riesgo cardiovascular, mujeres y hombres adultos, con edades que se ubican entre los 35 y los 54 años , hipertensos y o diabéticos tipo 2, presentan distintas disposiciones para enfrentar procesos terapéuticos que exigen modificar hábitos y estilos de vida, no existiendo frente a ellos, experiencias que describan su intención de cambio y los contenidos presentes en sus discursos, lo que dificulta la elaboración de propuestas terapéuticas no medicas, que sean mas efectivas en la incorporación de conductas de mayor pro actividad en torno al cuidado de la salud. Esto es entendido como una gran debilidad, al momento de elaborar propuestas psicoterapéuticas y psicoeducativas para esta población.

Desde este escenario, las preguntas de investigación son:

1. ¿Cómo se distribuyen dichos usuarios, Mujeres y Hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, enfermos de Diabetes Mellitus tipo 2 y o Hipertensos, en el Modelo de Etapas de Cambio de Prochaska

frente a la posibilidad de modificar sus hábitos en torno a actividad física y control de peso?

2. ¿Qué contenidos presentes, es posible distinguir, en los discursos de sujetos, Mujeres y Hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, enfermos de Diabetes Mellitus tipo 2 y o Hipertensos, en relación a sus propios procesos terapéuticos vividos?

### **c) Estructura de la Tesis**

La investigación que se expone tiene un conjunto de fases, las que componen la estructura de la tesis en cuestión.

Es posible distinguir las siguientes:

***Identificación del Problema a Investigar:*** en este momento se desarrolla la definición del problema a investigar, articulando los antecedentes con que se cuenta en torno a este, con la definición de las preguntas que orientaran esta investigación. Es importante frente a esta fase, destacar que el problema de investigación esta planteado en el como, sujetos que están en riesgo cardiovascular, mujeres y hombres adultos, con edades que se ubican entre los 35 y los 54 años , hipertensos y o diabéticos tipo 2, presentan distintas disposiciones para enfrentar procesos terapéuticos que exigen modificar hábitos y estilos de vida, no existiendo frente a ellos, experiencias que describan su intención de cambio y los contenidos presentes en sus discursos, lo que dificulta la elaboración de propuestas terapéuticas no medicas, que sean mas efectivas en la incorporación de conductas de mayor pro actividad en torno al cuidado de la salud. Esto es entendido como una gran debilidad,

al momento de elaborar propuestas psicoterapéuticas y psicoeducativas para esta población.

Estas actividades, se verían enriquecidas en su diseño y plan de trabajo, si se contara con una descripción en torno a como, se distribuyen en el Modelo Transteorico del Cambio Conductual, planteado por James Prochaska y Carlo Di Clemente (Di Clemente y Prochaska, 1982), los sujetos ya definidos, esencialmente evaluando, su disposición al cambio en dos hábitos fundamentales, la alimentación y el desarrollo de actividad física aeróbica saludable.

Desde esta fase, se desglosan los *Objetivos* que guían el desarrollo de la investigación, en búsqueda de orientar los pasos que se realizaran en la investigación.

*Desarrollo de un Marco Teórico*, coherente a la búsqueda de conocimientos que guía este esfuerzo. En esta fase, se busca iluminar conceptualmente, el como opera l disposición a cambiar de hábitos, según el Modelo Tranteorico, pero a su vez, contextualizando dicho modelo, en la Psicología de la Salud, la cual, como sub disciplina de la Psicología, permite estimar como los sujetos manejan sus hábitos y conductas frente al riesgo de enfermar. Por dichos conceptos, es importante, describir además, el contexto de las políticas de salud a nivel nacional, estableciendo un marco histórico en torno a la atención primaria en salud publica.

*Marco Metodológico:* frente al desafío planteado en el problema a investigar, a los objetivos que direccionan el esfuerzo que se ha realizado en torno a la búsqueda de un conocimiento, así como al encuadre teórico en el que se realiza dicho desafío, el Enfoque Metodológico nos ubica en una investigación con un alcance descriptivo, desarrollado en dos momentos y bajo el encuadre de un Modelo de Enfoque Dominante, en el cual, se plantea un primer ejercicio cuantitativo, sobre una muestra de 123 individuos, hombres y mujeres, con edades entre los 35 y los 54 años, desde los cuales se describirá el como se distribuyen en las categorías de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento del Modelo Transteorico propuesto por Prochaska y Di Clemente, en la disposición al cambio de habito en el control de peso y desarrollo de ejercicio físico saludable a nivel cardiovascular, a los que se les aplico el Cuestionario de Evaluación de Estado de Cambio. Durante un segundo momento, se realiza un ejercicio cualitativo, orientado a visualizar o develar los contenidos presentes en las respuesta de 12 sujetos extraídos de la muestra de 123 sujetos participantes en el primer momento, frente a una Entrevista Semi Estructurada, con la cual se propone distinguir los significados que dichos sujetos entregan a sus propias experiencias en relación a sus experiencias en torno al reducción de riesgo cardiovascular.

Desde estos ejercicios y o fases del proyecto, se pretende desarrollar un acercamiento descriptivo frente a la distribución de dichos sujetos en las etapas de disposición al cambio de hábitos en el control de peso y desarrollo de ejercicio físico, hábitos que actúan como factores condicionantes de la salud cardiovascular de dichas

personas. Desde dicha fase cuantitativa, se profundizara dicha descripción, desarrollando una segunda fase de carácter cualitativa, en la cual se extraerán 12 sujetos, desde la muestra anterior, con la cual se realizara un estudio cualitativo orientado a develar los contenidos presentes en las respuestas a la entrevista que se les aplicara.

Las *conclusiones*, pretenden articular los conocimientos obtenidos en las dos fases propuestas en la investigación. Desde estos hallazgos, se elaborará un listado de sugerencias para el desarrollo de distintos ámbitos de acción desde la psicología.

#### **d) Aportes y relevancia de la Investigación**

Las enfermedades cardiovasculares y los modelos con que se intenta articular la atención de ellas, han iniciado un proceso de cambio en los servicios de atención primaria de salud, desde el enfoque biomédico exclusivo a un enfoque biopsicosocial mas integral en su relación con el objeto salud. En este escenario, clasificar a los beneficiarios, según su disposición o intención de modificar sus hábitos asociados al riesgo cardiovascular, se entiende como fundamental, ya que posibilita una mejor adecuación de las estrategias terapéuticas con las cuales se intenta abordar el desafío de compensarlos, reduciendo el riesgo cardiovascular en que están y promoviendo en ellos la pro actividad en relación a los cuidados de su salud. Desde esta perspectiva, desarrollar desde lo psicosocial, el diseño de actividades, psicoeducativas y psicoterapéuticas, como talleres promotores de alimentación saludable, programas de actividad física contra el sedentarismo, grupos terapéuticos para la reducción del sobrepeso entre otras posibilidades, se entienden como muy relevantes. Estas actividades se potenciarían con la experiencia que esta investigación entrega, ya que posibilita un modelo metodológico de aproximación, con el cual es posible una intervención más adecuada y exitosa.

Se entiende como importante este esfuerzo además, ya que son muy escasas las experiencias en este ámbito, destacándose como una experiencia de estudio, a

nivel nacional masivo, en el que se evaluó la etapa del proceso de cambio de conducta en que se encontraban las personas frente al consumo de tabaco, el desarrollo de actividad física, el consumo de colesterol y la mantención del peso en parámetros adecuados, un estudio llamado RICAR<sup>7</sup>.

Este desafío es actual, si vemos que la Diabetes, así como la Hipertensión Arterial, son las enfermedades cardiovasculares con mas demanda dentro de las garantías que el Plan AUGE ha enfrentado, el diseñar experiencias innovadoras, que además permitan ir constituyendo un conjunto de experiencias se perfila como una propuesta que es sustentable, ya que de ella es posible el replicar otras experiencias, así como profundizar en la relación de las variables que en ella se constituyen.

En el ámbito de la Psicología, es importante generar esta experiencia, pues desde ella, es posible el diseño posterior de intervenciones focalizadas a este tipo de población, usuaria de los sistemas públicos de atención, así como de gran presencia en el mapa epidemiológico de las enfermedades crónicas que afectan a nuestra sociedad. Es importante no olvidar, que estas dolencias, son el centro de atención de los programas de salud dirigidos a los adultos que consultan en los sistemas de salud, lo que debido a su prevalencia, exige cada vez mas, la búsqueda de líneas de atención terapéuticas en la que los psicólogos y psicólogas, tienen mucho que aportar, ya que frente a lo complejo del ser humano, la óptica psicosocial enriquece y

---

<sup>7</sup> Kunstmann S, Lira MT, Molina JC, Meruane J, Guarda E, Marchant E et al. Riesgo de presentar un evento cardiovascular a 10 años en personas sanas: Proyecto RICAR. Rev Chil Cardiol 2004.

humaniza las acciones biomédicas con las que tradicionalmente se atendía a dichos sujetos.

Entendemos como fundamental este desafío para la psicología, ya que el enriquecimiento de experiencias en este escenario, permite generar aportes para la subdisciplina de la Psicología para la Salud, así como, ir validando el aporte en lo psicosocial, que desde los servicios asistenciales públicos se pretende incorporar, abriendo escenarios de investigación y desarrollo profesional.

## 2. Objetivos

### **Objetivo General.**

1.- Conocer las distintas disposiciones frente al cambio de hábitos asociados al riesgo cardiovascular, en mujeres y hombres adultos, que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 y o Hipertensión Arterial, atendidos en un Centro de Atención Primaria de Salud en la Comuna de Puente Alto.

### **Objetivos Específicos.**

1.1.- Describir como se distribuyen, mujeres y hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, que padecen **Diabetes Mellitus tipo 2**, en el Modelo de Etapas de Cambio de Prochaska y Col., frente a la posibilidad de modificar hábitos en torno al desarrollo de actividad física y su control de peso, en una muestra de la población con riesgo cardiovascular, atendidos en el Centro de Salud Padre Manuel Villaseca de Puente Alto.

1.2.- Describir como se distribuyen, mujeres y hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, que padecen **Hipertensión Arterial**, en el Modelo de Etapas de Cambio de Prochaska y Col., frente a la posibilidad de modificar hábitos en torno al desarrollo de actividad física y su control de peso, en una muestra de la población con riesgo cardiovascular, atendidos en el Centro de Salud Padre Manuel Villaseca de Puente Alto.

1.3.- Describir como se distribuyen, mujeres y hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, que padecen **Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2**, en el Modelo de Etapas de Cambio de Prochaska y Col., frente a la posibilidad de modificar hábitos en torno al desarrollo de actividad física y su control de peso, en una muestra de la población con riesgo cardiovascular, atendidos en el Centro de Salud Padre Manuel Villaseca de Puente Alto.

1.4.- Describir contenidos, en torno a las narraciones de mujeres y hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, que padecen Hipertensión Arterial y o Diabetes Mellitus tipo 2, en relación a la reducción del riesgo cardiovascular.

### 3. Marco Teórico

En el año 1978, se constituye la Declaración de Alma Ata en la antigua Unión de Republicas Socialistas (URSS), en esta se establece una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo, en la cual se plantea como desafío, el desarrollo de una “salud para todos en el año 2000”. Para ello, establece variados principios y desafíos, esencialmente en el nivel primario de la atención que los sistemas de salud entregan a la población. Así desde esta declaración, quedo establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia especifica, distinta a las utilizadas hasta entonces, dicha estrategia se definió como Atención Primaria de Salud (APS), la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.

La declaración de Alma Ata señala que “La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. **comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;**
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. **exige y fomenta en grado máximo la auto responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla**

**mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;**

6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad”(Declaración de Alma Ata, OMS, 1978).

Se han destacado los puntos 3 y 5 del artículo VII de la declaración, en los cuales se realiza el componente educativo, de incorporación en la estrategia de atención primaria del saber popular en torno al objeto salud, potenciando la autodeterminación y la importancia de la proacción de los pueblos en la definición de sus actividades preventivo curativas. En otras palabras, para alcanzar salud para todo a través de la atención primaria y desarrollar los programas propuestos, es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad, desde el primero, que son los

Consultorios, Centros de Salud y Centros de Salud Familiar, hasta los mas altos, como Hospitales Generales y Unidades Especializadas de Rehabilitación. El cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de servicios básicos de salud, con la participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar y considerando los propios procesos de autodeterminación y adherencia a estilos de vida más saludables en cada hombre y mujer que compone dichas comunidades.

### **3.1.- Atención Primaria de Salud, de Consultorios a Centros de Salud.**

Es importante distinguir las diferencias en los términos Prevención Primaria, Nivel Primario de Atención y Atención Primaria de Salud. La Prevención Primaria corresponde a una de las etapas de intervención en el proceso salud-enfermedad, consistente en acciones destinadas a prevenir la aparición de una enfermedad aguda o crónica, por ejemplo, campañas de inmunizaciones, modificaciones de factores de riesgo, etc. El Nivel Primario de Atención, es el primer nivel de la organización del sistema de salud, y esta compuesto por Consultorios, Centros de Salud y Centros de Salud Familiar, incluyendo además, postas urbanas, postas rurales y Servicios de Atención Primaria Urgentes SAPU. Por otra parte, la Atención Primaria de Salud es una estrategia, con la cual se pretende focalizar el esfuerzo, planteándose según la Declaración de Alma Ata como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestos al

alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”(Art. VI, Declaración Alma Ata, OMS, 1978).

Desde esta perspectiva, la atención primaria de salud, se concreta en los Establecimiento de Atención que existen en el Nivel Primario de Atención en Salud. Así, los Consultorios Generales Urbanos y Rurales de los años 80, herederos de los Consultorios Periféricos de los años 70, de los Centros de Salud de los años 50 y 60, y mas atrás aun, de las Unidades Sanitarias de los años 40, los cuales, como lo hicieron sus antecesores, deben ser el reflejo del proyecto de desarrollo social que establece el gobierno de turno.

Durante muchos años, Los Consultorios estaban orientados a responder preguntas, desde la perspectiva biomédica, en torno a como curar una dolencia específica, imperaba la mirada en torno al órgano enfermo que debe ser tratado médicamente, y a nivel de intervención en el organismo de la persona que consulta, a la cual buenamente se le denominaba paciente, ya que muchas veces debía esperar pacientemente que un medico u otro profesional sanitario, desde el imperio de la medicina, respondiera sus preguntas, recetando medicamentos que aliviaran dicha dolencia.

Desde el año 1993, el estado chileno impulsa, asumiendo el desafío planteado al firmar la declaración de Alma Ata, el tránsito desde los consultorios a centros de salud, lo que se entiende como “una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuya misión específica es prestar servicios dentro de un territorio delimitado, con el propósito de contribuir a resolver los problemas de salud y elevar el nivel de salud de la población que allí vive o trabaja” (De consultorio a Centro de Salud, MINSAL, 1993), desde esta perspectiva, supera la barrera de lo biomédico, instalándose en el desafío bio psico social, al enfocarse en las comunidades y sus propios recursos, superando la mirada a nivel de órganos enfermos, enfatizando en personas, agrupadas en colectivos, y que no solo buscan solución a sus dolores corporales, sino además a las condicionantes y o factores de riesgo que están presentes en la vida en sociedad de dichos sujetos, a niveles locales y nacionales.

Ahora, el esfuerzo por parte del ministerio de salud, está centrado en la constitución de los llamados Centros de Salud Familiar, los cuales concentran su esfuerzo, en desarrollar intervenciones terapéuticas desde la mirada más integral posible, en los individuos y sus grupos familiares, considerando en ello, el componente biomédico, social y ecológico, como a su vez, el psicosocial individual y familiar, ya que muchas patologías de alta prevalencia e impacto en nuestra sociedad, poseen condicionantes hereditarias y por sobre todo, de condicionamiento

transgeneracional, a partir de la enseñanza de hábitos no saludables, lo que está la base de enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus Tipo 2 y la Hipertensión Arterial.

Tanto Centros de Salud, como Centros de Salud familiar, priorizan sus intervenciones desde la educación y acciones preventivas, ya que ellas, posibilitan una sostenibilidad mayor en el tiempo de las acciones y a largo plazo, permiten una mayor eficacia en el resultado de las medidas preventivas frente a factores de riesgo para la población que atienden.

Es en este esfuerzo, que la psicología de la salud, como subdisciplina de la psicología, puede realizar grandes aportes en la construcción de experiencias psicoeducativas y preventivas, con las cuales atender a las personas, desde su dimensión integral a nivel individual, familiar y social.

### **3.2.- Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.**

El concepto de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, hace referencia a enfermedades que se caracterizan por ser dolencias que se desarrollan durante un largo tiempo en el organismo de una persona. Son enfermedades cuyo desarrollo muchas veces no presentan sintomatología alguna, y no se transmiten o contagian. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte en el mundo. En 2002, se atribuyeron 29 millones de defunciones a enfermedades crónicas; los cálculos para 2005 indican que estas enfermedades serán responsables por 35 millones de los 58 millones de defunciones en todo el mundo. Las enfermedades crónicas no transmisibles comprenden enfermedades cardiovasculares (30% de las defunciones mundiales totales proyectadas en 2005), cáncer (13%), enfermedades respiratorias crónicas (7%) y diabetes (2%). Estas enfermedades no solo constituyen una carga para las naciones ricas dado que cuatro de cada cinco defunciones ocurren en los países de ingresos bajos y medianos, lo cual plantea un importante reto para la salud pública, esto según datos del año 2006, presentados por la OPS, en la Reunión Bianual de la Red CARMEN, desarrollada en Santiago de Chile durante los días 19 al 21 de Octubre del años 2005.

Los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas están asociados a estilos de vida no saludables, donde se destacan hábitos como, mala nutrición por exceso, consumo de grasas saturadas, inactividad física y consumo de tabaco. La Organización Mundial de la Salud pronostica que la eliminación de estos factores de riesgo evitaría al menos 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares y la diabetes de tipo 2 y más de 40% de los casos de cáncer. Sin embargo, los datos indican que está aumentando la prevalencia de estos factores de riesgo, incluso entre los niños. Por ejemplo, los cálculos actuales revelan que, si continúan las tendencias actuales, más de 1,5 millones de personas en todo el mundo padecerán exceso de peso en 2015; y en la actualidad, cerca de 22 millones de niños menores de 5 años de edad están excedidos de peso.

Desde esta perspectiva, en el escenario del riesgo cardiovascular, se entienden como Factores de Riesgo (FR), a los hábitos y o antecedentes mórbidos, que facilitan, condicionan o predisponen el surgimiento de un evento patológico cardiovascular. Se categorizan de la siguiente forma:

#### Factores de Riesgo Mayores.

No modificables:

- Edad y Sexo: Hombres > 45 años o mujer post-menopausica.
- Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (solo cuando estos han ocurrido en familiares de 1° grado (madre, padre o hermanos), antes de los 55 años en los varones y 65 años en las mujeres).

Modificables:

- Tabaquismo: fuma 1 o mas cigarrillos al día.
- Hipertensión Arterial (HTA): PA > 140/90 mmHg en al menos tres controles.
- Diabetes Mellitus (DM): Glicemias en ayunas > 126 mg/dL en al menos dos ocasiones o glicemia casual > 200 mg/dL asociada a síntomas clásicos.
- Dislipidemia: colesterol total > 200 mg/dL o colesterol LDL > 130 mg/dL o colesterol HDL < 40 mg/dL triglicéridos (TGC) > 150 mg/dL

Factores de Riesgo Condicionantes.

- Obesidad: IMC > 30
- Obesidad abdominal: circunferencia de cintura (CC) > 88 cm. en la mujer, o > 102 cm. en el hombre.
- Habito sedentario: no realiza actividad física de intensidad moderada con una frecuencia de al menos 3 veces a la semana, durante un mínimo de 30 minutos.
- Colesterol HDL < 40 mg/dL
- TGC > 150 mg/dL.

Es posible entonces distinguir, que los factores de riesgo modificables, están asociados a estas enfermedades y en ellas destacan, la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.

Estas se pueden entender como:

**Diabetes Mellitus:** es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece un exceso de glucosa en la sangre. Este exceso potencia un conjunto de daños multiorgánicos, como retinopatías, nefropatías, neuropatías, y otras lesiones. Normalmente se habla de Diabetes Mellitus Tipo I, cuando la persona nace o desarrolla a muy corta edad, esta se define como Diabetes Insulina Requirente, o Diabetes Mellitus Tipo II, cuando se desarrolla en edad adulta, normalmente con una evolución lenta asociada al estilo de vida de la persona. En términos orgánicos, la causa de esta enfermedad puede tener causas múltiples, pero esta afección se desarrolla a partir de que el “páncreas humano segrega una hormona denominada insulina, que facilita la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía. En un diabético, hay un déficit en la cantidad de insulina que produce el páncreas, o una alteración de los receptores de insulina de las células, dificultando el paso de glucosa, de este modo aumenta la concentración de esta en la sangre” (Enciclopedia Encarta, 2000).

**Hipertensión Arterial:** la tensión arterial es la presión ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias, esta es de suma importancia en la función circulatoria. La

hipertensión, es una tensión arterial alta y anormal. Los sujetos con hipertensión tienen mayor riesgo de sufrir accidentes cerebro vascular o cardiaco. Se cree que tanto los factores ambientales como genéticos contribuyen a la hipertensión. La tensión arterial tiende a subir con la edad, es también mas frecuente que aparezca si la persona es obesa, tiene una dieta rica en sal, bebe mucho alcohol, no realiza actividad física o sufre de estrés psicológico. En ella lo más importante de atender son los hábitos de quienes la sufren, tanto alimentario como de actividad física.

### **3.3.- Psicología de la Salud.**

La Psicología de la Salud, puede entenderse como una subdisciplina de la Psicología, orientada a entregar un marco referencial, para saber por donde empezar, que pasos a seguir y que técnicas necesitamos para influir un cambio en la conducta de las personas. Busca esta subdisciplina, explicar el comportamiento que es difícil de cambiar en general, mejorando nuestra efectividad al momento de diseñar estrategias, sin embargo, hay que reconocer que existen un repertorio complejo y diverso de comportamientos que mantienen nuestra salud y nos llevan a la enfermedad, por lo que no nos debe sorprender que existan distintos modelos y que ninguno de estos pueda por si solo explicar todos los comportamientos de los seres humanos.

Varios autores coinciden en señalar que el término y la denominación de "Psicología de la Salud" como actividad singular, surge en el seno de la *American Psychological Association* (APA) como producto de una serie de sucesos.

En 1969, William Schofield publicó un artículo en la Revista *American Psychologist* que precipitó de alguna manera el surgimiento organizado de lo que posteriormente se denominó Psicología de la salud. En este artículo Schofield afirmó que sólo el 9 % de aproximadamente 4700 artículos publicados entre 1966 y 1967 de la *Psychological Abstract* se referían a tópicos no incluidos tradicionalmente dentro del campo de la salud mental; es decir en ese período se habían publicado muy pocos artículos sobre temas de aplicación de la psicología al campo de la salud. En ese artículo el autor subraya la presencia "anémica" de la psicología en el campo de los servicios de salud, "en número y tecnologías" frente al de otros profesionales sanitarios. Pero también se indicaba las posibilidades de que esa presencia llegara a ser "robusta", y señalaba que esa dependía en muy buena parte de las decisiones y de los intereses de los propios psicólogos.

A consecuencia de la publicación de este trabajo, la *American Psychological Association* organizó en 1973 un grupo de trabajo sobre investigación en salud, que fue coordinada por el propio Schofield. Las conclusiones a las que llegó el grupo luego del análisis de los *Psychological Abstracts* entre los años 1966 y 1973, fueron: hasta el presente, los psicólogos americanos no se han sentido muy atraídos por los problemas de la salud y la enfermedad como áreas fecundas para la actividad investigadora tanto básica como aplicada; estos psicólogos no han percibido los

beneficios que entraña para su trabajo a la hora de conseguir mejoras en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el sistema de prestación de cuidados.

En 1974 una encuesta puso de relieve que sólo 52 psicólogos se podían considerar como psicólogos de la salud.

En verano de 1978, y tras una serie de reuniones coordinadas fundamentalmente por Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y Gorge C. Stone, los miembros de la Sección, del Network y otros, elevaron una petición para alcanzar el estatus de División en la reunión que la APA celebró ese año en Toronto, aprobándose entonces la constitución de la División de Psicología de la Salud (División 38), cuyos objetivos fundamentales son los siguientes:

1. Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica;
2. Alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual;
3. Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en esta área.
4. Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

En septiembre de 1979, Joseph Matarazzo se encarga de pronunciar el discurso presidencial de la División de la Psicología de la Salud en la reunión de la Asociación Americana de Psicología celebrada en Nueva York.

En ese mismo año (1979) Stone, Cohen y Adler editan el primer libro con el título de Psicología de la Salud.

En 1980, el número de psicólogos que aparecen dedicados a la aplicación de la psicología al campo de la salud / enfermedad físicas es de 1500, y en 1988 será ya de 3500.

En enero de 1982 aparece el primer número de la revista de psicología de la salud (Health Psychology).

En 1983 tiene lugar la Primera Conferencia Norteamericana (que también fue la primera que se realizaba en todo el mundo) sobre la formación y entrenamiento de psicólogos de la salud, como consecuencia de la cual aparecen también, por primera vez, un conjunto de directrices para la formación de especialistas en Psicología de la Salud, y se desarrollarán programas de postgrado en este campo.

La Psicología de la Salud pronto tomó eco en América Latina: en Julio de 1983 se realiza el XIX Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología Celebrado en Quito, creándose un Grupo de Trabajo en Psicología de la Salud y Medicina Conductual.

En diciembre de 1984, auspiciado por la Sociedad Interamericana de Psicología, el Grupo Nacional de Psicología y la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se celebró en la Habana el Primer Simposio Internacional de Psicología de la Salud. Los temas abordados fueron:

1. Reproducción, sexualidad y papeles sexuales.
2. Psicología y salud colectiva.
3. Estrés y apoyo social.
4. Atención psicológica a enfermos crónicos.
5. Cuidados pre-natales.
6. Adicción a drogas y alcohol.
7. Patologías psicológicas y su dimensión social.
8. Servicios de salud.

Cada día más, los psicólogos de la salud son requeridos por los servicios sanitarios. En EEUU el área en la que se ha empleado un mayor número de psicólogos ha sido en los centros médicos, en los que los psicólogos han llegado a convertirse en miembros de equipos sanitarios de intervención e investigación en rehabilitación, cardiología, pediatría, oncología, medicina familiar, odontología, etc.

En Chile, esta es un área que se trabaja esencialmente en el ámbito académico, no existen aun, una cabida real de ejercicio en las áreas sanitarias a nivel

primario, encontrándose algunos equipos a nivel secundario, esencialmente en Hospitales públicos.

### **3.3.1.- Definición de Psicología de la Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol.

Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo, siendo la mirada que esta a la base de la perspectiva bio psico social que ha iniciado predominancia en la atención primaria en Chile, a partir de la instalación de los Centros de Salud.

Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la considero como "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la

salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas".

Esta definición acabo por convertirse en la definición "oficial", de la División de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

A partir de ese momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias.

Aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de las ciencias y disciplinan que trabajan con el objeto salud y que se define como el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimientote la salud en términos integrales, a la prevención y tratamiento de la especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema de salud y a la formación de propuestas que mejores la elaboración de políticas publicas.

### **3.3.2- Modelos en la Psicología de la Salud**

Los modelos nos dan un marco referencial para saber por donde empezar, que pasos seguir, y que técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas de las personas.

#### **Modelo Cognitivo – Social**

Asociados a los trabajos de Bandura, da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia reciproca entre ellos. Este modelo ha tenido éxito en la Psicología de la salud, especialmente con los conceptos de "expectativa de auto eficacia", esto es, las creencias relacionaron la habilidad que uno tiene para ejecutar una conducta determinada, y de "expectativa de resultado", que se refiere a la creencia que la conducta puede producir los cambios deseados.

Elementos de este modelo forman parte también de otros modelos y técnicas que se usan en la Psicología de la salud.

## **El Modelo de Creencias en Salud**

Se originó en intentos de los psicólogos del servicio de salud Pública de los EEUU por entender por qué tan pocas personas usaban programas y servicios que estaban a su alcance; concretamente por que no participaban en exámenes para ver si tenían tuberculosis. Se les pregunto a las personas en qué medida creían que eran susceptibles a la TBC y, en segundo lugar, si creían que podían obtener algún beneficio por participar en los chequeos.

El modelo se basa en la noción que el cambio hacia conducta saludables está guiado por las creencias del individuo, específicamente por lo que se denomina la "expectativa de valor", esto es, las personas van a cambiar su conducta si ésta resulta en algo valorado para ellas y tienen la expectativa de que pueda alcanzarse ese resultado.

Variables adicionales del modelo se refieren si acaso las personas creen que ellos son susceptibles a enfermarse, si ven como la enfermedad como sería de grave, o estiman que el comportarse de manera saludable o preventiva va a resultar más beneficioso que el costo involucrado en adoptar la conducta.

## **La Teoría de Acción Razonado (planeada)**

Asociada a los planteamientos de los psicólogos Ajzen y Fishbein, si bien no nació de un interés específico en salud nos ayuda a entender como una persona llega a tomar una decisión para realizar cierta acción.

Este modelo nos dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de una persona. Una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta, provisto que se de en ciertas condiciones; entre estas, que el tiempo transcurrido entre la declaración de intención y la ejecución de la conducta no sea muy prolongada y la especificidad de la acción requerida para materializar la intención de cambio. Las intenciones son influenciadas por las actitudes, normas subjetivas y las percepciones provenientes de las presiones sociales, por ello no se considera como un modelo que por si solo puede explicar conductas preventivas.

## **Modelo de Reducción de Riesgo**

Las intervenciones conocidas como de reducción de factores de riesgo conductual, intentan lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desarrollar habilidades conductuales que reduzcan el riesgo, aumentando de paso la percepción de auto eficacia para iniciar y mantener los cambios comportamentales deseados.

Asimismo, se intenta crear una red de apoyo social que refuerce las conductas preventivas o de bajo riesgo. Para lograr el cambio se usan técnicas tanto de la psicología social, como cognitivas-conductuales.

### **El Modelo Integrativo**

Esta basado en las ideas de Bandura y del conductismo skinneriano e intenta integrar la psicología de la salud con la salud pública. Es un modelo que pretende enfocarse hacia la comunidad y no hacia problemas individuales. Define el problema usando indicadores epidemiológicos y de psicología. Su forma de aproximarse a los problemas es multidisciplinaria y multinivel, lo crítico, según este enfoque, es comprender el estilo de vida y los factores conductuales dentro del entorno en el cual se dan.

Las primeras fases del análisis incluyen tanto el nivel personal como el nivel interpersonal. Hay un tercer nivel donde se considera el ambiente social más inmediato. Un cuarto nivel considera los aspectos institucionales, sociales, culturales, políticos y económicos, como clases de factores que afectan la conducta.

Finalmente hay un nivel que implica la evaluación del impacto de las intervenciones, esta fase de evaluación del programa es importante pero generalmente se hace de manera poco sistemática, si es que se hace a pesar que se

centra en metas específicas, este modelo es complejo y se considera como un modelo de planeación.

### **El Llamado Modelo Transteórico del Cambio Conductual**

De este Modelo, desde el cual se sustenta esta experiencia hablaremos en un apartado especial, mas adelante.

Se presentara como planteamiento intermedio, los objetivos y las estrategias de las que se sostiene la psicología de salud en su acción, esto es importante para situar la elección del modelo antes mencionado.

#### **3.3.3.-Objetivos y ámbitos de la Psicología de la Salud.**

Se plantea como objetivo primordial de Psicología de la Salud, promover el aumento de la salud y el bienestar de las personas en términos integrales, esto impone la necesidad de abordar el objeto salud desde el más amplio espectro,

necesariamente desde una mirada o perspectiva bio psico social. Por ello, otro objetivo fundamental de esta es la modificación de los aspectos etiológicos de las enfermedades, generando prevención del aumento del daño, no solo en el individuo, sino también en su familia y su entorno. Por ello se entiende como un aporte muy importante, que permite, ampliar la mirada desde lo biomédico, incorporando a otros actores, otros niveles y contextos en la realidad que viven los sujetos que se atienden en los sistemas sanitarios.

Es posible decir, que los ámbitos principales en los que actúa la Psicología de la Salud son:

- a. **Los hábitos y estilos de vida que afectan negativamente a la salud**, tales como el consumo de tabaco, drogas, alcohol, la mal nutrición por exceso, el sedentarismo
- b. **Los efectos fisiológicos que son consecuencia directa de estimulaciones psicosociales**, tales como las situaciones productoras de estrés, y otros cuadros de la Salud Mental, tan extendidos en la población de Chile.
- c. **El cumplimiento de las prescripciones terapéuticas**. En este sentido señalan, por ejemplo, que sólo una cuarta parte de los pacientes que ha seguido con éxito un tratamiento adelgazante o de abandono del tabaco o el alcohol, se mantienen sin recaídas al cabo de un año. (Luzoro, 1992). En el caso de pacientes cardiovasculares, mantener su medicación.

Desde esta perspectiva, se puede entender a la psicología de la salud, como aquella rama aplicada de la psicología o subdisciplina, que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del comportamiento del proceso salud- enfermedad. Es la psicología de la salud la que se ocupa de estudiar aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de la enfermedad, y en la recuperación de la misma. (Morales-Calatayud, 1997). De esta manera, la psicología de la salud adhiere a la definición dada por la Organización Mundial de la Salud la cual la define como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” (O.M.S, 1991). Se presenta además como fundamental en la estrategia de atención primaria, mejorando adherencia a tratamientos, sumando a las comunidades en un rol activo.

Se pueden plantear a modo de consideraciones finales en torno a la Psicología de la Salud:

- a. Diferentes autores resaltan la importancia de la psicología de la Salud en la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.
- b. La psicología de la salud se diferencia de otras disciplinas y especialidades en que esta aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de la salud.

- c. Los modelos de Psicología de la salud son muy variados pero las tendencias futuras, obligarán a una mayor exploración de éstos.
- d. Cada vez el ámbito de aplicación de la psicología de la salud abarca nuevas áreas, se elaboran nuevas concepciones y se abren nuevas estrategias de intervención en la promoción de la salud y la prevención tratamiento y rehabilitación de la enfermedad siendo pues más amplias las intervenciones en el área de la salud. Y cada vez más los tipos de problemas que se van abordar.
- e. Quedan establecidos entre sus objetivos principales de la psicología de la salud el aumento de salud y bienestar de las personas; prevención o modificación de las enfermedades; mejor funcionamiento de casos con trastornos.

Es desde estas consideraciones, que entendemos de mucha importancia, aplicar un modelo que ayude en la focalización de los esfuerzos realizados por los equipos asistenciales, un modelo que permita estimar cuan dispuestos están los usuarios de estos servicios, un modelo desde el cual, trabajar con los individuos en forma integral, promoviendo su proaccion.

### **3.3.4.-Modelo Trans teórico del Cambio Conductual.**

Llamado también simplemente el modelo de Prochaska (su principal impulsor), se focaliza en las condiciones que hacen posible el cambio. La observación de individuos que están tratando de cambiar por si solos, sin ayuda profesional, nos enseña que las personas progresen de manera de una manera gradual, continúa y a través de un proceso dinámico de 5 etapas a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas. El modelo nos sugiere que hay que diseñar estrategias de cambio que estén de acuerdo a las características de los sujetos a los cuales están dirigidas.

El modelo evalúa la etapa o el estadio en el cual se encuentra la persona en términos de su "intención hacia el cambio", examina las ventajas y las desventajas del cambio, y la habilidad de la persona para ejecutar el comportamiento necesario que lo lleve a mantener un cambio duradero de la conducta deseada. La prevención de la recaída se ve como parte de la última etapa de mantenimiento.

Se ha planteado ya, que el Modelo Transteorico del Cambio Conductual, propone que las personas progresan de una manera gradual, continua y a través de

un proceso dinámico de 5 etapas, a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas. Los autores indagaron “las causas por las que las personas suelen ser reacias a modificar hábitos en relación a su salud, aun cuando estos dependan de factores aparentemente bajo su control. Descubrió que la oferta de los programas de salud se orientaba a la acción, es decir, al cambio conductual inmediato, sin adecuarse a las necesidades de cada uno de los usuarios, puesto que las personas antes de cambiar pasan por una serie de etapas que las predisponen en menor o mayor grado al cambio”<sup>8</sup>. Frente a lo anterior, es necesario aclarar, que el modelo plantea cinco etapas en las que las personas podían estar respecto a la adopción de determinadas conductas en relación a su salud:

- ***Precontemplación***, en que la persona no admite interés en modificar su conducta, el correlato de esta actitud es una sensación de incapacidad y falta de habilidades para realizar algún cambio, las creencias enfatizan los costos de adoptar un cambio, en lugar de los beneficios. En esta fase la persona no se encuentra dispuesta a emprender modificaciones de conducta.
  
- ***Contemplación***, una vez que la persona admite interés por modificar la conducta, pero continua considerando mínima la probabilidad de asumir un cambio, dado que la creencia en las propias capacidades es escasa. Hay mayor conciencia de los beneficios de un cambio de conducta, pero también

---

<sup>8</sup> Conserjería en Vida Sana. Manual de Apoyo. Modelos de Intervención Promocional en Centros de Atención Primaria. INTA. MINSAL. U. De Chile. Pag. 8. 2004.

se destacan los costos y desventajas de cambiar la conducta. Aun no se da el paso de pensar a actuar.

- **Preparación** para la acción es la etapa en que la persona, junto con estar conciente de la necesidad de cambio, tiene la decisión de efectuarlo, contando con algún plan para hacerlo. Ya hay convicción respecto al mayor peso de los beneficios por sobre los costos. La debilidad se encuentra en el temor de fallar. Esta persona se encuentra preparada y dispuesta para participar en un programa orientado a la acción.
  
- **Acción**, es la fase de ejecución, existiendo alto riesgo de recaídas, por lo que el plan de acción debe contar con estrategias de apoyo y afrontamiento ante las situaciones de riesgo de abandono.
  
- **Mantenimiento**, descrita como la última fase del proceso de cambio, se considera iniciada a partir de los seis meses siguientes al cambio, considerando que las posibilidades de que el nuevo hábito se transforme en un estilo de vida son altas.

Para que un programa de modificación de hábitos de vida sea exitoso, Prochaska sugiere que una persona debe pasar por todas y cada una de las etapas que lo separan de la acción, efectuando una intervención por cada etapa, partiendo por la

etapa en que la persona se encuentra, por ello, saber en que etapa se encuentran es fundamental.

Refieren estos autores, que existen procesos psicológicos fundamentales que promover en los sujetos que inician cambios, los cuales son de suma importancia considerar en las intervenciones con ellos, en síntesis:

- Aumento conciencia: más información sobre uno mismo y sus problemas.
- Auto-evaluación: evaluación sobre los propios sentimientos y pensamientos respecto a los problemas que los afectan.
- Auto-liberación: escoger y comprometerse a actuar o creer en la propia capacidad de cambio.
- Contracondicionamiento: alternativas sustitorias para problemas de conducta.
- Control de estímulos: evitar o limitar los estímulos que posibilitan los problemas de conducta.
- Autogobierno: vigilancia por parte de uno mismo en los cambios.
- Relaciones de ayuda: ser abiertos y ofrecer confianza a quien la necesite.
- Relieve dramático: practicar y expresar sentimientos ante los propios problemas y soluciones.
- Reevaluación ambiental: evaluación sobre como los propios problemas afectan el entorno físico.

- Liberación social: incremento de alternativas para conductas no problemáticas posibles en la sociedad.

Es desde estos procesos, así como desde la ubicación que sostienen los sujetos en atención, desde donde es posible plantear con éxito, intervenciones dirigidas a cambiar hábitos.

#### 4. Marco Metodológico

##### a) Enfoque metodológico

La investigación desarrollada, articula el Enfoque Cuantitativo y Cualitativo, ya que utiliza un Modelo Mixto. En el **Enfoque Cuantitativo**, se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, si es el caso. Confía en la medición numérica usando frecuentemente la estadística, para establecer con la mayor exactitud posible, patrones de comportamiento en una población. Busca reportar que sucede, recopilando información específica de la realidad con la cual explicar y predecir. En su actuar es esencialmente deductivo e implica desarrollar un proceso acorde al método científico, en el caso de esta investigación, con un diseño no experimental. En el **Enfoque Cualitativo**, se utiliza la recolección de datos sin medición numérica, para descubrir o afinar preguntas de investigación y puede o no probar hipótesis en su proceso de investigación. Su propósito es reconstruir la realidad, develándola tal como la viven los actores de un sistema o comunidad.

Esta investigación utilizó un **Modelo Mixto**, el cual “constituye el mayor nivel de integración entre los enfoques cualitativo y cuantitativo, donde ambos se combinan durante todo el proceso de investigación” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Desde esta perspectiva, se estudiara en términos cuantitativos, la

disposición al cambio de hábitos asociados al riesgo cardiovascular en una muestra de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y o Hipertensos, a través de la aplicación del Cuestionario de Evaluación del Estado de Cambio (Anexo 1), profundizando en un segundo momento, con un Enfoque Cualitativo, la descripción en torno a los contenidos presentes en los discursos de dicho sujetos en relación a los procesos terapéuticos que han vivido, desde la aplicación de una **Entrevista Semi Estructurada**, con la que se propone distinguir los significados que dichos sujetos entregan a sus propias experiencias en relación a sus experiencias en torno al reducción de riesgo cardiovascular.

La investigación que se expone tiene un alcance descriptivo, el cual posee el valor de permitir ubicar variables o conceptos y se fundamenta su uso, en el propósito de tener mediciones mas precisas en torno a las situaciones que se quieren estudiar. “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989)” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El valor que subyace a este esfuerzo descriptivo, es que se centran en recolectar datos que muestren un evento, una comunidad, un fenómeno, hecho, contexto o situación que ocurre, en un momento específico. Descripción desde la cual, a decir de Hernández y Fernández (Metodología de la Investigación, 2003) es posible generar predicciones o relaciones aun cuando estas sean poco elaboradas.

Desde dicho esfuerzo, se tiene como fin, solucionar problemas o bien alentar a la investigación.

En esta investigación, con un alcance descriptivo, el proceso de estudio se desarrolla secuencial mente, desde la pregunta en torno al como se distribuyen en una muestra no probabilística los hombres y mujeres, adultos, hipertensos y o diabéticos que se conforman como individuos a investigar, en las etapas de cambio de hábitos, hacia los objetivos que buscan conocer dicha distribución, describir características de dicha población, busca obtener una descripción en torno a los contenidos que están presentes en los discursos de estos sujetos, en relación a como han vivenciado los procesos terapéuticos recibidos desde el servicio de atención primaria en salud que los atiende.

#### **b) Tipo y diseño de la investigación**

Un diseño de investigación es entendido como un plan o una estrategia, que se desarrolla para obtener la información que se requiere. Dicho diseño se puede enmarcar en distintos tipos de investigación. En el caso de la investigación desarrollada, **el Tipo de Investigación es No Experimental**, lo que puede ser entendido como una investigación que se realiza sin intervenir o manipular, en forma deliberada las variables o conceptos que en ella subyacen. “Lo que hacemos en la

investigación no experimental, es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos”<sup>9</sup>.

Desde lo anterior, **el Diseño que se ha ocupado en esta investigación es, una Investigación Transeccional Descriptiva.** Transeccional ya que busca recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Algunos autores asemejan este tipo de investigación a una fotografía de algo que sucede. Y es transeccional descriptivo, ya que tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o mas variables, “el procedimiento consiste en medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, en una variable o concepto (generalmente mas de una variable o concepto) y proporcionar su descripción”<sup>10</sup>.

### **c) Delimitación del campo a estudiar**

#### **Unidad de Análisis**

Entendemos como una Unidad de Análisis, los individuos o el conjunto de ellos, sobre quienes se van a recolectar los datos en coherencia al enfoque elegido, al

---

<sup>9</sup> Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill, PAG. 267.

<sup>10</sup> *Ibíd.* PAG. 273.

planteamiento del problema, así como de los alcances que tiene el estudio proyectado. En este estudio, entenderemos como unidad de análisis, a una “muestra de mujeres y hombres adultos, con edades entre los 35 y 54 años, que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 y o Hipertensión Arterial, que son atendidos en el Centro de Salud Padre Manuel Villaseca de Puente Alto, cada uno de los cuales contestara a las preguntas de un cuestionario y dentro de los cuales se seleccionara una sub muestra a la cual se le aplicara una Entrevista en Profundidad”. Se ha definido a esta población, ya que con ella se han planteado compromisos de gestión en el servicio de atención primaria donde se realiza esta experiencia.

## **Universo**

El universo para esta investigación, comprendió a la población en riesgo cardiovascular, que padece Hipertensión Arterial y o Diabetes Tipo 2, atendidos en Centro de Salud Padre Manuel Villaseca, en la comuna de Puente Alto, Región Metropolitana en Santiago de Chile. Nos centraremos específicamente en sujetos que padezcan las patologías antes mencionadas, que estén dentro de los rangos etarios definidos.

Este estudio se realizara sobre el siguiente universo, el cual se ha construido sobre la información que posee el Servicio de Orientación Medico y Estadístico (SOME) del Centro de Salud Padre Manuel Villaseca de Puente Alto, con los cuales se ha obtenido el numero de diabéticos, hipertensos y diabéticos con hipertensión

que serán considerados como el universo desde el cual se extrajo la muestra de estudio. A continuación se presentan según sus patologías.

**UNIVERSO: 1233 individuos.**

**Distribución de DM, por Rango de Edad y Sexo.**

Personas con Diagnostico de DM, en el rango de edad definido.

<b>Sexo</b>	<b>Rango Edad</b>	<b>N° Casos</b>
Mujeres	35 a 44 años	38
	45 a 54 años	77
<b>Mujeres</b>	<b>Sub Total</b>	<b>115</b>
Hombres	35 a 44 años	30
	45 a 54	65
<b>Hombres</b>	<b>Sub Total</b>	<b>95</b>

Total de personas, entre los 35 y 54 años, con DM, insertas en Compromisos de Gestión: 210 individuos.

**Distribución de HTA, por Rango de Edad y Sexo.**

Personas con Diagnostico de HTA, en el rango de edad definido.

<b>Sexo</b>	<b>Rango de Edad</b>	<b>N° de Casos</b>
Mujeres	35 a 44 años	249
	45 a 54 años	407
<b>Mujeres</b>	<b>Sub Total</b>	<b>656</b>
Hombres	35 a 44 años	77
	45 a 54 años	182
<b>Hombres</b>	<b>Sub Total</b>	<b>259</b>

Total de personas, entre los 35 y 54 años, con HTA, insertas en Compromisos de Gestión: 915 individuos.

**Distribución de DM + HTA, por Rango de Edad.**

Personas con Diagnóstico de DM + HTA en el rango de edad definido.

<b>Sexo</b>	<b>Rango de Edad</b>	<b>N° de Casos</b>
Mujeres	35 a 44 años	15
	45 a 54 años	48
<b>Mujeres</b>	<b>Sub Total</b>	<b>63</b>
Hombres	35 a 44 años	7
	45 a 54 años	38
<b>Hombres</b>	<b>Sub Total</b>	<b>45</b>

Total de personas, entre los 35 y 54 años, con DM e HTA, insertas en  
Compromiso de Gestión: 108 individuos.

**Muestra**

Se trabajo con una muestra no probabilística, también llamadas muestras dirigidas, que implican un procedimiento de selección informal. Se utilizan en muchas investigaciones, y a partir de ellas, se hacen inferencias sobre la población

(Hernández, Fernández, Baptista, 2003). El tipo de muestra no probabilística, apunta a un subgrupo de la población en la que la elección de los sujetos no depende de la probabilidad sino de la característica de ellos, en este caso ser pacientes hipertensos o diabéticos.

En esta investigación, se utilizó una muestra no probabilística por cuotas, lo que nos permite acercarnos a cada patología, así como al síndrome mixto, DM más HTA, extrayendo de cada parte del universo, un 10 % del total de pacientes insertos en la unidad de análisis, por lo tanto las cuotas serán:

Total de personas, entre los 35 y 54 años, con DM : 210	Cuota 10%: 21
Total de personas, entre los 35 y 54 años, con HTA: 915	Cuota 10%: 91
Total de personas, entre los 35 y 54 años, con DM e HTA: 108	Cuota 10%: 11

**Total de la muestra: 123 individuos.**

### **Sub Muestra**

Se desarrolló una Entrevista en Profundidad a 12 sujetos, los cuales se seleccionaron según los siguientes criterios, para su incorporación al cuadro tipológico que se presenta:

*Criterios Generales:*

- Sujetos hombres y mujeres.
- Sujetos con edades entre los 35 y 54 años.
- Sujetos con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM)
- Sujetos con Hipertensión Arterial (HTA)
- Sujetos con DM y HTA (Mixto)
- Sujetos que han respondido el Cuestionario de Evaluación de Estado de Cambio.
- Sujetos que tengan a lo menos un año transcurrido desde que fueron diagnosticados, a estos los entenderemos como “Informantes Privilegiados”, ya que es probable que sean beneficiarios de a lo menos una actividad educativa.

*Criterios Específicos para cada Casillero del Cuadro Tipológico:*

- Casillero A: 1 sujeto MUJER, con edad entre los 35 y los 44, que tenga DM, que esta evaluada por instrumento anterior como PRECONTEMPLATIVA.
- Casillero B: 1 sujeto HOMBRE, con edad entre los 45 y los 54 años, que tenga HTA, que este evaluado como PRECONTEMPLATIVO.

- Casillero C: 1 sujeto MUJER, con edad entre los 35 y los 44 años, que tenga DM e HTA (mixto), que este evaluado como PRECONTEMPLATIVO.

Se ha dado mayor cabida en el eje de la PRECONTEMPLACION a mujeres pues son las que representan un mayor numero de pacientes atendidos, siendo muy importante descubrir cuales son los conceptos que poseen en torno a su tratamientos y por lo cual no adhieren a ellos, por dicha razón se ha forzado en este eje la edad mas temprana, pues ello implica una enorme posibilidad de iniciar antes actividades preventivas para su tratamiento.

- Casillero D: 1 Sujeto HOMBRE, con edad entre los 35 y los 44 años, que tenga DM, que este evaluado como CONTEMPLATIVO.
- Casillero E: 1 Sujeto MUJER, con edad entre los 45 y los 54 años, que tenga HTA, que este evaluada como CONTEMPLATIVO.
- Casillero F: 1 Sujeto Hombre, con edad entre lo 35 y los 44 años, que sea MIXTO en la enfermedad, que este evaluado como CONTEMPLATIVO.

Se ha dado mas cabida a hombres en el eje de la CONTEMPLACION pues se pretende descubrir que contenidos manejan en torno a sus atenciones terapéuticas, que los distingue en estar mas dispuesto ha contemplar la realización de acciones

personales que mejoren su salud. Es por ello que se buscaran sujetos de menos edad, lo que permite potenciar en ellos mejores procesos de adherencia su tratamiento.

- Casillero G: 1 Sujeto MUJER, con edad entre los 45 y 54 años, que tenga DM, evaluada como en ACCION.
- Casillero H: 1 Sujeto HOMBRE, con edad entre los 35 y los 44 años, que tenga HTA, que este evaluado como en ACCION.
- Casillero I: 1 Sujeto MUJER, con edad entre los 45 y 54 años, que sea MIXTO, que este evaluado como en ACCION.

Interesa develar que contenidos expresan estos sujetos en torno a su tratamiento, que los distingue como activos en torno a su salud, priorizamos la edad mayor, pues de sus experiencia es posible obtener descripciones que mejoren los lineamientos futuros de acciones terapéuticas mas efectivas.

- Casillero J: 1 Sujeto HOMBRE, con edad entre los 45 y los 54 años, que tenga DM, evaluado como en MANTENIMIENTO.
- Casillero K: 1 Sujeto MUJER, con edad entre los 35 y los 54 años, que tenga HTA, evaluado como en MANTENIMIENTO.
- Casillero L: 1 Sujeto HOMBRE, con edad entre los 45 y los 54 años, que sea MIXTO, evaluado como en MANTENIMIENTO.

Se prioriza en los hombres pues ellos son los mas resistentes a las atenciones, que hace entonces que estos sujetos mantengan acciones concretas por su salud.

*Cuadro Tipologico.*

Evaluación	DM	HTA	DM + HTA = MIXTO
------------	----	-----	---------------------

PRECONTEMPLATIVO	Casillero A	Casillero B	Casillero C
CONTEMPLATIVO	Casillero D	Casillero E	Casillero F
ACCION	Casillero G	Casillero H	Casillero I
MANTENIMIENTO	Casillero J	Casillero K	Casillero L

### **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra por cuotas que se ha realizado, es de 123 individuos, hombres y mujeres, de edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, que padezcan Diabetes Mellitus tipo 2 y o Hipertensión Arterial, insertos en la unidad de análisis de este estudio. La sub muestra corresponde a un número de 12 individuos con los que se profundizo la riqueza del esfuerzo descriptivo que se propone.

CRITERIO	CATEGORÍAS
EDAD	35 a 54 años
SEXO	Femenino Masculino
PROCEDENCIA DE LOS SUJETOS SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN PUBLICA	Atención Primaria, por el Programa de Salud Cardiovascular en el CS Padre Manuel Villaseca de la comuna de Puente Alto
CRITERIO DIAGNOSTICO	Sujetos con Diagnostico de HTA y o DM2.

#### **d) Fases para la recopilación de datos y Procedimientos en la Investigación**

El proceso desarrollado en el estudio que se expone, al momento de recopilar datos, tuvo dos fases fundamentales, la primera orientada a la aplicación del Instrumento Cuestionario De Evaluación de Estado de Cambio, el cual esta expuesto en el Anexo N°1. Esta fase esta orientada a desarrollar un acercamiento estadístico a

los resultados de la aplicación de dicho instrumento a 123 sujetos en riesgo cardiovascular, a partir de sufrir de Diabetes Mellitus tipo 2 y o Hipertensión Arterial.

Esta fase tiene los siguientes pasos:

1. Aplicación de Cuestionario de Evaluación de Estado de Cambio a sujetos que soliciten atención en el Centro de Salud Padre Manuel Villaseca, que posean una o las dos enfermedades descritas, y que acepten responder el cuestionario en cuestión.
2. Desarrollo de Evaluación del Estado de Cambio, distribuyendo a los sujetos en los estados de disposición al cambio según el Modelo de Prochaska (precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento).
3. Incorporación de dichas evaluaciones a la Matriz con la cual se desarrollaran los análisis estadísticos correspondientes.

La segunda fase, orientada a develar contenidos presentes en las respuestas que dan 12 sujetos, a una Entrevista Semi Estructurada, desde la cual se pretende describir las tendencias en los contenidos de las narraciones que estos sujeto realizan en torno a sus propios procesos terapéuticos. Desde este acercamiento cuantitativo, se desarrollaron los siguientes pasos:

1. Selección de 12 sujetos, según criterios generales y específicos para ser asignados a cada casillero del cuadro tipológico.
2. Aplicación de entrevista.
3. Desarrollo del análisis de contenido en torno a los indicadores planteados para este punto.

#### **e) Técnicas e instrumentos de recolección de la información**

La técnica a utilizar en coherencia con el marco teórico que inspira esta investigación es un CUESTIONARIO (Hernández, Fernández, Baptista, 2003). Esta se ha obtenido del Documento “Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso u Obesidad”, del Programa CARMEN-Chile; del Programa de Salud Cardiovascular, Ministerio de Salud de Chile ([WWW.MINASAL.CL](http://WWW.MINASAL.CL) año 2002). Un cuestionario como instrumento de investigación, consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables que se intentan medir, en este caso, la disposición al cambio de hábitos en relación a el ejercicio físico y el control de peso, ambos, indicadores y o factores de riesgo condicionantes en la salud cardiovascular de los sujetos que estamos midiendo al interior de la unidad de análisis muestral.

Este cuestionario esta construido con preguntas cerradas, y se auto aplica por los sujetos seleccionados en cada cuota de la muestra.

En el segundo momento o fase, se aplica una ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA, orientada a obtener contenidos que permitan profundizar los conocimientos existentes en torno a como, los sujetos entrevistados, describen en sus narraciones, el como han vivenciado los procesos terapéuticos que han recibido en el ámbito no medico.

Las preguntas en dicha entrevista, apuntan a las siguientes áreas:

- ✓ Percepciones en torno al conocimiento que poseen sobre su enfermedad.
- ✓ Percepciones en torno a formas de reducción del riesgo cardiovascular asociado a sus enfermedades.
- ✓ Percepción en torno a conocimientos obtenidos en actividades educativas y o psicoeducativas en las que han participado.
- ✓ Percepción de éxito asociado a modificaciones posibles en sus hábitos.
- ✓ Referencias en torno a su motivación para realizar cambios en sus hábitos en salud.
- ✓ Percepción en torno a temas importantes para ellos, en relación a mejorar su participación en procesos terapéuticos no médicos.

La Pauta Estructurada de la Entrevista, se encuentran en el Anexo N°2.

**e).- Técnicas de análisis.**

El análisis de los datos se realiza siguiendo el esquema que se expone:

En una primera fase se recopilaran los Cuestionarios para posteriormente tabularlos.

Luego se ingresaran los datos al Programa SPSS versión 9.1, desde la cual se obtendrán las tablas y cruces de variables necesarias para:

1. Describir Frecuencias.
2. Porcentajes.
3. Tablas Descriptivas.

Estas se analizaran desde la búsqueda de una descripción que responda los objetivos específicos y aporten a las preguntas de investigación.

En una segunda fase, se recopilaran las Entrevistas Semi Estructuradas, con las cuales se procederá a realizar un Análisis de Contenidos.

## **5. Resultados Descriptivos y Análisis**

A continuación se exponen los resultados obtenidos, en las fases que componen el cuerpo de esta investigación.

Durante un primer momento, se expondrán los resultados a nivel descriptivo, obtenidas al evaluar, según el Cuestionario para la Evaluación del Estado de Cambio a la muestra por cuotas que se ha seleccionado previamente.

Este momento busca dar respuesta a los objetivos específicos 1.1; 1.2 y 1.3. Con ellos, se intenta describir como se distribuyen, mujeres y hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, que padecen Hipertensión Arterial y o Diabetes Mellitus tipo 2, en el Modelo de Etapas de Cambio de Prochaska y Col., frente a la posibilidad de modificar hábitos en torno al desarrollo de actividad física y su control de peso, en una muestra de la población con riesgo cardiovascular, atendidos en el Centro de Salud Padre Manuel Villaseca de Puente Alto.

Durante un segundo momento, se presentaran los resultados obtenidos en la aplicación de la Entrevista Semiestructurada, con la cual, 12 sujetos informantes privilegiados, presentaran sus respuestas, desde las cuales se buscara describir

contenidos, “en torno a las narraciones de mujeres y hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, que padecen Hipertensión Arterial y o Diabetes Mellitus tipo 2, en relación a la reducción del riesgo cardiovascular” (objetivo específico 1.4).

En cada uno de estos momentos, se presentaran los resultados y se realizara un análisis de ellos, desde los cuales se construirán las Conclusiones y Discusiones que permitirán, plantear desafíos y propuestas.

**5.1. Fase Cuantitativa: Descripción de Cómo se distribuyen, Mujeres y Hombres adultos, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, enfermos de Diabetes Mellitus tipo 2 y o Hipertensos, en el Modelo de Etapas de Cambio de Prochaska frente a la disposición de cambiar sus hábitos en torno a actividad física y control de peso, pertenecientes a la muestra seleccionada.**

Recordaremos que se trabajo con una muestra obtenida por cuotas, compuesta por 123 sujetos, hombres y mujeres, con edades entre los 35 y 54 años, con Diabetes Mellitus, y o Hipertensión Arterial, los cuales desde un Universo de 1233, representan un 10% de dicho número. El detalle de las Cuotas es:

- Total DM con edades entre los 35 y 54: 210 sujetos; CUOTA 10%: 21.
- Total HTA con edades entre los 35 y 54: 915 sujetos; CUOTA 10%: 91.
- Total DM + HTA con edades entre los 35 y 54: 108 sujetos; CUOTA 10%:11.

El peso porcentual de cada una de estas cuotas, en torno a la muestra como un 100% es la que sigue.

**Tabla N°1: Constitución de la Muestra**

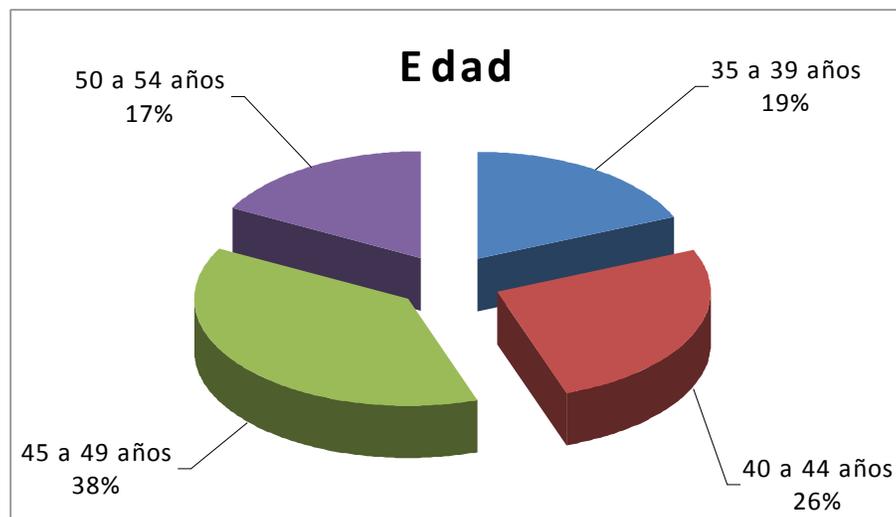
	Frecuencia	%
HTA	91	74,0
DM	21	17,1
Mixto	11	8,9
Total	123	100

A continuación, se presentan algunas descripciones generales de la muestra con la que se ha trabajado.

La frecuencia de distribución de las edades en la muestra elegida es la que sigue:

**Tabla N°2: Frecuencia de las Edades al Interior de la Muestra**

	Frecuencia	%
35 a 39 años	23	18,7
40 a 44 años	32	26,0
45 a 49 años	47	38,2
50 a 54 años	21	17,1
Total	123	100
Edad promedio	45 años	

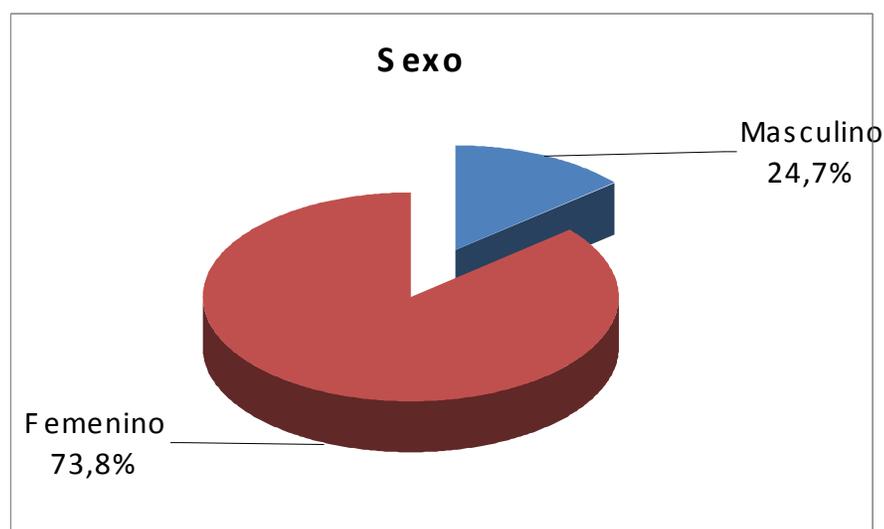


Es esta una muestra de población adulta, la cual concentra un mayor número de sujetos en los rangos que van desde los 40 a 49 años, visualizándose en dicho rango 79 sujetos que representa un 64,2% de la muestra descrita.

En relación a la distribución por sexo en esta muestra, es posible visualizar lo siguiente.

**Tabla N°3: Número de Hombres y Mujeres presentes en la muestra**

	Frecuencia	%
Masculino	17	13,8
Femenino	106	86,2
Total	123	100



Este es un valor muy cercano al peso estadístico de los sujetos de sexo femenino presentes en el universo desde el cual se extrajo esta muestra, ya que de un total de 1233 personas, 834 son mujeres, las que representan un 67% al interior de dicho universo.

A continuación, se presenta la distribución de los sujetos en las distintas Etapas de Cambio según sus respuestas en los Cuestionarios de Evaluación del Estado de Cambio, en un primer momento en el ámbito del Control de Peso y luego en el Ejercicio Físico.

### **Distribución del Total de la Muestra en los Estados de Cambio en el Ámbito Control de Peso.**

En este punto, se presenta la distribución en las etapas de Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento, que los sujetos pertenecientes a la muestra, han presentado según sus respuestas en el Cuestionario aplicado. En este instrumento, se utiliza el encuadre clásico propuesto por Prochaska y Colaboradores, en la cual no fue considerada la etapa intermedia entre contemplación y acción, que es la de Preparación, etapa que sí fue considerada por el Ministerio de Salud de Chile, en la construcción del Cuestionario destinado a evaluar disposición frente al Ejercicio Físico. Las distribuciones son las siguientes:

**Tabla N°4: Control de Peso**

	Frecuencia	%
Precontemplativo control de peso	32	26,0
Contemplativo control de peso	81	65,9
Acción control de peso	2	1,6
Mantenimiento control de peso	8	6,5
Total	123	100



Es posible visualizar, que a nivel de la muestra en general, en el ámbito de la disposición al control de peso, los sujetos a los cuales se le aplica el cuestionario, están en etapa de Contemplación, lo que nos indica que son sujetos conscientes de que existe un problema en torno a su peso, piensan seriamente superarlo, pero aun no se han comprometido a pasar a la acción, es mas fuertes aun, la percepción de los

sujetos de no estar preparados aun para emprender modificaciones en sus hábitos alimentarios y de actividad física, los que están íntimamente relacionados al desafío de alcanzar un peso deseado saludable. La contemplación es saber donde se quiere ir, pero no encontrarse todavía preparado para ello.

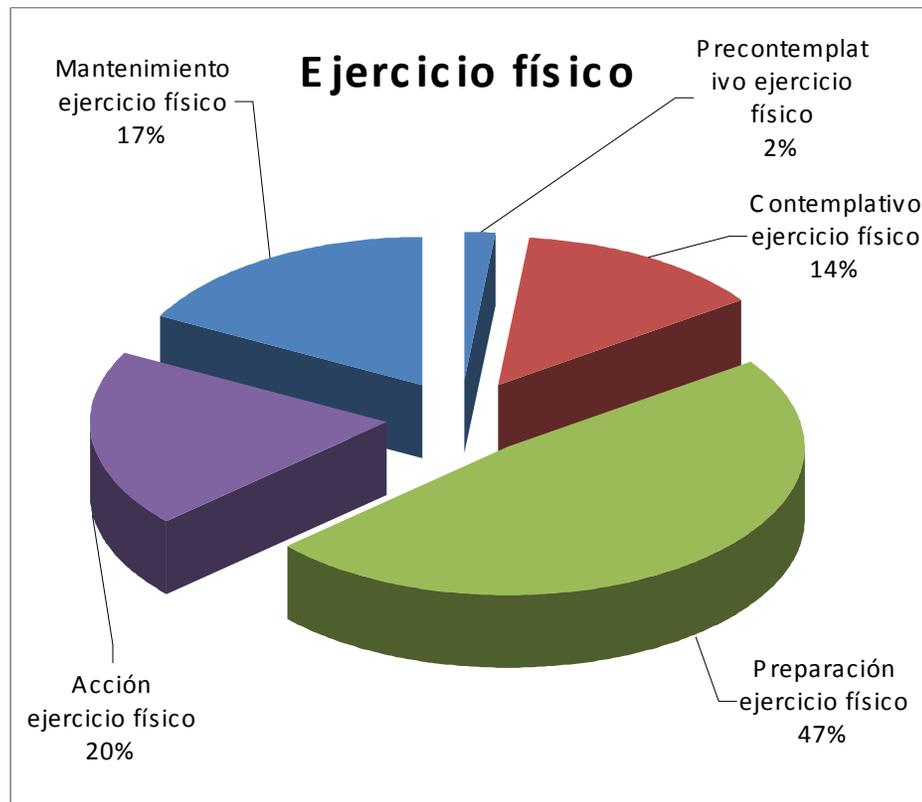
### **Distribución del Total de la Muestra en los Estados de Cambio en el Ámbito Ejercicio Físico.**

En esta distribución, se encuentra incorporada la etapa de Preparación, la que combina intenciones y criterios de comportamiento en cada sujeto, estando en mejor forma para enfrentar los cambios en el comportamiento, pero faltando aun, consolidar un cambio consistente, una acción efectiva en el futuro. Los autores del Modelo Transteorico la denominaban como toma de decisión.

En la muestra total en cuestión, la distribución es la siguiente:

**Tabla N°5: Ejercicio Físico**

	Frecuencia	%
Precontemplativo ejercicio físico	2	1,6
Contemplativo ejercicio físico	17	13,8
Preparación ejercicio físico	59	48,0
Acción ejercicio físico	24	19,5
Mantenimiento ejercicio físico	21	17,1
Total	123	100



Se destaca que es posible describir que un mayor porcentaje del total de la muestra se ubica en el estado de Preparación, lo cual nos permite decir, que son sujetos que están dispuestos a iniciar pequeños cambios, que les permitan ir agregando actividad física a su estilo de vida. Son individuos, que visualizan como posible intentar ponerse en acción frente al desafío de realizar ejercicio físico en los próximos 30 días, contando al menos con la disposición, aun cuando dicho desafío no lo concreten en forma efectiva.

Profundicemos esta descripción, en el cruce de variables que nos permitan visualizar como se componen dichas agrupaciones de sujetos, según etapa en la que se encuentran, frente al control, de peso y el ejercicio físico, mencionando su enfermedad, sexo y edad.

**Distribución de la Muestra según Enfermedad y Disposición para el Control de Peso.**

**Tabla N° 6: Control de Peso: Distribución por etapas y enfermedad.**

		Resumen control de peso				Total
		Precontemplativo	Contemplativo	Acción	Mantenimiento	
HTA	F	23	60	1	7	91
	%	25,3	65,9	1,1	7,7	100
DM	F	7	13	1	-	21
	%	33,3	61,9	4,8	-	100
Mixto	F	2	8	-	1	11
	%	18,2	72,7	-	9,1	100
Total	F	32	81	2	8	123
	%	26,0	65,9	1,6	6,5	100

En este cuadro es posible visualizar que los mayores pesos porcentuales por enfermedad se ubican en el estado de Contemplación, podemos describir esta distribución de la siguiente manera:

- Los sujetos con HTA, que representan un 74,0% (91 individuos) de la muestra general, se distribuyen según disposición frente al control de peso esencialmente como Contemplativos con un 65,9% (60 individuos) del segmento, seguidos por Precontemplativos que representan el 25,3% (23 individuos) de dicho segmento, luego es posible visualizar un 7,7% (7 individuos) que están en Mantención para terminar con 1,1% del segmento (1 individuo) en etapa de Acción.
  
- En el caso de los sujetos con DM, que representan un 17,1% (21 individuos) de la muestra en general, se distribuyen según su disposición frente al control de peso, notoriamente como Contemplativos con un 61,9% (13 individuos) en el segmento de DM, luego se presenta un 33,3% (7 individuos) como Precontemplativos en dicho segmento, distinguiéndose un 4,8% (1 individuo) en la disposición de Acción. Se destaca que no es posible visualizar sujetos en etapa de Mantenimiento, lo cual es una constatación importante, ya que nos plantea que ninguno de estos individuos, presentes en la muestra extraída, mantiene un control de peso adecuado por más de 6 meses.

- En el segmento de sujetos con DM mas HTA, los que podríamos definir como MIXTOS, los cuales representan a un 8,9% (11 individuos) del total de la muestra, es posible evidenciar, que un 72,7% (8 individuos) de dicho segmento se encuentran en etapa Contemplativa, luego se distingue un 18,2% (2 individuos) están en etapa Precontemplativa de dicho segmento, luego se visualiza a 1 individuo, que representa un 9,1% de dicho segmento, en etapa de Mantenimiento, lo cual es muy poco significativo, permitiéndonos, definir desde esta descripción, a los sujetos Mixtos, como esencialmente Contemplativos.

**Distribución de la Muestra según Enfermedad y Disposición para Ejercicio Físico.**

**Tabla N°7: Ejercicio Físico: Distribución por etapas y enfermedad.**

		Resumen ejercicio físico					Total
		Precontemplativo	Contemplativo	Preparación	Acción	Mantenimiento	
HTA	F	1	10	47	20	13	91
	%	1,1	11,0	51,6	22,0	14,3	100
DM	F	1	6	7	2	5	21
	%	4,8	28,6	33,3	9,5	23,8	100
Mixto	F	0	1	5	2	3	11
	%	0	9,1	45,5	18,2	27,0	100
Total	F	2	17	59	24	21	123
	%	1,6	13,8	48,0	19,5	17,1	100

En este cuadro podemos describir que la etapa de Preparación es la con mayor peso porcentual, la cual presenta un 48,0% (59 individuos de 123) del total de la muestra. Su distribución en detalle es la siguiente:

- Los sujetos con HTA (74% de la muestra general), se distribuyen presentando la primera mayoría en la etapa de Preparación con un 51,6% (47 individuos) en dicho tramo, luego se visualiza un 22,0% (20 individuos) en la etapa de Acción en dicho tramo, se evidencia un 14,3% (13 individuos) en la etapa de Mantenimiento para el mismo segmento, son seguidos por un 11,0% (10 individuos) en etapa de Contemplación, presentándose solo un 1,1% (1 individuo) en etapa de Precontemplación para quienes presentan HTA como enfermedad.
  
- Los sujetos con DM (que representan un 17,1% de la muestra general), se distribuyen porcentualmente en las etapas de disposición al cambio, presentando un 33,3% (7 individuos) en etapa de Preparación, un 28,6% (6 individuos) se encuentran en etapa de Contemplación en este segmento, un 23,8% (5 individuos) se encuentran en etapa de Mantenimiento, un 9,5% (2 individuos) en el mismo segmento, se ubican en la etapa de Acción, finaliza este segmento presentando solo 1 sujeto, con un 4,8% en etapa de Precontemplación.

- Los sujetos con HTA y DM, que representan un 8,9% del total de la muestra, se distribuyen frente a la disposición para realizar ejercicio físico, de la siguiente manera; un 45,5% (5 individuos) de este tramo se encuentran en etapa de Preparación, un 27,0% de dicho tramo (3 individuos de 11), se encuentran en etapa de Mantenimiento, un 18,2% (2 individuos) en este segmento se encuentran en etapa de Acción, encontrándose un 9,1% (1 individuo) en etapa de Contemplación. No se presentan en este tramo, que representa a los sujetos con ambas enfermedades, individuos que estén en la etapa de Precontemplación.

Desde esta descripción, es posible desarrollar el siguiente análisis, según la disposición de estos sujetos a realizar cambios en torno a:

**Control de Peso:** los mayores porcentajes están en las etapas de Contemplación y Precontemplación. Estas mayorías visibles en la muestra general se desglosan por enfermedad, presentando en el tramo de los Hipertensos (HTA), un 91,2% (83 individuos de 91), se ubican entre la contemplación y la precontemplación, lo que nos presenta una dificultad de ver el problema que dicha enfermedad les presenta asociada al control de peso, un 25,3% no está siquiera visualizando el riesgo cardiovascular que implica el no control de su peso, y un 65,9%, está consciente de dicho problema, pensando inclusive seriamente superarlo, pero aun no se ha comprometido con un cambio de dicha situación. Los Diabéticos (DM), presentan un 95,2% de sujetos entre contemplación y precontemplación (20 individuos de 21). En

ellos no se constatan sujetos en mantención, existiendo solo 1 individuo en Acción. Un 61,9% esta en etapa de Contemplación, un 33,3% en Precontemplación, planteándonos que al describir a este segmento de la muestra, estos se encuentran mas reticentes y con mayores dificultades para sopesar el riesgo cardiovascular asociado al no control de peso, ya que ese 33% de precontemplación nos habla de sujetos en los cuales no hay intención de cambiar el comportamiento o la condición en el control de su peso. En el segmento de sujetos que sufren diabetes e hipertensión arterial (DM+HTA o MIXTOS), se condensa un 90,9% de sujetos en etapa de Contemplación y Precontemplación. Un 72,7% (8 individuos de 11) se encuentran en Contemplación, un 18,2% (2 individuos de 11), se encuentran en etapa de Precontemplación.

**Ejercicio Físico:** en este ámbito, es posible visualizar que los mayores pesos porcentuales se encuentran en la etapa de Preparación, la que se entiende entre la Contemplación y la Acción, algunos autores la ubican como “un principio de movimiento hacia la etapa de acción” (Prochaska y Di Clemente, 1992). En la muestra que se ha estudiado, los sujetos hipertensos (HTA) presentan un 51,6% (47 individuos de 91), que están en Preparación, es posible visualizar en dicho segmento además, que entre las etapas de Acción y Mantención, suman un 36,3% (33 individuos de 91), esto indica que son sujetos sensibilizados frente a la importancia de la actividad física para reducir su riesgo cardiovascular, son sujetos que están dispuestos a iniciar modificaciones para incluir ejercicio físico en su vida. En el tramo de los diabéticos (DM), un 33,3% (7 individuos de 21), están en etapa de

Preparación, los sujetos en Acción y Mantenimiento suman 33,3% (8 individuos de 21), lo que marca una posibilidad significativa a la incorporación de ejercicio físico a su hábitos. Es destacable si, que en estos sujetos, ubicados en el tramo de la diabetes, la segunda mayoría esta en la Contemplación, la que presenta un 28,6% (6 individuos de 21), lo cual se hace consistente al entender, que la fase de Preparación es una ubicación intermedia hacia la acción. Son en dicha descripción, los diabéticos, los sujetos a los que mas esta costando incorporar el ejercicio físico a su vida. En el caso de los sujetos con hipertensión y diabetes (Mixtos), presentan el mayor porcentaje en la Etapa de Preparación, con un 45,5% (5 individuos de 11). Se visualiza un 45,2% (5 individuos de 11) en la suma de la etapa de Acción y Mantenimiento, lo que al igual que la hipertensión, consolida la disposición favorable de estos sujetos a incorporar actividad física en su vida.

Veamos ahora, como se presenta la distribución por sexo en esta muestra.

Se ha planteados en los datos antes entregados, que el porcentaje de Mujeres en esta muestra es de 86,2% (106 individuos) y el de Hombres es de 13,8% (17 individuos), ahora veremos como se distribuyen en las etapas de disposición al cambio, en el ámbito del control de peso y del ejercicio físico. Antes se presenta la distribución por sexo en cada enfermedad.

**Tabla N°8: Distribución por sexo en cada enfermedad.**

		Femenino	Masculino	Total
HTA	F	84	7	91
	%	68,3	5,7	74,0
DM	F	13	8	21
	%	10,6	6,5	17,1
Mixto	F	9	2	11
	%	7,3	1,6	8,9
Total	F	106	17	123
	%	86,2	13,8	100

(El % esta presentado en relación a la muestra total)

**Distribución según Sexo en las Etapas de Disposición al Cambio en el ámbito del Control de Peso.**

**Tabla N°9: Control de Peso: Distribución por Sexo en cada Etapa.**

		Femenino	Masculino	Total
Precontemplativo control de peso	F	26	6	32
	%	21,1	4,9	26,0
Contemplativo control de peso	F	72	9	81
	%	58,5	7,3	65,9
Acción control de peso	F	2	-	2
	%	1,6	-	1,6
Mantenimiento control de peso	F	6	2	8
	%	4,9	1,6	6,5
Total	F	106	17	123
	%	86,2	13,8	100

Del total de personas incluidas en la muestra (123 = 100%), y considerando, que el número de mujeres es superior al de hombres, es posible referir que, en la columna de las Mujeres, el mayor peso porcentual esta en la etapa de Contemplación, ya que cuenta con un 58,5% (72 individuos de 123), luego se ubican las que están en etapa de Precontemplación, que presentan un 21,1% (26 individuos de 123), a continuación, se ubican 6 individuos en la etapa de Mantenimiento las que representan un 4,9%, finalizando esta descripción con 2 individuos en la etapa de Acción, las que representan el 1,6% del 100%.

En la columna en la que se ubican los Hombres, el mayor peso porcentual, esta en la etapa de Contemplación, en la que se visualiza un 7,3% (9 individuos de 123), a posterior de ellos, es posible observar a 6 individuos, que representan un 4,9% en la etapa de Precontemplación. No existiendo sujetos en la etapa de Acción, es posible visualizar que en la etapa de Mantenimiento, se ubican 2 individuos, los que representan un 1,6% del total de la muestra investigada.

**Distribución según Sexo en las Etapas de Disposición al Cambio en el ámbito del Ejercicio Físico.**

**Tabla N°10: Ejercicio Físico: distribución por Sexo en cada Etapa.**

		Femenino	Masculino	Total
Precontemplativo ejercicio físico	F	2	-	2
	%	1,6	-	1,6
Contemplativo ejercicio físico	F	13	4	17
	%	10,6	3,3	13,8
Preparación ejercicio físico	F	53	6	59
	%	43,1	4,9	48,0
Acción ejercicio físico	F	22	2	24
	%	17,9	1,6	19,5
Mantenimiento ejercicio físico	F	16	5	21
	%	13,0	4,1	17,1
Total	F	106	17	123
	%	86,2	13,8	100

Al describir la distribución del total de la muestra en las etapas de disposición al cambio en torno a Ejercicio Físico, podemos decir que, en la columna de las Mujeres, el mayor peso porcentual se encuentra en la etapa de Preparación, con un total de 43,1% (53 individuos de 123), en segundo lugar se visualiza un 17,9% (22 individuos de 123) ubicados en la etapa de Acción. Se visualizan 16 individuos que representan un 13% del total de la muestra en la etapa de Mantenimiento, le sigue un 10,6% que representa a 13 mujeres en la etapa de Contemplación, para finalizar la

columna de mujeres, con 2 individuos, que representan un 1,6% en la etapa de Precontemplación.

En la columna de Hombres, destaca en primer lugar, un 4,9% de sujetos ubicados en la etapa de Preparación los que representan a 6 individuos de la muestra total, en la etapa de Mantenimiento, es posible visualizar un 4,1% que representa a 5 individuos del total de la muestra, le sigue en tercer lugar, la etapa de Contemplación con un 3,3% (4 individuos), para luego visualizar a 2 sujetos, que representan un 1,6% de la muestra total. Se destaca que en la columna de hombres, no se presentan sujetos en la etapa de Precontemplación.

Desde esta descripción, es posible realizar el siguiente análisis:

- Cuando se visualiza la distribución por sexo en las distintas etapas de disposición al cambio en el ámbito del **Control de Peso**, es posible plantear, que las mujeres así como los hombres, alcanzan una mayor frecuencia en la etapa de Contemplación, alcanzando un 65, 9% (81 individuos, mujeres y hombres, del total de la muestra), a partir de este dato, los hombres transitan a la etapa de precontemplación al igual que las mujeres. La diferencia se establece en que las mujeres presentan un 1,6% (2 individuos de los 123) que se instalan en la etapa de acción, donde los hombres no figuran, para luego, tener ambos, hombres y mujeres un porcentaje menor en la etapa de

mantenimiento ( 4,9% en el caso de las mujeres, y un 1,6% en el caso de los hombres).

- Cuando se describe la disposición al cambio en el ámbito del ejercicio físico, hombres y mujeres comparten un mayor porcentaje en la etapa de Preparación (con un 43,1% en el caso de las mujeres y un 4,9% en el caso de los hombres), estando mas cercanas las mujeres a las etapas de Acción (17,9%) y de Mantenimiento (13,0%) y los hombres a las etapas de Mantenimiento (4,1%) y Contemplación (3,3%).

A continuación se describe la distribución de estos individuos en la relación a edad y enfermedad, para desde ahí, avanzar en una descripción que nos permita profundizar en la distribución por edad y distribución por etapas en el ámbito del Control de Peso y el Ejercicio Físico.

**Tabla N°11: Distribución por Edad y Enfermedad.**

		35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	Total
HTA	F	20	27	38	6	91
	%	22,0	29,7	41,8	6,5	100
DM	F	2	2	5	12	21
	%	9,5	9,5	23,8	57,2	100
Mixto	F	1	3	4	3	11
	%	9,1	27,3	36,4	27,2	100
Total	F	23	32	47	21	123
	%	18,7	26,0	38,2	17,1	100

En esta distribución, es posible destacar al momento de realizar una descripción que, en la fila de Hipertensión Arterial (HTA), el mayor peso porcentual se encuentra en el tramo de edad de 45 a 49 años, presentando un 41,8% (38 individuos de 91), en esta misma fila, se destaca que al agregar, las edades de 40 a 44 años que posee un 29,7%, se alcanza un total del 71,5% (65 individuo de 91) del total de dicho segmento.

En la fila de Diabetes (DM), se destaca que el mayor porcentaje se encuentra en las edades que van desde los 50 a los 54 años, encontrándose un 57,1% (12 individuos de 21) en dicho tramo. Si a esto se suma el tramo anterior, que va desde los 45 a los 49 años que representan un 23,8% (5 individuos de 21), la suma alcanza un 80,9% (17 individuos de 21) del segmento de diabéticos.

En la fila de los Diabéticos e Hipertensos (Mixtos), el mayor peso porcentual se encuentra en las edades que van desde los 45 a los 49 años con un 36,4% (4 individuos de 11).

Visualicemos ahora, la descripción que es posible realizar de la distribución según Edad en las Etapas de Disposición al Cambio, en lo referente a Control de Peso.

**Tabla N°12: Distribución según Edad y Etapas en el ámbito de Control de Peso**

		35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	Total
Precontemplativo control de peso	F	5	5	18	4	32
	%	4,1%	4,1%	14,6%	3,3%	26,0%
Contemplativo control de peso	F	16	25	25	15	81
	%	13,0%	20,3%	20,3%	12,2%	65,9%
Acción control de peso	F	0	0	1	1	2
	%	,0%	,0%	0,8%	0,8%	1,6%
Mantenimiento control de peso	F	2	2	3	1	8
	%	1,6%	1,6%	2,4%	0,8%	6,5%
Total	F	23	32	47	21	123
	%	18,7%	26,0%	38,2%	17,1%	100,0%

Desde este cuadro, es posible destacar que en el ámbito del Control de Peso, que representa la muestra total, en la etapa de Precontemplación, el mayor peso se encuentra en las edades que van, desde los 45 a los 49 años, alcanzando un 14,6% del total (18 individuos de 123). En la etapa de Contemplación, los mayores porcentajes se encuentran en el tramo de 40 a 44 años, que tiene la misma cantidad de sujetos que el tramo de 45 a 49 años, cada uno tiene un 20,3% (25 individuos de 123). En la etapa de Acción, existen solo dos sujetos, 1 en el tramo de 45 a 49, 1 en el tramo de 50 a 54 años, ambos solo obtienen un 1,6% de la muestra total (2 individuos de 123). En el tramo de Mantenimiento, el mayor porcentaje se ubica en el tramo de 45 a 49 años, con un 2,4% (3 individuos de 123). Desde esta perspectiva,

es posible destacar, que la muestra en general, presenta su mayor cantidad de individuos en la fila de Contemplación interceptada con las columnas de edades entre los 40 y los 49 años, presentando 40,6% (50 individuos de 123).

A continuación se presenta la distribución según edades, de la muestra total, en las etapas de disposición al cambio, en el ámbito del Ejercicio Físico.

**Tabla N° 13: Distribución según Edad y Etapas en el ámbito de Ejercicio Físico**

		35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	Total
Precontemplativo ejercicio físico	F	0	0	1	1	2
	%	0,0	0,0	0,8	0,8	1,6
Contemplativo ejercicio físico	F	2	3	9	3	17
	%	1,6	2,4	7,3	2,4	13,8
Preparación ejercicio físico	F	11	19	21	8	59
	%	8,9	15,4	17,1	6,5	48,0
Acción ejercicio físico	F	7	5	7	5	24
	%	5,7	4,1	5,7	4,1	19,5
Mantenimiento ejercicio físico	F	3	5	9	4	21
	%	2,4	4,1	7,3	3,3	17,1
Total	F	23	32	47	21	123
	%	18,7	26,0	38,2	17,1	100

En el ámbito de la disposición al cambio en relación al Ejercicio Físico, destacamos que el mayor peso estadístico está en la etapa de Preparación, con el segmento de edad que va desde los 45 a los 49 años, donde se visualiza un 17,1% (21 individuos de 123).

Si se desarrolla un análisis que apunte a cruzar las variables, edad, etapa de disposición al cambio en los ámbitos de Control de Peso y Ejercicio Físico (se adjuntan las Tablas que grafican dicho cruce en la página siguiente), junto a la enfermedad del sujeto, es posible describir las siguientes distribuciones de los individuos que componen la muestra, se estima como un punto de análisis importante para responder los objetivos específicos 1.1; 1.2 y 1.3 que nortean esta investigación.

1.1 Los sujetos Diabéticos (DM) presentes en la muestra en estudio, en el tramo de edad que va desde los 35 a los 39 años se presentan Contemplativos, entre los 40 y los 44 años se ubican entre la Precontemplación y la Contemplación, en el tramo de edad entre los 45 y los 49 se presentan como Precontemplativos y Contemplativos, entre los 50 y 54 años son claramente Contemplativos. Esto difiere notoriamente al describir su distribución en el ámbito del Ejercicio Físico, ya que en el segmento de edades entre los 35 y los 39, los sujetos se encuentran entre Preparación y Acción, en las edades de 40 a 44, un individuo en Mantenimiento y otro en Contemplación, entre los 45 y 49, en Contemplación, y en el tramo de 50 a 54, fuertemente ubicado en la etapa de Preparación.

1.2 Los sujetos Hipertensos (HTA) presentes en la muestra en estudio, en el tramo de edad que va desde los 35 a los 39 años, presentan su mayor cantidad de individuos en la etapa de Contemplación, entre las edades que van desde los 40 a los 44 años, son mayormente Contemplativos, igual situación se observa entre quienes están en edades que van de los 45 a los 49 años, Contemplativos son también, quienes tienen edades entre los 50 y 54 años. En el caso de la disposición al cambio en el ámbito del Ejercicio Físico, la situación varía, ya que quienes tienen edades entre los 35 y los 39, están en Preparación, en las edades de 40 a 44 notoriamente en Preparación, entre los 45 y los 49, en Preparación, y en el caso de los sujetos que tienen edades entre los 50 y los 54 años, están entre Preparación y Acción.

1.3 Los sujetos que presentan Diabetes junto a Hipertensión Arterial (DM+HTA o MIXTO) en lo que se refiere a su ubicación en las etapas de cambio en el ámbito del Control de Peso, en el tramo de edad que va desde los 35 a los 39 años se presentan Contemplativos, en las edades que van desde los 40 a los 44 años, se presentan Contemplativos, en las edades entre los 45 a los 49 años se ubican entre la Precontemplación y la Contemplación y entre los 50 y 54 años, en Contemplación. En torno a su ubicación en el ámbito del Ejercicio Físico, en las edades que van desde los 35 a los 39 años, se ve un individuo en Preparación, en las edades de 40 a 44 años, un sujeto en Precontemplación y otro en

Manutención, en las edades entre 45 y 49 años, en Contemplación, en el tramo de edad que va desde los 50 a los 54 años, claramente en Preparación.

Se presentan para finalizar este punto, las Tablas 14 y 15, con las que se grafican estas conclusiones.

**Tabla N°14: Cruce de las Variables: Edad, Etapa en relación a Control de Peso y Enfermedad**

			Enfermedad			Total
			HTA	DM	Mixto	
35 a 39 años	Precontemplativo control de peso	F	5	-	-	5
		%	21,7	-	-	21,7
	Contemplativo control de peso	F	13	2	1	16
		%	56,5	8,7	4,3	69,6
	Mantenimiento control de peso	F	2	-	-	2
		%	8,7	-	-	8,7
Total		F	20	2	1	23
		%	87,0	8,7	4,3	100
40 a 44 años	Precontemplativo control de peso	F	4	1	-	5
		%	12,5	3,1	-	15,6
	Contemplativo control de peso	F	21	1	3	25
		%	65,6	3,1	9,4	78,1
	Mantenimiento control de peso	F	2	-	-	2
		%	6,3	-	-	6,3
Total		F	27	2	3	32
		%	84,4	6,3	9,4	100
45 a 49 años	Precontemplativo control de peso	F	13	3	2	18
		%	27,7	6,4	4,3	38,3
	Contemplativo control de peso	F	21	2	2	25
		%	44,7	4,3	4,3	53,2
	Acción control de peso	F	1	-	-	1
		%	2,1	-	-	2,1
	Mantenimiento control de peso	F	3	-	-	3
		%	6,4	-	-	6,4
Total		F	38	5	4	47
		%	80,9	10,6	8,5	100

50 a 54 años	Precontemplativo control de peso	F	1	3	-	4
		%	4,8	14,3	-	19,0
	Contemplativo control de peso	F	5	8	2	15
		%	23,8	38,1	9,5	71,4
	Acción control de peso	F	-	1	-	1
		%	-	4,8	-	4,8
	Mantenimiento control de peso	F	-	-	1	1
		%	-	-	4,8	4,8
Total	F	6	12	3	21	
	%	28,6	57,1	14,3	100	

**Tabla N°15: Cruce de las Variables: Edad, Etapa en relación a Ejercicio Físico y Enfermedad**

			Enfermedad			Total
			HTA	DM	Mixto	
35 a 39 años	Precontemplativo ejercicio físico	F	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0
	Contemplativo ejercicio físico	F	2	0	0	2
		%	8,7	0,0	0,0	8,7
	Preparación ejercicio físico	F	9	1	1	11
		%	39,1	4,3	4,3	47,8
	Acción ejercicio físico	F	6	1	0	7
		%	26,1	4,3	0,0	30,4
	Mantenimiento ejercicio físico	F	3	0	0	3
		%	13,0	0,0	0,0	13,0
Total	F	20	2	1	23	
	%	87,0	8,7	4,3	100	

40 a 44 años	Precontemplativo ejercicio físico	F	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0
	Contemplativo ejercicio físico	F	2	1	0	3
		%	6,3	3,1	0,0	9,4
	Preparación ejercicio físico	F	18	0	1	19
		%	56,3	0,0	3,1	59,4
	Acción ejercicio físico	F	5	0	0	5
		%	15,6	0,0	0,0	15,6
	Mantenimiento ejercicio físico	F	2	1	2	5
		%	6,3	3,1	6,3	15,6
Total	F	27	2	3	32	
	%	84,4	6,3	9,4	100	

45 a 49 años	Precontemplativo ejercicio físico	F	0	1	0	1
		%	0,0	2,1	0,0	2,1
	Contemplativo ejercicio físico	F	6	2	1	9
		%	12,8	4,3	2,1	19,1
	Preparación ejercicio físico	F	18	1	2	21
		%	38,3	2,1	4,3	44,7
	Acción ejercicio físico	F	7	0	0	7
		%	14,9	0,0	0,0	14,9
	Mantenimiento ejercicio físico	F	7	1	1	9
		%	14,9	2,1	2,1	19,1
Total	F	38	5	4	47	
	%	80,9	10,6	8,5	100	

50 a 54 años	Precontemplativo ejercicio físico	F	1	0	0	1
		%	4,8	0,0	0,0	4,8
	Contemplativo ejercicio físico	F	0	3	0	3
		%	0,0	14,3	0,0	14,3
	Preparación ejercicio físico	F	2	5	1	8
		%	9,5	23,8	4,8	38,1
	Acción ejercicio físico	F	2	1	2	5
		%	9,5	4,8	9,5	23,8
	Mantenimiento ejercicio físico	F	1	3	0	4
		%	4,8	14,3	0,0	19,0
Total	F	6	12	3	21	
	%	28,6	57,1	14,3	100	

**5.2. Fase Cualitativa: Descripción de contenidos que es posible distinguir, en las respuestas dadas en una entrevista semiestructurada, por sujetos, hombres y mujeres, con edades ubicadas entre los 35 y los 54 años, enfermos de Diabetes Mellitus y o Hipertensión, en relación a sus propios procesos terapéuticos vividos, pertenecientes a la muestra estudiada en la fase anterior.**

A continuación se presenta la extracción de contenidos que es posible lograr, desde las entrevistas que se aplicaron a 8 sujetos pertenecientes a la muestra investigada en la Fase Cuantitativa que se utilizó anteriormente, los cuales cumplían con los criterios establecidos en Cuadro Tipológico que se presenta a continuación:

	Diabéticos (DM)	Hipertensos (HTA)	DM + HTA (Mixto)
Precontemplación	Mujer - DM 35 a 44 años Precontemplativa	Hombre – HTA 45 a 54 años Precontemplativo	Mujer – DM HTA 35 a 44 años Precontemplativa <b>No Encontrada</b>
Contemplación	Hombre – DM 35 a 44 años Contemplativo	Mujer – HTA 45 a 54 años Contemplativa	Hombre– DM HTA 35 a 44 años Contemplativo
Acción	Mujer – DM 45 a 54 años Acción	Hombre – HTA 35 a 44 años Acción <b>No Encontrado</b>	Mujer – DM HTA 45 a 54 años Acción <b>No Encontrada</b>
Mantenimiento	Hombre – DM 45 a 54 años Mantención <b>No Encontrado</b>	Mujer – HTA 35 a 44 años Mantención	Hombre- DM HTA 45 a 54 años Mantención

La selección en torno a la Etapa de Cambio, se realizó desde el Cuestionario dedicado al Control de Peso. Con el siguiente análisis de contenidos, se da respuesta al objetivo específico 1.4.

A continuación, se presentarán los contenidos distinguidos en estas entrevistas, de sujetos entendidos como “Informantes Privilegiados”. Desde esta entrevista, es posible conocer el grado de conocimiento que estos sujetos tienen, que reconocimiento tienen de sus propias prácticas en salud y o cómo reconocen sus experiencias terapéuticas recibidas. La entrevista semiestructurada consta de 14 preguntas desde las cuales, el entrevistador promovía la conversación. El desarrollo se realizó por cada pregunta.

**Pregunta N° 1: ¿Cuándo le diagnosticaron su enfermedad?.**

Casillero A: 1 año	Casillero B: 2 años y medio	Casillero D: 25 años	Casillero E: 1 año 2 meses
Casillero F: 1 año	Casillero G: 2 años	Casillero K: 1 año 3 meses	Casillero L: 1 año 2 meses

Desde esta pregunta es posible visualizar que todos los informantes tienen más de un año desde que se les diagnosticó la dolencia crónica que los afecta, esta es una condición importante para ser considerados informantes privilegiados, ya que

tienen un tiempo que les a permitido recibir alguna actividad formativa a parte de la atención terapéutica medica tradicional.

**Pregunta N° 2: Defina con sus palabras la enfermedad que le afecta.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Diabetes Mellitus (DM) se puede entender como un Síndrome orgánico multisistemico que tiene como característica el aumento de los niveles de glucosa en la sangre, resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambos. La Diabetes Mellitus 2, se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatologico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos, de la glucosa. Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida y es muy frecuente la asociación con la obesidad.

La misma organización, define la Hipertensión Arterial, como una condición medica que cursa con una elevación o aumento persistente de la presión al interior de las arterias, en personas mayores de 18 años, por encima de los 140/90 mmHg. La presión normal en una persona es de 120/80 mmHg.

Frente a estas definiciones, se evaluara cuan cercana es la definición que los sujetos entregan de sus enfermedades.

Casillero A: Destaca lo crónico de ella	Casillero B: La define con claridad	Casillero D: Destaca lo crónico de ella	Casillero E: Destaca algunos síntomas
Casillero F: Las define con claridad	Casillero G: La define con claridad	Casillero K: Desataca algunos síntomas	Casillero L: Destaca síntomas emocionales

Es posible plantear que, de 8 sujetos entrevistados, 3 definen con claridad la enfermedad que padecen, acercándose con claridad a la definición formal que entrega la OMS.

Casillero B: “alteración de la Presión Arterial o fuerza que ejerce la circulación de la sangre contra las venas”.

Casillero F: “DM: Exceso de azúcar en la sangre. HTA: presión arterial alta”.

Casillero G: “Es la falta de control de la Insulina”.

Se presentan 2 sujetos que destacan la condición crónica de la enfermedad:

Casillero A: “La enfermedad de la diabetes es para toda la vida y cambia el sistema de vivir”.

Casillero D: “La diabetes es progresiva al transcurso de la vida”.

Se presentan 3 individuos que destacan los síntomas, 2 desde los síntomas corporales orgánicos y 1 desde los síntomas emocionales:

Casillero E: “HTA: bochornos, dolor de cabeza”.

Casillero K: “HTA: mucho calor, zumbido en los oídos”.

Casillero L: “Trastorno del sueño, ansiedad, inapetencia, ganas de llorar, mal genio”.

**Pregunta N°3: ¿Qué emociones siente en relación a su enfermedad?.**

Se agruparon las respuestas en tres categorías, emociones positivas, emociones negativas e indiferencia.

Casillero A: Neg. Tristeza	Casillero B: Neg. Frustración	Casillero D: Neg. Impotencia	Casillero E: Neg. Dejar de...
Casillero F: Neg. Bajón de animo	Casillero G: Neg. Rabia, penas	Casillero K: Neg. Arrepentimiento	Casillero L: Neg. Desesperación

El total de respuestas se ubican en la categoría de NEGATIVAS.

Casillero A: “Un poco de tristeza ya que uno no puede llevar una vida normal”.

Casillero B: “Frustración”.

Casillero D: “Impotencia y tensión”.

Casillero E: “Dejar de consumir muchas cosas”.

Casillero F: “Bajón de animo y me siento limitado en algunas cosas”.

Casillero G: “Me provoca mucha rabia, penas y mucho miedo”.

Casillero K: “Lamentablemente debí cuidarme antes y debí ser mas conciente conmigo misma”.

Casillero L: “Emociones negativas y desesperación”.

**Pregunta N°4: ¿Qué es Riesgo Cardiovascular?.**

El Riesgo Cardiovascular es entendido como la posibilidad que a un sujeto con Factores de Riesgo Cardiovascular, entre ellos la DM y la HTA, les pueda acontecer un accidente vascular ya sea a nivel encefálico o cardiaco.

A continuación se presenta la cercanía de las definiciones que realizan los entrevistados y la conceptualización anterior.

Casillero A: Cercana	Casillero B: Lejana	Casillero D: Cercana	Casillero E: Cercana
Casillero F: Cercana	Casillero G: Lejana	Casillero K: Cercana	Casillero L: Lejana

Se presentan 5 respuestas que se entienden como Cercana y 3 como Lejana.

Las que logran una cercanía con el concepto formal de riesgo cardiovascular, alcanzan a visualizar que dicho riesgo se refiere a un posible accidente vascular, lo que es de suma importancia al momento de plantear medidas preventivas, ya que les permite entender que dichos eventos, son la resultantes de la suma de factores de riesgo que los afectan, entre los cuales se cuenta las enfermedades que sufren. Esto les permite dimensionar la importancia de los tratamientos que reciben en torno a sus dolencias crónicas.

Casillero A: “En algún momento puede darte un coma diabético o descompensarse”.

Casillero D: “Trombosis y muerte por la mala circulación”.

Casillero E: “Trombosis, ataque al sistema nervioso”.

Casillero F: “Mayor riesgo de accidente vascular”.

Casillero K: “Ataque que afecta principalmente al cerebro, puede ser una trombosis, parálisis”.

Los que realizan una definición considerada como Lejana, desarrollan conceptos que están mas relacionados con la enfermedad que padecen, no logrando integrar esta al evento más general que implica un accidente cardiovascular. Es posible que ellos no alcancen a visualizar sus dolencia como parte de un cuadro de riesgo más general.

Casillero B: “Situación de riesgo para un paciente, generado por malos hábitos”.

Casillero G: “Es el problema de presión arterial”.

Casillero L: “Peligro de muerte”.

**Pregunta N°5: ¿A que actividades educativas a asistido?.**

Del total de sujetos entrevistados, los 8 han asistido al menos a alguna actividad educativa. Esto responde a los planes que el Centro de Salud a planteado al interior del flujo normal de las prestaciones que se le entregan a estos individuos. Destacan como importantes los Talleres Educativos Nutricionales, así como los programas de Prevención Psicosociales que promueven mayor adherencia a los tratamientos que reciben dichos individuos.

Casillero A: “Curso que implanto el Policlínico, en el cual me enseñaron a conocer bien la enfermedad, a ver que la vida puede continuar normal si se sigue el tratamiento y la buena alimentación y el ejercicio”.

Casillero B: “Taller sobre los alimentos, su importancia, clasificación. Taller Psicológico: para enseñarnos a vivir con nuestra enfermedad”.

Casillero D: “Gimnasia”.

Casillero E: “Nutricionista, asistente social, actividad física”.

Casillero F: “Una jornada realizada por el consultorio, sobre hábitos y cuidados para personas con estas enfermedades crónicas”.

Casillero G: “Charlas con dietistas, gimnasia”.

Casillero K: “Con asistente social, nutricionista, actividad física”.

Casillero L: “Charla con psicólogos, nutricionista”.

Se destaca el contenido orientado al desarrollo de actividad física saludable, el cual es parte de los nuevos desafíos que se plantean en la prevención frente a la posibilidad de aumento de daño en estos sujetos a partir de sus enfermedades crónicas.

**Pregunta N°6: ¿Cómo se relacionan sus hábitos con la enfermedad que tiene?.**

Frente a esta pregunta, se agruparon las respuestas en torno a si el entrevistado distingue una relación entre sus hábitos y su enfermedad:

Casillero A: No Relaciona	Casillero B: Relaciona	Casillero D: Relaciona	Casillero E: Relaciona
Casillero F: No Relaciona	Casillero G: Relaciona	Casillero K: Relaciona	Casillero L: No Relaciona

Se distinguen 5 sujetos que relacionan en forma importante sus hábitos con la enfermedad que tienen. Se aprecian 3 sujetos que no logran otorgar relaciones entre sus hábitos y sus enfermedades.

Los que distingue relación, logran visualizar que los cuidados y modificaciones que realizan en sus hábitos, están vinculados a la posibilidad de

mejorar su estado de salud, evitando un mayor daño orgánico desde la enfermedad que sufren.

Casillero B: “Tomando conciencia de los futuros daños que me pueden generar mis malos hábitos”.

Casillero D: “ Muy bien, he aprendido a vivir con ella”.

Casillero E: “Cuidándome en la alimentación y realizando actividad física”.

Casillero G: “Han cambiado y ahora como mas sano”.

Casillero K: “Se relacionan, me cuido en la alimentación”.

Los que no distinguen relación, presentan su mayor dificultad en la motivación a iniciar cambios con respecto a sus hábitos, refieren dificultades de animo así como de efectividad en las posibles modificaciones que podrían hacer.

Casillero A: “Me cuesta llevar los hábitos, ya que los alimentos que uno consume no todos se pueden comer y uno anda mal genio”.

Casillero F: “Me ha costado mucho lograr una relación entre ambos”.

Casillero L: “Se relaciona mal por que no hay animo para cambiarlos”.

**Pregunta N° 7: ¿ Le han servido las actividades educativas a las que ha asistido?, ¿Por qué?.**

Se presenta una primera categorización orientada a ver si existe o no la percepción de que estas actividades le han servido para luego destacar los por que de estas respuesta.

Casillero A: SI	Casillero B: SI	Casillero D: SI	Casillero E: SI
Casillero F: SI	Casillero G: SI	Casillero K: SI	Casillero L: SI

Los 8 entrevistados responden que si le han servido, entre los por que, se destacan:

Casillero A: “Si, por que supe como llevar mi enfermedad, con mas ganas y alegría”.

Casillero B: “Han sido muy positivas, sobre todo el taller Psicológico, por que puedo realizar los ejercicios de relajación en cualquier parte”.

Casillero D: “Para recordar los riesgos de la enfermedad”.

Casillero E: “Si, por que son una buena orientación para aprender a vivir con la enfermedad”.

Casillero F: “Si, aunque solo he asistido una vez”.

Casillero G: “He aprendido a conocerme y a cuidarme”.

Casillero K: “Si, son una buena orientación para tomar conciencia de cuidarme”.

Casillero L: “Si, he aprendido mejor mi enfermedad”.

Es importante destacar, que todos plantean que estas actividades le han permitido comprender mejor sus enfermedades, así como ha manejar mejor sus síntomas, esto les entregaría una sensación de mayor dominio en torno al como les afecta su enfermedad.

**Pregunta N° 8: ¿Cómo puede reducir su riesgo cardiovascular?.**

Frente a esta pregunta, se pueden distinguir 4 grandes ámbitos que son visualizados por los entrevistados como importantes para la reducción del riesgo cardiovascular. El primero que se menciona, dice relación con la alimentación.

Casillero A: “No consumiendo azúcar”.

Casillero G: “Con dietas, alimentación sana”.

El segundo que se menciona dice relación con la alimentación pero suma el desarrollo de actividad física.

Casillero E: “Cuidándome en mi alimentación y haciendo actividad física”.

Casillero F: “Mejorando los hábitos alimenticios y con Actividad Física”.

Casillero K: “Con Actividad Física y buena alimentación”.

Casillero L: “Con dieta y actividad física”.

El tercer grupo de se logra visualizar, refiere hábitos, pero suma la adquisición de información y la asistencia a controles.

Casillero B: “Mejorando los hábitos de vida sana e informándose, además es fundamental estar al día en los controles”.

Se destaca una mención realizada por un sujeto en torno a el ámbito de las emociones.

Casillero D: “En mi caso particular, con menos tensión”.

**Pregunta N° 9: ¿Se siente motivado para cambiar hábitos que lo ponen en riesgo? , ¿Por que?.**

Frente a esta pregunta, se desarrolla un primer paso, que apunta a la categorización de las respuesta en torno a si es una respuesta afirmativa o negativa, para luego visualizar, los por que argumentados.

Casillero A: SI	Casillero B: SI	Casillero D: SI	Casillero E: SI
Casillero F: SI	Casillero G: SI	Casillero K: SI	Casillero L: SI

Destaca que cada uno de los entrevistados refiere sentirse motivado para cambiar hábitos, en ello es de importancia el sentirse mas aliviados en sus síntomas, su responsabilidad familiar, así como ver que aun tienen una vida por la cual cuidarse.

Casillero A: “Si, por que depende del cambio que yo tenga me voy a mantener bien en mi diabetes”.

Casillero B: “Por lo antes mencionado, tomando conciencia real de la enfermedad que tenemos, y ante esto hacer los cambios que tiendan a mejorar mi calidad de vida”.

Casillero D: “Siempre es muy importante para un mejor vivir”.

Casillero E: “Si, por que soy madre y tengo que cuidarme para mis hijos y mi marido”.

Casillero F: “Si, por que aun soy joven y por que tengo una familia que depende de mi”.

Casillero G: “Si, me encuentro motivada, debido a que me siento mucho mejor”.

Casillero K: “Si, por que soy mamá vieja y quiero ver crecer y desarrollarse a mis hijos, para que tengan una buena vida, y a la vez me cuido para no ser una carga para ellos durante mi vejez”.

Casillero L: “Si, por que he tenido asistencia medica que me ayudan a salir un poco del problema”.

**Pregunta N° 10: Si realiza cambios en sus hábitos ¿cómo le va a resultar?.**

Al revisar las respuestas entregadas a esta pregunta, es posible relevar en la casi totalidad de ellas, 7 de 8, una auto evaluación positiva en torno a la obtención de logros al momento de plantearse realizar cambios en sus hábitos. Esta mayoría, entienden que es posible hacer cambios, y que al realizar estos tendrían éxito.

Casillero A: “Positivo, ya que todo cambio es para mejor control sobre mi Diabetes”.

Casillero B: “Siempre deben ser positivos”.

Casillero D: “Para bien”.

Casillero E: “Bien, no me complica cambiar hábitos ya sea en alimentación o estilos de vida”.

Casillero G: “Muy bien, debido a que estoy con mucha mas energía”.

Casillero K: “Bien, no tengo problemas con hacer cambios en la alimentación o estilos de vida”.

Casillero L: “Yo creo que el resultado va a ser bueno, si tengo ayuda de un profesional”.

Solo un sujeto, plantea que le resultaría difícil iniciar cambios en sus hábitos, refiere no considerarse efectivo frente a dicha posibilidad.

Casillero F: “Bastante difícil, ya que no tengo mucha fuerza de voluntad”.

**Pregunta N° 11: ¿Qué temas cree usted que son importantes de tratar para que mejore su salud cardiovascular?.**

Frente a esta pregunta, se pueden visualizar tres grandes categorías de respuestas, la primera condensa temas generales que destacan el contar con mas información, mayor conocimiento, acceso a educación.

Casillero B: “Información, educación, campañas, voluntad”.

Casillero D: “Mayor claridad sobre el tema, mayor información”.

Casillero E: “Todos son importantes, especialmente en el tema de conocer la enfermedad”.

Una segunda categoría , agrupa temas generales en torno a la alimentación y temas nutricionales.

Casillero A: “La forma de alimentarse, la forma de llevar una vida tranquila y saludable”.

Casillero F: “Los que tienen que ver con la alimentación”.

Una tercera gran categoría, agrupa la solicitud de temas nutricionales y de actividad física.

Casillero G: “Mayor educación en cuanto a comidas. Planes de educación física. Charlas de Grupo”.

Casillero K: “Todos los temas son importantes, especialmente por que conocemos algunas partes de la enfermedad. Conocemos sobre alimentación, nutrición, actividad física”.

Casillero L: “Alimentación y Actividad Física”.

**Pregunta N° 12: ¿Cómo evalúa que han sido las atenciones y tratamientos que ha recibido en torno a su salud cardiovascular?.**

Frente a esta pregunta, el total de los entrevistados desarrollaron respuestas que denotan una evaluación positiva frente a las atenciones y tratamientos que han recibido.

Se destacan conceptos, que expresan reconocimientos en torno a la dedicación de los equipos que desarrollan dichas atenciones, esto devela una relación humanizada que distingue los procesos terapéuticos entregados, lo que es entendido como un motor importante para desarrollar un vinculo que permite una mejor recepción de los esfuerzos de los equipos en los sujetos que los reciben, promoviendo mejores canales comunicativos, desde ahí, mejor adherencia a las pautas e indicaciones de manejo de las enfermedades.

Casillero A: “Muy buena, están preocupados por mi salud y me dan todos los remedios”.

Casillero B: “Directa, eficiente, provechosa y efectiva”.

Casillero D: “Yo soy un agradecido del sistema actual, me costo un poco incorporarme en el, ya que antes tuve malas atenciones”.

Casillero E: “Muy buena”.

Casillero F: “Buenas, demuestran preocupación por los pacientes”.

Casillero G: “Han sido muy positivas”.

Casillero K: “Excelentes, mucha dedicación”.

Casillero L: “Buena”.

**Pregunta N° 13: Para controlar mejor su peso ¿Qué necesita?.**

Frente a esta pregunta, se destacan contenidos que hablan en primer lugar, de mantener una alimentación guiada por pautas nutricionales, acompañamiento profesional y desarrollo de actividad física. Junto a ello se distingue la solicitud de equipamiento y apoyo para el desarrollo de actividades preventivas.

Casillero A: “Contar con mi medico y comer los alimentos que me han enseñado en los cursos”.

Casillero B: “Aunque parezca chiste, pero necesito una pesa y un equipo autónomo para medir mi presión en forma domestica”.

Casillero D: “Gimnasia”.

Casillero E: “Cuidarme en la alimentación y actividad física”.

Casillero F: “Una alimentación sana y ejercicio físico”.

Casillero G: “Mayor apoyo con actividades”.

Casillero K: “Dejar de comer y ser conciente con mi hipertensión”.

Casillero L: “Una dieta balanceada”.

**Pregunta N° 14: Para realizar actividad física saludable, ¿Qué necesita?.**

Frente a esta pregunta, se distinguen 2 grandes categorías de respuestas, la primera nos propone la necesidad de estos sujetos, de contar con apoyo de un profesional en el ámbito del Ejercicio Físico y programas dirigidos al desarrollo de esta actividad.

Casillero A: “Contar con los profesionales para que nos preparen un buen programa de ejercicios para llevar nuestra enfermedad”.

Casillero E: “Necesito un programa de actividad física que sea gratuito”.

Casillero K: “Un programa de actividad física adecuado que cuente con profesor”.

Casillero L: “Un buen preparador físico y asistencia”.

En la misma línea de contenidos, destaca un segundo grupo de respuestas que plantea la necesidad de contar con actividades, lugares para su desarrollo e implementos.

Casillero D: “ Que existan actividades y lugares donde realizarlas”.

Casillero F: “Facilidades e instalaciones”.

Casillero G: “Espacio físico e implementos de gimnasia”.

En ultimo lugar, se plantea la necesidad de contar con tiempo para el desarrollo de actividades, lo que esta vinculado a la posibilidad individual de uso de los tiempos personales.

Casillero B: “Tiempo, debido a mi trabajo, no dispongo de tiempo suficiente para asistir a charlas”.

## **6. Conclusiones y Discusión.**

En relación con los resultados obtenidos en esta investigación, se puede señalar que, la muestra estudiada, compuesta de sujetos con edades entre los 35 y los 54 años, hombres y mujeres, que padecen de Diabetes Mellitus Tipo 2 y o Hipertensión Arterial, extraídos de la población atendida por dichas dolencias, en el Centro de Salud Padre Manuel Villaseca de Puente Alto, presentan las siguientes distribuciones en las etapas de disposición al cambio que postula el Modelo Transteorico del Cambio, propuesto por J. Prochaska y C. Di Clemente:

Los Diabéticos (DM) de la muestra, son sujetos cuyas edades están mas cercanas al tramo que va desde los 45 años a los 54, al igual que la muestra en general, son mayoritariamente mujeres. En relación a su ubicación en las etapas de disposición al cambio, en el ámbito del Control de Peso, se ubican en primer lugar, en la etapa de CONTEMPLACIÓN, en segundo lugar, se ubican en le etapa de PRECONTEMPLACION, entre ambas etapas alcanzan un total del 95,2% del total de su segmento (21 individuos estudiados representan el 100% de dicho segmento), esto nos permite decir, que al describir a dicha parte de la muestra, hablamos de sujetos que están concientes de que existe un problema en relación al control de su peso, evalúan como riesgosa para su salud cardiovascular dicho problema, pensando inclusive seriamente en superarlo, pero aun no se han comprometido a pasar a la acción. “Los individuos pueden quedarse atascados en la etapa de contemplación

durante largo tiempo. La respuesta modal de dicho grupo era mantenerse en la etapa de contemplación a lo largo de los dos años, sin moverse nunca hacia una acción significativa” (Di Clemente y Prochaska, 1985; Prochaska y Di Clemente, 1984). Por su parte, los precontemplativos, no alcanzan a visualizar siquiera, que existe un problema, por lo cual el esfuerzo educativo debe concentrarse en lograr que lo visualicen. Esto nos define un tramo de tiempo importante, en donde, el trabajo de sensibilización y apoyo psicoeducativo, para dicho segmento es muy importante, ya que permitiría ir promoviendo la acción en quienes, están observando la dificultad, pero aun no pueden iniciar cambios que incorporen a su vida como hábito.

Cuando describimos, en este mismo segmento de sujetos diabéticos, su disposición al cambio en el ámbito del Ejercicio Físico, es posible decir que se ubican en primer lugar, en la etapa de PREPARACIÓN, en segundo lugar, se ubica en la etapa de CONTEMPLACIÓN, la suma entre ambas etapas es de un 61,9%. Se destaca que en dicho ámbito, luego es posible ver que existe un 23,8% que esta en MANTENIMIENTO. Se puede decir entonces, que son sujetos que no solo están concientes de que el sedentarismo o falta del hábito de realizar ejercicio físico es un problema que deben enfrentar, no solo piensan seriamente en superarlo, sino que efectivamente muchos están ya en movimiento hacia la etapa de acción. Es posible ver a sujetos en mantención, esto quiere decir, sujetos que ya realizan actividad física desde a los menos seis meses. Esta parte del segmento de diabéticos esta ubicada en las edades que van desde los 40 a los 49 años, lo cual define que son personas con

deseos concretos de iniciar acciones en el ámbito del ejercicio físico en forma efectiva y consistentes.

Cuando agregamos los contenidos que se han podido distinguir en la fase cualitativa, es posible decir que son sujetos, que en su generalidad conocen las definiciones de su enfermedad (2 individuos de 3), refieren emociones negativas frente a esta, están cercanas sus concepciones de riesgo cardiovascular a los que se establecen por el Ministerio de Salud (2 de 3 individuos), todos ha asistido a lo menos a una actividad educativa, relacionan sus hábitos al riesgo cardiovascular (2 de 3 individuos), sienten que les han servido las actividades educativas a las que han asistido, la mayoría establece como prioritario el control nutricional, se sienten motivados, por que al iniciar cambios, han sentido mejorías en sus síntomas y emociones y destacan necesitar apoyo profesional, actividades educativas y programas de actividad física con programas para su desarrollo.

Los sujetos con Hipertensión Arterial (HTA), insertos en la muestra estudiada, están ubicados mayoritariamente entre edades que van desde los 35 a los 49 años, son mayoritariamente mujeres. En el ámbito del Control de Peso, se ubican en primer lugar en le etapa de CONTEMPLACIÓN con un 65.9% al interior de dicha parte de la muestra, es seguida esa opción, por la etapa de PRECONTEMPLACION, con un 25,3%. Entre ambas etapas, alcanzan el 91,2% de la totalidad del segmento de hipertensos. Esto, al igual que en la población con diabetes, nos plantea que este, es un conjunto de personas que esta conciente del

problema que los afecta, esto en el caso de los contemplativos, y en el caso de los precontemplativos, no alcanzan a visualizar el no control de su peso como un problema de salud.

Cuando se describe a dicha parte de la muestra, en el ámbito del Ejercicio Físico, diremos que el mayor porcentaje se ubica en la etapa de PREPARACIÓN, el cual es significativamente mayor que los demás, alcanzando un 51,6%. La etapa que le sigue en porcentaje, es el de ACCION, con un 22,0%. Esto nos define a una población que esta en movimiento hacia la acción sostenida, y los que ya lo están, en transito a la mantención de dichos hábitos de actividad física. Se destaca que al agrupar en esta parte de la población hipertensa, a quienes están entre ACCION (22,0%) y MANTENCION (14,3%), la suma de porcentajes alcanza un 36,3%. Son por tanto, una población que ha asumido activamente la actividad física, como parte de sus hábitos en el plano de la salud.

Si se destacan los contenidos en las entrevistas a sujetos con esta enfermedad, es posible decir, son sujetos que destacan la condición crónica de su enfermedad al momento de definirla, sienten emociones negativas frente a esta, en su mayoría (2 individuos de 3) logran realizar una definición de riesgo cardiovascular acorde al concepto formal, todos han recibido mas de una actividad educativa, todos relacionan sus hábitos con la enfermedad, a la totalidad le ha servido lo aprendido en las actividades educativas a las que han asistido, concentran sus ideas en torno al como reducir su riesgo cardiovascular en actividades que promuevan los cuidados

nutricionales y el desarrollo de la actividad física, destacando además la necesidad de asistir a controles, todos se sienten motivados a realizar cambios, sintiéndose efectivos frente a la realización de dichos cambios, en su mayoría, solicitan mayor información y programas educativos nutricionales y de ejercicio físico.

Cuando describimos a la parte de la muestra que padece de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, lo que podemos definir como síndrome MIXTO, diremos que son sujetos con edades que van desde los 40 a los 54 años mayoritariamente, encontrándose su mayor peso en edad, en el tramo de los 45 a los 49 años. Estos sujetos, en el ámbito del Control de Peso, se ubican mayoritariamente en la etapa de CONTEMPLACIÓN (con un 72,7%), como ya se ha planteado, están visualizando su dificultad, pero aun no logran consolidar un cambio efectivo. En el ámbito del Ejercicio Físico, están en primer lugar, en la etapa de PREPARACION, le sigue en cantidad de sujetos, la etapa de MANTENCIÓN, y luego les sigue la etapa de ACCION, en otras palabras, son sujetos que han iniciado cambios consistentes, para agregar actividad física a su estilo de vida.

Cuando se destacan sus contenidos, diremos que logran definir su enfermedad pero se sostienen en los síntomas para desarrollar sus definición, refieren emociones negativas cuando tienen que hablar de sus emociones frente a la enfermedad, desarrollan una definición de riesgo cardiovascular con dificultades, no alcanzando a estar cercanos, han asistido a lo menos a una actividad educativa en su historia de atención pero no logran relacionar sus hábitos con las enfermedades que sufren a

pesar de que refieren que les han servido las actividades educativas a las que han asistido. En su mayoría, refieren que para reducir su riesgo cardiovascular necesitan más actividades educativas y programas de actividad física a los cuales puedan asistir, se sienten motivados a iniciar cambios, aun cuando no se sienten totalmente efectivos para realizar dichos cambios. Solicitan programas que les ayuden con información en torno a nutrición y actividad física, especificando que requieren del acompañamiento de un profesional y de instalaciones para el desarrollo de dichas actividades.

Desde estos resultados, se entiende como fundamental revisar algunos postulados que el Modelo Transteorico del Cambio plantea. Si al enfrentarse a la situación de cambiar hábitos, la gente avanza en forma vivencial, desde distintas etapas, pasando primero por la precontemplación frente a sus problemas, avanzando luego a la contemplación y desde ahí iniciar la preparación para enfrentar dicho desafío, se plantea como fundamental el contar con una estimación de la disposición al cambio con la que ingresan los usuarios al flujo de atención a nivel de la atención primaria. Prochaska y Di Clemente, en su trabajo con adicciones, destacaron, que no es de gran importancia en dicho proceso, el contar con psicoterapias, por lo cual, ubicar estos esfuerzos en la psicoeducación, abre todo un campo para el ejercicio de los psicólogos en dicho nivel de atención que se entrega en el ámbito público. Es desde la preparación desde donde se inicia la acción, y posterior a seis meses la mantención de los cambios obtenidos.

En dicho proceso, destacan los autores, procesos psicológicos que son de suma importancia apoyar, la autoconciencia, la auto evaluación que los sujetos hacen de sus actos, control de los estímulos, el manejar procesos efectivos de comunicación que les permitan ser empáticos y mantener un mayor vinculación con su entorno familiar y ecológico.

Tiende las intervenciones educativas y psicoterapéuticas a ubicar su trabajo en la acción, no visualizando que sujetos, que estén en precontemplacion, probablemente deserten antes de iniciar un proceso de asumir que realmente tienen un problema. Esto no solo afecta grandemente al usuario, también desgasta al equipo que lo atiende, ya que impera la desesperanza y la percepción de que no se obtiene éxitos.

Es desde estas reflexiones, que se plantean como sugerencias los siguientes puntos:

- ❖ La Psicología de la Salud ha avanzado en la investigación del papel que juegan los factores psicosociales en la prevención y tratamiento de distintas dolencias crónicas en la población. En este escenario, la contribución que pueden realizar los psicólogos y psicólogas que trabajan en los servicios de atención pública, sobretodo en la atención primaria, es de mucha importancia, ya que podrían liderar abordajes multidisciplinarios, que extiendan la mirada de dichos equipos, no solo a los individuos y sus dolencias, sino sumando

además, una perspectiva que incorpore a las familias, a sus historias familiares, a las comunidades en la que viven, como a su vez, a los componentes socioculturales desde los cuales, estas comunidades construyen su cosmovisión en torno al objeto salud.

- ❖ Esto nos desafía a potenciar el rol psicoeducador de los psicólogos al interior de dichos equipos, promoviendo la utilización de un mayor número de horas en estrategias educativas, que entregan mayor cobertura, por sobre la definición de agendas que solo concentren el trabajo de dichos profesionales en la atención clínica individual. Se enmarcan las intervenciones psicoeducativas en el ámbito de un formato de educación especial, la que se realiza con sujetos que mantienen una condición de anormalidad en algún aspecto de su cotidianidad, de su salud o condición social, psicoeducación entonces, en el escenario de la salud, la podríamos entender como un conjunto de “procesos intencionales de instrucción, formación y perfeccionamiento psicológico del individuo, en conjunto con el medico, la familia y la comunidad, en el conocimiento y auto cuidado permanente de aquellos aspectos mas relevantes de su enfermedad” (Benjamín Icekson, Pedro Torres, 2006).
- ❖ A modo de ejemplo, las intervenciones psicoeducativas para el trastorno bipolar, permiten incrementar la conciencia en torno a la enfermedad, aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico, prevenir o mitigar

recurrencias, fomentar el adecuado manejo del stress, mejorar la calidad de vida del paciente y sus cercanos (Benjamín Icekson, Pedro Torres, 2006). Desde esta perspectiva, desarrollar intervenciones psicoeducativas con la población en riesgo cardiovascular, permitirían mejores procesos curativos, con una mayor integralidad, promoviendo mayor adherencia y mejores medidas de auto cuidado, las cuales se vinculan a los cambios de hábitos y mejoras en los estilos de vida de los usuarios.

- ❖ Es por lo anterior, que se sugiere al Centro de Salud, incluir en el flujo de atención a pacientes diabéticos y o hipertensos, el desarrollo de una calificación según el Modelo Transteorico del Cambio Conductual, para distinguir en que etapa se encuentra cada usuario, lo que facilitaría, el desarrollo de actividades psicoeducativas y o preventivas, diseñadas según las posibilidades que desde esta mirada, es posible esperar en cada sujeto, no promoviendo cambios en forma inmediata, sino, facilitando el transito desde la precontemplacion a la acción y su mantenimiento. Esto es posible de realizar, desarrollando la aplicación de lo instrumento ocupados en esta investigación, al momento de iniciar el proceso de atención de estos usuarios, es decir, cuando se aplica el Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA).
  
- ❖ Desde el punto anterior, es posible plantear el desarrollo de un Taller Psicoeducativo para pacientes con riesgo cardiovascular, que se sustente en el

Modelo Trasteórico del Cambio Conductual, en el cual se desarrolle un trabajo en cinco sesiones, que permita, desarrollar en cada una de ellas, temáticas que activen la reflexión de cada participante en torno a cada una de las etapas de cambio planteadas en este modelo. Es decir, en la primera sesión, trabajar temas orientados a promover la precontemplación, luego, en la segunda la contemplación, luego la preparación, para continuar con la acción y el mantenimiento. En cada sesión, se trabajaría con temas cotidianos, conductas esperables y distinción de conductas que reflejan cada uno de estos estados de disposición al cambio.

- ❖ Se potenciaría dicha reflexión, si se agrega a dicho ejercicio, la búsqueda en dichas sesiones de los factores que el modelo PRECEDE propuesto por Green (INTA, MINSAL, Universidad de Chile, 2004) define. Por tanto, en dicho taller se articularía el sondeo de factores psicosociales importantes en la historia vital de cada sujeto, este autor considera que al momento de comprender la conducta del usuario, hay tres tipos de factores a considerar, que junto con permitir contar con un diagnóstico de la situación, entregan claves respecto a los ámbitos en lo que debe y puede intervenir el prestador de servicios del Centro de Salud.
  
- ❖ Los factores en cuestión son:

*Predisponentes:* son aspectos internos del sujeto que inciden en su motivación para realizar la conducta que se busca promover, ya sea la información con que cuenta el sujeto, las actitudes, percepciones de riesgo y sensación de eficacia para realizar cambios de hábitos, así como los valores y creencias en torno a las practicas sobre las que se busca influir.

*Facilitadores:* se refieren a las facilidades que existen para que la persona realice la conducta, una vez que esta motivada para realizarla, apuntando hacia las habilidades que tiene para efectuar la conducta deseada y para influir en su entorno, de modo de disminuir las dificultades o amenazas para llevarlas a cabo, como también, a la existencia y accesibilidad de recursos y servicios que faciliten su realización.

*Reforzantes:* son los elementos posteriores a la realización de la conducta deseada, que constituyen premios y o sanciones para la persona, provenientes de otras personas significativas y o del logro de beneficios físicos o recompensas tangibles para ellos.

- ❖ Estos factores se revisarían en el transcurso de cada sesión, destacando la percepción que cada uno de los participantes tiene de estos factores en su vida cotidiana.

- ❖ La elaboración de un programa que contenga dicho taller, facilitaría mayores éxitos en cada usuario, pero también en cada funcionario, lo que potencia la disposición de los equipos, ya que permitiría una mejor percepción, permitiendo una mayor percepción de éxito.
  
- ❖ Mantener Programas de Actividad Física al interior de los flujos normales de atención, espacio que ya ha sido planteado por el Ministerio de Salud, pero que aun no logra asentarse en forma real, en las programaciones existentes en los establecimientos de atención primaria de la salud pública.

## **7.- Bibliografía.**

Metodología de la Investigación. Roberto Hernández Sampieri; Carlos Fernández Collado; Pilar Baptista Lucio. Editorial Mc Graw Hill. Tercera Edición. México. 2003.

Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. Programa de Salud Cardiovascular. Programa de Salud del Adulto. MINSAL. Chile. 2002.

Prochaska JO. Stages of Change. Can J. Cardiol Vol.11 Suppl A 1995. Documento Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso u Obesidad. MINSAL. Programa CARMEN. Mayo 2002.

Conserjería en Vida Sana. Manual de Apoyo. Modelos de Intervención Promocional en Centros de Atención Primaria. INTA. MINSAL. U. De Chile. 2004.

Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An update coronary risk profile. A statement for health professionals. Circulation 1991, 83:356-362. MINSAL. Chile. 2002.

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285, N°19: 2486-2497. MINSAL. Chile. 2002.

De consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual. MINSAL. Chile. 1993.

Atención Primaria de Salud: Principios y Métodos. Axel Kroeger y Ronaldo Luna, compiladores. Organización Panamericana de la Salud. Segunda Edición. Editorial Pax. México. 1992.

Organización de la Atención Sanitaria Chilena. Jorge Jiménez y Paulina Rojas. Departamento de Publicaciones. Universidad Católica de Chile. Chile. 2000.

Sistema de Salud en transición a la democracia. Jorge Jiménez. MINSAL. Chile. 1991.

Prevención cardiovascular y actitud de cambio frente a factores de riesgo: un análisis crítico del estado actual. Maria Teresa Lira. Revista Medica de Chile. 134:223.230. Chile. 2006.

Psicología de la Salud. Jorge Luzoro. Revista de Psicología. Volumen 111 N°1.  
Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. Chile. 1992.

Tendencias de la Psicología de la Salud en el Tercer Milenio. Francisco Ugalde.  
Universidad de Concepción. Chile. 1998.

Como cambia la gente: aplicaciones en los comportamientos adictivos. James  
Prochaska; Carlo Di Clemente. Revista de Toxicomanías N°1. 1994.

Patrón de conductas tipo A y su modificación terapéutica grupal. Tommy Blanch;  
Francisco Salas. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Tesis.  
TPSICO165. Chile. 2005.

Que, como y cuando de la Psicoeducación del paciente bipolar en Chile. Benjamín  
Ickenson M; Pedro Torres G. Unidad de Trastornos del Ánimo, Facultad de  
Medicina de la Universidad de Chile. 2006.

## **8.- Anexos.**

## Anexo 1

### Cuestionarios de Evaluación del Estado de Cambio.<sup>11</sup>.-

NOMBRE :

.....

#### **I.- CONTROL DE PESO.**

Preguntas:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1.- En el último mes, ¿ha intentado bajar de peso?   | SI | NO |
| 2.- En el último mes, ¿ha intentado no subir de peso?  | SI | NO |
| 3.- ¿Esta considerando seriamente bajar de peso para alcanzar su meta en los próximos meses? | SI | NO |
| 4.- Ha mantenido su peso deseado por más de 6 meses?   | SI | NO |

Resultados				
Estado	P1	P2	P3	P4
Precontemplación	No	No	No	
Contemplación	No	No		
Acción	Sí (P2)	Sí ( o en P1)		
Mantenimiento	Sí (P2)	Sí ( o en P1)		Sí

De acuerdo a lo que se indica en el cuadro anterior, si la persona respondió “No” en las preguntas 1, 2, o 3, se encuentra en estado de “Precontemplación”; si contesto “Sí” en la pregunta 3, esta en estado de “Contemplación”. Un “Sí” en la pregunta 1 o 2 significa “Acción” o “Mantenimiento”.

<sup>11</sup> Material extraído del Documento: “MANEJO ALIMENTARIO DEL ADULTO CON SOBREPESO U OBESIDAD” ; Programa CARMEN-Chile; Programa de Salud Cardiovascular. MINSAL – OPS-OMS. Santiago, Mayo 2002. [WWW.MINSAL.CL](http://WWW.MINSAL.CL). Páginas 31 – 33.

## **II.- EJERCICIO FISICO.**

Lea esta definición de Ejercicio Físico:

“ El ejercicio regular es cualquier actividad física (por ejemplo, caminar rápido, aeróbica, correr, montar en bicicleta, nadar, etc.), realizada para aumentar la salud o mejorar el estado físico. Tal actividad se debe realizar 3 a 5 veces a la semana por 20 a 60 minutos en cada sesión. El ejercicio no tiene que ser doloroso para ser eficaz, pero se debe hacer en un nivel que aumente su ritmo respiratorio/cardíaco y le haga sudar”.

**¿Hace Usted ejercicio regularmente según esa definición? (encierre en un círculo)...**

- 1.- Sí, he estado haciéndolo por MAS de 6 meses.
- 2.- Sí, he estado haciéndolo por MENOS de 6 meses.
- 3.- No, pero pienso intentarlo en los 30 próximos días.
- 4.- No, pero pienso intentarlo en los 6 próximos meses.
- 5.- No, y no pienso intentarlo en los 6 próximos meses.

### **Resultados.**

Respuesta 1: etapa MANTENIMIENTO.

Respuesta 2: etapa ACCION.

Respuesta 3: etapa PREPARACION.

Respuesta 4: etapa CONTEMPLACIÓN.

Respuesta 5: etapa PRECONTEMPLACION.

## Anexo 2

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano**  
**Escuela de Psicología**  
\*\*\*\*\*  
***Pauta de Entrevista***

Nombre:.....

1. ¿Cuándo le diagnosticaron su enfermedad?.
2. Defina con sus palabras la enfermedad que le afecta.
3. ¿Le han explicado por que esta en Riesgo Cardiovascular?.
4. ¿Qué es Riesgo Cardiovascular?.
5. ¿A que actividades educativas a asistido?.
6. ¿Cómo se relacionan sus hábitos con la enfermedad que tiene?.
7. ¿Le han servido las actividades educativas a las que ha asistido?¿Por que?.
8. ¿Cómo puede reducir su Riesgo Cardiovascular?.
9. ¿Se siente motivado para cambiar hábitos que lo ponen en riesgo?¿Por que?.

10. Si realiza cambios en sus hábitos, ¿Cómo le va a resultar?.
  
11. ¿Qué temas cree usted que son importantes de tratar para que mejore su salud cardiovascular?.
  
12. ¿Cómo evalúa que han sido las atenciones y tratamientos que ha recibido en torno a su salud cardiovascular?.
  
13. Para controlar mejor su peso, ¿Qué necesita?.
  
14. Para realizar actividad física saludable, ¿Qué necesita?.

### **Anexo 3**

#### **Listado de Tablas**

Tabla	Pagina
Nº 1 Constitución de la Muestra	75
Nº 2 Frecuencia de las Edades al Interior de la muestra	76
Nº 3 Numero de hombres y mujeres presentes en la muestra	77
Nº 4 Control de Peso	79
Nº 5 Ejercicio Físico	80
Nº 6 Control de Peso: Distribución por Etapas y Enfermedad	82
Nº 7 Ejercicio Físico: Distribución por Etapas y Enfermedad	84
Nº 8 Distribución por Sexo en cada Enfermedad	89
Nº 9 Control de Peso: Distribución por Sexo en cada Etapa	89
Nº 10 Ejercicio Físico: Distribución por Sexo en cada Etapa	91
Nº 11 Distribución por Edad y Enfermedad	93
Nº 12 Distribución según Edad y Etapas en el ámbito de Control de Peso	95
Nº 13 Distribución según Edad y Etapas en el ámbito de Ejercicio Físico.	96
Nº 14 Cruce de las Variables: Edad, Etapa en relación a Control de Peso y Enfermedad	99
Nº 15 Cruce de las Variables: Edad, Etapa en relación a Ejercicio Físico y Enfermedad	100