



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A LA DIETA
PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN
PERSONAS VIEJAS DE TLAXCALA**

T E S I S

Que para obtener el título de:

**LICENCIADO EN DESARROLLO COMUNITARIO PARA EL
ENVEJECIMIENTO**

Presenta:

ROSA KAREN GARCIA CEBADA

Directora: Dra. Aldana González Gabriela

Comité: Dr. Cesar Augusto de León Ricardi

Lic. Mariana Pomposo Vidales

Mtra. Elia Sarmiento Salmoran

Mtra. Georgina Cortes Torres



Santa Cruz, Tlaxcala

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Con todo mi amor, dedico el presente trabajo de investigación a mi mamá, Blanca Estela Cebada Bustos, y a mi papá, José Leonardo García Ramírez, que me han educado con buenos valores, esfuerzo y amor, por su motivación y confianza que fueron los motores principales para el desarrollo del mismo.

Gracias a mi hermano, Luis Alberto García Cebada, que me motiva a diario a ser una mejor persona, porque siempre me ha dado el amor necesario, por orientarme, apoyarme y nunca abandonarme. Gracias por hacer que, hasta los peores momentos, sean amenos.

A todos mis amigos y profesores de la Universidad que me ayudaron a iniciar y forjar mi trayectoria académica de la mejor manera posible, pero en especial a mi directora de Tesis: Dra. Gabriela Aldana González, que me brindó su apoyo y tiempo para alcanzar este logro; también, dedico oportunamente a los profesores que estuvieron conmigo desde el primer día en la Facultad, al CD. Germán Zecua Fernández, a la Dra. María de la Luz Martínez Maldonado, al Dr. Juan Pablo Vivaldo Martínez, a la Dra. Marissa Vivaldo Martínez, al Mtro. Tlahuilli Salazar Reyes, por dedicarme parte de su tiempo, apoyo y haber contribuido de manera significativa mi paso por la Universidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México que me abrió sus puertas para tener la oportunidad de desarrollarme profesional y personalmente; adquirir las herramientas necesarias para poder aportar un poco de lo que la máxima casa de estudios me regaló. Un especial agradecimiento al estado de Tlaxcala y sus personas que dieron un gran aporte a esta investigación; sin su participación este no se hubiera logrado.

Índice General

Agradecimientos	1
Resumen	4
Introducción	5
Capítulo 1. La salud y sus determinantes	7
Promoción de la salud	7
Promoción de la salud emancipadora	8
Determinantes sociales de la salud	10
Adherencia a las dietas.....	12
Capítulo 2. Enfermedades crónicas y envejecimiento	16
2.1 El envejecimiento	19
2.1.1 Datos demográficos y estadísticos de personas viejas en México y Tlaxcala.....	19
2.1.2 Diferentes formas de envejecer.....	21
2.2 Las enfermedades crónicas en el envejecimiento	24
2.2.1 Diabetes mellitus	25
2.2.2 Hipertensión arterial	29
2.3 Acciones de Atención: promoción e intervención para las enfermedades crónicas en México y Tlaxcala.....	32
Capítulo 3. La adherencia a las dietas alimentarias en personas con enfermedades crónicas.....	39
Planteamiento del problema.....	44
Supuesto hipotético	46

Metodología de investigación	46
1.1 Metodología de investigación.....	46
1.2 Objetivo General.....	48
1.3 Participantes	48
1.4 Técnicas	49
1.5 Escenario.....	50
1.6 Material e instrumentos	51
1.7 Diseño de estudio.....	52
1.8 Procedimiento.....	53
Resultados.....	54
1.1 Apoyo social: Familia.....	56
1.2 Asesoría nutricional: Cambio de hábitos alimentarios	59
1.3 Adquisición de herramientas para la salud: Adaptación	64
Discusión	69
Conclusiones.....	72
Referencias Bibliográficas.....	77
Anexos	91
1.1 Consentimientos informados.....	91
1.2 Guion semiestructurado de entrevista	94

Resumen

Objetivo. Analizar los factores que influyen en la adherencia a la dieta para control de enfermedades crónicas en personas viejas de Tlaxcala. **Metodología.** La metodología utilizada dentro de este trabajo fue la cualitativa. Se solicitó el apoyo de 3 personas viejas con alguna enfermedad crónica, de las cuales una de ellas era pre diabética, la siguiente participante con hipertensión y la última participante con diabetes, algunas fueron asistentes a grupos de apoyo mutuo de la Secretaría de Salud del estado de Tlaxcala, donde impartían pláticas de las enfermedades y su cuidados y otras tomaron pláticas por parte de algún especialista acerca de su enfermedad crónica (EC). **Resultados.** De las tres personas entrevistadas, ninguna realiza una dieta, estrictamente hablando, sin embargo, han cambiado el estilo de vida y alimentación, bajo la información que diferentes especialistas les han proporcionado. Se identificó que un factor importante que determina que la persona se adhiera o no a una dieta propuesta por especialistas es el de los grupos de apoyo mutuo, pues la única persona que asistió a algún grupo de esta índole es la que más toma en serio el cambio de alimentación, pues ha repercutido en su principal apoyo: su familia. **Conclusión.** Se identificó que las tres participantes, a pesar de recibir orientación por algún especialista, no realizan alguna dieta en particular. Modificaron el tratamiento médico indicado de acuerdo a su percepción de la enfermedad, complementándolo con herbolaria; además, se detectó gran participación e interés por mejorar su calidad de vida mediante el autocuidado.

Introducción

En la presente investigación se buscó conocer los factores de adherencia a la dieta por parte de mujeres envejecidas que viven con enfermedades crónicas, habitantes del estado de Tlaxcala.

El aumento de la población envejecida es un dato muy importante para el siglo XX e inicios del XXI. En 2014 se informó que en México había 11.7 millones de personas mayores de 60 años (9.7% de la población total); sin embargo, esta cifra aumentó, pues para el 2020 se considera una cifra de 15.1 millones de personas de 60 años o más, equivalente al 12% de la población total (INEGI, 2021). Asimismo, se constató que la esperanza de vida promedio al llegar a los 60 años es de 22 años (Mendoza, 2015). A su vez, el Consejo Nacional de Población (2004) estableció que la población de viejos se cuadruplicará en un futuro no muy lejano, tomando en cuenta el antecedente del 2000 donde existía 6.7 millones de personas viejas pasando a 36.5 millones en el 2050. Ham (2003) menciona que el proceso de envejecimiento en nuestro país ocurre en un contexto socioeconómico menos favorable, dado que existe una insuficiencia financiera, la fuerza de trabajo y su repercusión en los mercados laborales, la fragilidad en las condiciones de salud, el cambio en las relaciones familiares, entre otras constantes que afectan significativamente en las personas viejas; estos factores inciden en la forma de envejecer, pues existen múltiples formas de llegar a este proceso.

Reconocemos que el envejecimiento se conceptualiza como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, causadas por los cambios inherentes a la edad (Mendoza, 2015). También, existen múltiples formas de comprender los procesos de salud-enfermedad y diferentes modelos de atención en salud como lo es el biomédico, los psicológicos y los sociales. Las personas viejas con diabetes o hipertensión viven su proceso de salud y enfermedad en la convergencia del cambio demográfico, de los diferentes entornos en los que envejece, de las diferentes maneras de comprender a la vejez y su salud, así como los procesos de diagnóstico e intervención. Un tema fundamental para su

proceso de salud es la alimentación, pues la obesidad predispone la aparición de las enfermedades crónicas y su posterior complicación; la buena alimentación favorece la mejora de nutrientes en las personas, lo cual favorece un mejor pronóstico de salud y el incremento de la calidad de vida. En tal sentido, el objetivo general del trabajo es el analizar los factores que influyen en la adherencia a la dieta para control de enfermedades crónicas en personas viejas de Tlaxcala.

Teniendo en cuenta lo anterior, la metodología que se usa es la cualitativa, puesto que genera un espacio más flexible lo cual permite encuadrar los puntos de vista de los participantes y tomar en cuenta el contexto cultural donde se plantee; siendo este último lo que nos sirve como vía para obtener resultados que permitan comprender la posición de la población envejecida con enfermedad crónica ante la dieta.

Los resultados muestran que dos son los factores importantes de adherencia que muestran las mujeres ancianas con enfermedades crónicas la dieta: la conciencia que obtuvieron las mujeres ancianas de cuidar su salud después de enterarse que estaban enfermas y la asesoría nutricional de los profesionales de salud.

Sin embargo, también se encontraron obstáculos de adherencia como son: la falta de asesoría hacia al apoyo social de la persona envejecida (familia, amigos, comunidad), la omisión del análisis de las tradiciones y costumbres de las personas, y en general la cultura en sus hábitos personales y familiares, así como los limitados recursos económicos para adquirir la dieta prescrita. Como recursos de las mujeres ancianas se identifica el esfuerzo individual para consolidar los hábitos saludables y la actividad ajustada para intentar apropiarse de las dietas propuestas.

Se concluye la necesidad de plantear programas educativos en torno a la salud en todas las etapas de la vida, tanto a nivel individual como comunitario, los cuales incluyan estrategias eficaces y con enfoque preventivo, donde proporcionen fácil acceso a la información para lograr que la adherencia a la dieta favorezca alcanzar un envejecimiento más cercano al de tipo activo y saludable.

Capítulo 1. La salud y sus determinantes

Promoción de la salud

La promoción de la salud es un tema relevante a considerar como una propuesta colectiva para el cuidado de la salud, su fin es proporcionar a las comunidades o pueblos las herramientas necesarias con el fin de mejorar su salud y donde ejerzan un mayor control sobre la misma. Además, se necesita que el sujeto o grupo sea capaz de identificar y accionar sobre sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y adaptarse a un ambiente que está en una transformación constante, con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social adecuado (Carta de Ottawa, 1986).

A su vez, se considera que la promoción de la salud puede ser abordada desde diferentes ámbitos, como el macrosocial donde se retoman los determinantes sociales y esta promoción es abordada desde las políticas públicas, el siguiente ámbito es el microambiental que está relacionado con los escenarios donde el adulto mayor se desenvuelve; el ámbito interpersonal abarca la familia, pues es la principal fuente de apoyo social y de promoción de estilos de vida adecuada, finalmente, el escenario individual se puede ver mediante la motivación hacia estilos de vida saludables desde los encuentros de la persona con especialistas o personal capacitado en el área del que se requiera (Aliaga, Cuba y Mar, 2016).

Chapela (2008) afirma que para lograr condiciones básicas para su acción, es necesario hacer cambios en las políticas, sistemas y servicios de salud que favorezcan al ejercicio del poder de la población en general; pone de manifiesto los problemas comunes o tradicionales de la educación en salud y anexa sus prácticas como una forma de herramienta para el promotor o profesional en ésta área. Además, se considera que constituye un proceso político y social a nivel global que abarca las acciones que están dirigidas directamente a favorecer las habilidades y capacidades de las personas, pero también se encarga de modificar las condiciones sociales y ambientales, con el objetivo de disminuir su impacto en la salud pública y personal; esta promoción es una combinación de apoyos comunicativos,

educativos y ambientales, donde se favorezcan las conductas y acciones dirigidas a la salud (Choque, 2005).

Todo lo anterior con el propósito de poder alcanzar un envejecimiento exitoso, sin discapacidades y con la menor cantidad de enfermedades y, en su caso, poder controlarlas adecuadamente, sin dejar a un lado la autonomía y calidad de vida de las personas viejas; es por ello que las actividades de la promoción de la salud buscan lograr un buen envejecimiento, donde dichas actividades sean preventivas y estén dirigidas a los escenarios micro y macrosociales. También, es importante destacar que la promoción de la salud incita a la formación de coaliciones e invita a los distintos organismos a participar en una causa o problemática en común, como las enfermedades crónicas en el envejecimiento, por ejemplo, utilizando varias estrategias complementarias como la comunicación y educación en la salud, participación comunitaria y empoderamiento social (Aliaga, Cuba y Mar, 2016; Choque, 2005).

Promoción de la salud emancipadora

Como hemos visto, la promoción de la salud tiene una amplia gama de visiones encargadas de mejorar y fortalecer redes sociales en las personas de una determinada comunidad; el hablar de ello conlleva a retomar la promoción de la salud desde distintos ámbitos, puesto que el cuerpo humano puede llegar a fragmentarse en muchas partes y de distintas formas en las que no solamente el ámbito biológico puede encargarse. Puede ser abordada desde diferentes ámbitos, como el macrosocial donde se retoman los determinantes sociales y esta promoción es abordada desde las políticas públicas, el siguiente ámbito es el microambiental que está relacionado con los escenarios donde el adulto mayor se desenvuelve; el ámbito interpersonal abarca la familia, pues es la principal fuente de apoyo social y de promoción de estilos de vida adecuada, finalmente, el escenario individual se puede ver mediante la motivación hacia estilos de vida saludables desde los

encuentros de la persona con especialistas o personal capacitado en el área del que se requiera (Aliaga, Cuba y Mar, 2016).

Un ejemplo de esto es la promoción de salud desde la emancipación, la cual se encarga de reconocer el poder de los individuos expresando su capacidad para identificar y lograr sus aspiraciones de manera personal y colectivas, teniendo como resultado un conjunto de reflexiones que conllevan a reconocer la salud como una capacidad humana encargada de diseñar, decidir y lograr futuros tangibles (Chapela, 2008). Se considera que constituye un proceso político y social a nivel global que abarca las acciones que están dirigidas directamente a favorecer las habilidades y capacidades de las personas, pero también se encarga de modificar las condiciones sociales y ambientales, con el objetivo de disminuir su impacto en la salud pública y personal; esta promoción es una combinación de apoyos comunicativos, educativos y ambientales, donde se favorezcan las conductas y acciones dirigidas a la salud (Choque, 2005).

A su vez, esta vertiente de la promoción de la salud considera al ser humano como personas éticas con capacidad de construir su propio conocimiento, a la vez que le dan significado, valor y sentimiento a su mundo, y no precisamente interfieren las instituciones o expertos en el tema.

Se reconoce la existencia de una visión psicobiológica, pues considera la posibilidad de expresión del cuerpo mediante la comunicación, creatividad y habilidades propias de la persona; una dimensión política para poder elegir, actuar y tomar decisiones, otra dimensión económica que implica la utilización de recursos y acciones; la última dimensión es la técnico-práctica que consiste en el despliegue de lo que las personas hacen (Chapela, cit. por Muñoz, 2017).

Los medios por los que esta promoción puede favorecer es por parte de la localización y reflexión individual de los problemas reales del sujeto, el libre acceso para conocer, estudiar y resolver sus propios problemas, y finalmente, el acceso a los instrumentos útiles y necesarios que ayuden a una nueva construcción de habilidades y conocimientos.

Finalmente, en este apartado vimos y retomamos distintos puntos de la investigación en torno a la idea que se tenía y aún sigue persistiendo acerca de salud y enfermedad en la persona, donde es claro que el paso de los años ha favorecido para que la brecha que existió en estas visiones se diluya más gracias a las investigaciones. Los modelos citados anteriormente son el contraste de las múltiples visiones en las que se puede ver y entender la salud, enfermedad de todas las edades, particularmente del envejecimiento.

Así, se logra ver que la promoción de la salud también es un pilar importante para la política pública en cuestiones de salud, pero también es un trabajo que corresponde a la sociedad en general, con el fin de crear un vínculo favorecedor para las comunidades en específico. La promoción de la salud incita a la formación de coaliciones e invita a los distintos organismos a participar en una causa o problemática en común, como las enfermedades crónicas en el envejecimiento, por ejemplo, utilizando varias estrategias complementarias como la comunicación y educación en la salud, participación comunitaria y empoderamiento social (Choque, 2005).

Es necesario saber que el promover la salud no sólo es cuestión del cuidado de la misma, sino que debemos integrarla en la elaboración de programas políticos y en los sectores públicos y sus trabajadores, con el fin de generar una conciencia de las consecuencias que se podrían generar para la salud si no se tiene la información amplia y profunda del tema.

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son definidos como aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, además de las fuerzas y sistemas que influyen sobre estas condiciones; las fuerzas incluyen políticas sociales, sistemas económicos y políticos, programas de desarrollo, entre otros. El enfoque hacia estos determinantes en un medio eficaz para retomar las inquietudes en salud que promueve la acción desde muchos factores que afectan

los resultados de salud a nivel individual y poblacional, mismo que en ocasiones quedan fuera del alcance del sector de salud (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En ocasiones presentan retos metodológicos en diversos estudios, en donde el estatus socioeconómico es un indicador, además del nivel educativo y la ocupación del universo determinado. Se reconoce que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y, a su vez, está condicionada por el nivel educativo; los factores psicosociales como las redes de apoyo, la participación social y política son bienes sociales que están relacionados con el estado de salud de la persona; el siguiente determinante consiste en la estructura del sistema de salud de cada país, donde se condiciona el acceso a los servicios y programas de los diferentes grupos sociales y cumple o no diferentes funciones como la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades. Por ello, se considera como reto comenzar a conocer las diferentes características de los determinantes de la salud, además de ser necesario utilizar herramientas teóricas y metodológicas que permitan ir más allá de lo tangible en la sociedad (Álvarez, 2009).

Mejía (2013) afirma que estos determinantes posibilitan devolver a la salud su carácter complejo, multidimensional e histórico, donde además permiten profundizar el estudio de los retos sociales; el fenómeno de la organización, participación y movilización social hacen parte del propósito de la transformación. Y destaca que en la conferencia de Ottawa (1986) se afirmó que, para poder alcanzar adecuadas condiciones de salud y bienestar físico, mental y social, las personas y comunidades deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, atender sus necesidades y cambiar y adaptarse al medio ambiente en el que se desarrollan; a su vez, se establecieron como determinantes fundamentales para cuidar la salud la educación, vivienda, alimentación, justicia social, entre otros factores.

Por ello, las políticas e intervenciones en las que se llevan a cabo los determinantes sociales de la salud se fomenta el compromiso de la sociedad en cuestión de promover la salud y el bienestar de las personas, especialmente en aquellos grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad; además, existe una necesidad de seguir

realizando esfuerzos enfocados a superar la exclusión, inequidad y obstáculos que se presentan en el camino del desarrollo, con el fin de obtener el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales (OMS, 2017).

Adherencia a las dietas

Se considera que la adherencia es un determinante de la efectividad del tratamiento, pues si este es deficiente atenúa el beneficio clínico del paciente. La adherencia terapéutica se conceptualizaba como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas; sin embargo, la palabra “instrucciones” implica al paciente como receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento; es por ello que el concepto se ha transformado para incluir la parte protagónica de la persona que enfrenta una enfermedad. Entonces, el concepto se acerca a ubicar el grado en que el comportamiento de una persona —al tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de salud: médico, promotor de salud, nutriólogo, psicólogo, etc. La adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones; la buena comunicación entre ambos es indispensable para una práctica clínica efectiva. Además de ello, este término se utiliza como una conducta vinculada a la enfermedad, de la relación con la posesión de competencias del cuidado de la salud y la emisión de conductas instrumentales de riesgo y preventivas (OMS, 2004; Rodríguez, Rentería y García, 2013).

Este término incluye el seguimiento de los tratamientos farmacológicos así como las recomendaciones higiénicas y dietéticas en los pacientes; por ello, para que produzca la adherencia a los tratamientos se necesita vislumbrar y tomar en cuenta aspectos relevantes como la aceptación del tratamiento entre el paciente y el especialista a cargo, donde se elaboren estrategias de comportamiento que garanticen el cumplimiento y aceptación del mismo. El cumplimiento del tratamiento funciona como la medida en que la persona lleva a cabo las prescripciones del

médico; la participación activa y el carácter voluntario también son aspectos claves, pues este último es la medida en que la persona participa, realizando esfuerzos para garantizar el cumplimiento del tratamiento (Libertad, en Ramos, 2015). Este tipo de tratamiento resulta ser una conducta compleja, pues consta del conjunto de ciertos aspectos unidos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y al cumplimiento del mismo, del profesional de la salud y la respuesta modulada por una búsqueda de recursos para alcanzar el resultado deseado (Bello, 2021).

Rodríguez, Rentería y García (2013) establecen que la adherencia a la dieta tiene relación con la posesión de competencias específicas de cuidado de la salud como el conocimiento y los cuidados de su enfermedad, con la emisión de conductas instrumentales de riesgo y preventivas relacionadas con las complicaciones de la enfermedad o su demora; la adherencia terapéutica se concibe como el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones de especialistas o personal sanitario, como el tomar medicamentos, seguir un régimen en la alimentación, entre otros comportamientos que conllevan a que la adherencia sea un fenómeno múltiple (Bello, 2021).

Existen varios modelos que explican la adherencia. El modelo de las creencias en salud, consiste en la motivación del paciente y la información con la que cuenta, percibirse en riesgo de enfermar, reconocer la eficacia de la intervención con el fin de evitar la enfermedad y ver las medidas como algo sencillo de llevar a cabo. El segundo modelo: la acción razonada, se basa en priorizar los determinantes de la conducta y la intención como algo inmediato, y se trabaja en la actitud del paciente hacia la acción y lo que lo modifica, y la propia motivación en cuanto al cumplir con sus propias expectativas (Ramos, 2015).

El modelo de la autorregulación tiene como propósito mantener la importancia de la conceptualización que tenga una persona sobre un riesgo para su salud o enfermedad; las ideas que tienen los pacientes acerca de las enfermedades que padecen y sobre el tratamiento de las mismas encaminan su toma de decisiones acerca de la misma problemática. Por su parte, el modelo de aptitudes de

información-motivación-comportamiento muestra que la información es un requisito para el cambio de actitudes, además de que los determinantes son la principal motivación o no de la persona ante su enfermedad; es decir, la información y la motivación aumentan la probabilidad de que la persona en tratamiento se adhiera adecuadamente a los tratamientos establecidos por algún especialista (OMS, 2004).

En el modelo de las etapas de cambio, se identifican cinco etapas de progreso, según se modifiquen los comportamientos y estrategias de las personas; el modelo es fundamental como indicador de motivación y eje para poder comprender los cambios voluntarios en el comportamiento.

Siendo este fenómeno múltiple, más que unitario, y complejo por los factores implicados como vertientes de la conducta del paciente, estos intervienen en la adherencia a la dieta desde cinco esferas (OMS cit. Pagés y Valverde, 2018): factor socioeconómico, donde se destaca la importancia del soporte familiar y social del paciente, pues si esta relación está cohesionada la persona tiende a tener una correcta adhesión al tratamiento; además de contribuir a amortiguar los efectos negativos propios de la enfermedad que se producen en la vida del paciente, a promover la ejecución de los tratamientos propuestos por el especialista (Rosa, Y; Libertad, M. y Bayarre, H. 2007).

El sistema sanitario es el siguiente factor, siendo la relación del profesional sanitario y paciente lo que tiene más peso en la adhesión o no al tratamiento. Los tratamientos con pautas complejas comprometen la adherencia, pues la coformulación de medicamentos permite la toma de ellos en menos cantidad, es decir que el grado en el que la conducta del paciente en relación con el medicamento se relaciona con las medidas propuestas por el profesional de la salud. Por último, la ausencia o mejora de la enfermedad suponen una barrera para un correcto cumplimiento del tratamiento, siendo así el siguiente factor relacionado con el paciente.

La magnitud y repercusión de la adherencia deficiente en los países como México son mayores, puesto que existe una escasez de recursos sanitarios e inequidades en el acceso a la atención de salud; la falta de atención adecuada enfocada a los procesos y enfermedades crónicas obliga a las familias a sobrellevar el cuidado de sus seres queridos (Bello, 2021). Con lo anterior, se plantea que la adherencia a los tratamientos establecidos resultan ser procesos complejos para los pacientes, pues requieren diseños de estrategias de intervención adecuados a las personas enfermas; debe ser incluida la educación sanitaria dirigida a la población en general, mediante el debate y la creación de redes de apoyo, la participación activa y responsable (Ramos, 2015).

Se considera que las intervenciones dedicadas a eliminar o disminuir barreras a la adherencia terapéutica deben ser un componente central en los esfuerzos de mejorar la salud de la población en tema; estas intervenciones pueden ayudar a cerrar la brecha que existe entre la eficacia clínica en las intervenciones y la eficiencia del sistema de salud. El tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas demanda asistencia sanitaria desde un sistema centrado en la atención y como respuesta a la enfermedad aguda hacia un sistema basado en la prevención; la adherencia a ciertos tratamientos resulta ser, probablemente, la parte primordial en el control de enfermedades crónicas como la diabetes, puesto que con ello se desarrolla una nueva categorización conductual, donde el paciente afronta su enfermedad como una nueva etapa en su vida. Más que una imposición, el tratamiento debería de asimilarse como la vía al desarrollo, tomando en cuenta las diversas esferas de la vida del paciente, en donde los profesionales de la salud motiven a las personas enfermas asistentes a realizar alguna actividad física adaptada a sus condiciones de vida, haciendo consciente la importancia y beneficios que pueda llegar a tener esta práctica en los diferentes ámbitos afectados de su vida (Bello, 2021; Osornio, 2019; Rovira et al. 2021).

Capítulo 2. Enfermedades crónicas y envejecimiento

Este apartado tiene como propósito dar a conocer las definiciones de distintos conceptos útiles para el desarrollo del trabajo, pero enfocado más a tres principales: enfermedad crónica degenerativa, diabetes e hipertensión.

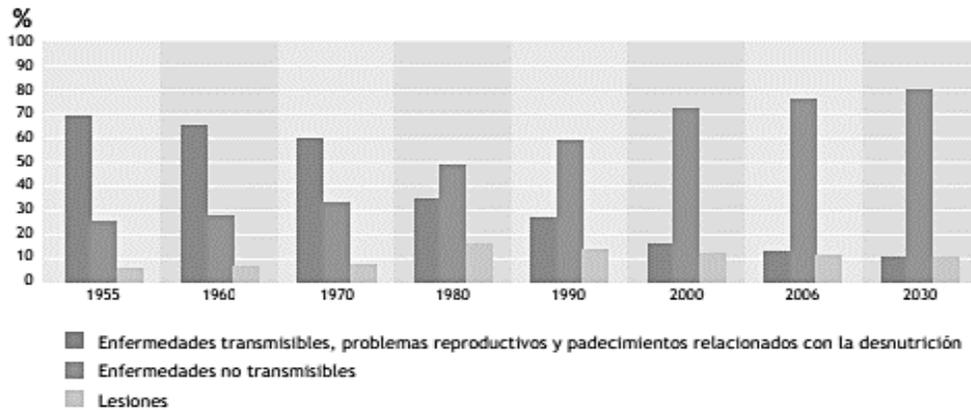
Con lo anterior, las enfermedades crónicas son aquellas de “larga duración y por lo general de progresión alta” como la diabetes, infartos, enfermedades cardíacas, el cáncer, siendo las principales causas de muerte en el mundo. Son de larga duración, con curso estable y frecuentes descompensaciones por parte del paciente, algunas de ellas se convierten en invalidantes y generan una disminución de las capacidades autónomas de las personas padecientes (OMS, 2021; Caballero, 2010).

La Secretaría de Salud (2007) menciona que en México los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) están concentrados de manera creciente en las personas viejas y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles, teniendo como resultado que el 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones (Ver imagen 1).

A su vez, la contribución de los diferentes grupos de edad cambió respecto a la mortalidad, puesto que en 1950 el 15% de los decesos en el país se ubicaron en personas mayores de 65 años, en 2005 más de 50% de las muertes fueron en personas de esta edad (Ver imagen 2) (SESA, 2007).

Imagen 1. Muertes por distintos padecimientos, México 1955-2030

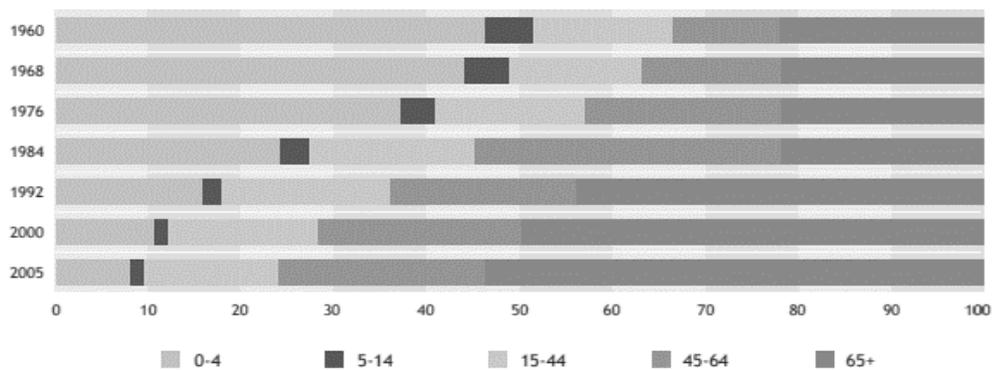
Figura 2. Muertes por distintos tipos de padecimientos, México 1955-2030
 Las muertes por enfermedades no transmisibles y lesiones concentran casi 85% del total de muertes en el país.



Nota: La tabla presenta las muertes por enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones. Tomado de la Secretaría de Salud, p. 25., 2007.

Imagen 2. Contribución de los grupos de edad a la mortalidad general, México 1960-2005

Figura 3. Contribución de los distintos grupos de edad a la mortalidad general, México 1960 - 2005
 Más de 50% de las muertes en el país se presentan en personas de 65 años y más, y menos de 10% en menores de 5 años.



Nota: La tabla presenta información acerca de la mortalidad de distintos grupos de edad en México, en el periodo 1960-2005. Tomado de la Secretaría de Salud, p. 25., 2007.

A pesar de que las enfermedades son semejantes entre hombres y mujeres mayores de 65 años, el riesgo de morir por diabetes e hipertensión es mayor en las mujeres, mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres (Secretaría de Salud, 2007: 28).

Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermedades que se suman son el tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial, ya que influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares; su prevalencia en adultos en el país es de 21.5%, 26.5% y 30.8%, respectivamente (Secretaría de Salud, 2007:29).

La Salud Pública de México (2013) reportó que más del 80% de personas mexicanas mayores de 50 años tienen un índice de masa corporal mayor de 25 kg/m², siendo una cifra alarmante para la población en riesgo, pero también para los programas de salud; además, debemos tener en cuenta que en los países occidentales la obesidad predomina más en las mujeres (37.5%), sin embargo, el crecimiento en porcentaje es mayor en los hombres con un 10.7% comparado con el 8.6% de las mujeres. La ENSANUT (2020) menciona que en el periodo 2018-2019 las cifras de una encuesta realizada detallaron un aumento porcentual de diabetes por diagnóstico médico comparado con los resultados de la ENSANUT 2012, donde en ese año correspondió el 9.2% y en este último periodo fue del 10.3%, es decir, “86.9% de los adultos que viven con diabetes, lleva un tratamiento farmacológico para controlar esta enfermedad...”. Respecto a la hipertensión, se detalla que “la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo subió casi dos puntos porcentuales de la ENSANUT 2012 (16.6%) a la ENSANUT 2018-19 (18.4%), el 70.7% del total de adultos con hipertensión previamente diagnosticada están bajo tratamiento farmacológico” (ENSANUT, 2020).

Por lo que se analiza que las dificultades en el funcionamiento de las personas las pone en mayor riesgo de tener una participación limitada e restringida dentro de su comunidad y red de apoyo más cercana, como la familiar, puesto que aún no se logra difundir de manera correcta las estrategias referidas a minorar las prevalencias de estas enfermedades crónicas y sus consecuencias.

2.1 El envejecimiento

2.1.1 Datos demográficos y estadísticos de personas viejas en México y Tlaxcala

De acuerdo con el Gobierno del estado de México (2021) para el 2010, México es el país de América Latina y el Caribe que presenta la mayor tasa de mortalidad a consecuencia de la diabetes mellitus, y ocupa el noveno lugar en diabetes mundial; de los 15 millones de personas diabéticas, por lo menos la mitad del total no saben que están enfermas.

A su vez, el comportamiento epidemiológico de la diabetes del año 2000 al 2013, expresa que hay un incremento de los casos nuevos, teniendo su máximo en el 2009, pero manteniendo un comportamiento parecido a los próximos años (SESAT, 2016).

Por otro lado, la Secretaría de Salud de Tlaxcala (2016) establece que el comportamiento epidemiológico de la diabetes en el Estado de Tlaxcala del periodo 2000-2013 muestra un incremento de los casos nuevos, teniendo su máximo en el año 2009, pero manteniendo una cifra similar en los años siguientes; además de ello, se tienen a 13, 760 personas en tratamiento de diabetes tipo 2, de los cuales 7,419 se encuentran en control. Mientras que en México, este problema presenta una dimensión crítica, puesto que nuestro país, de acuerdo con la OCDE, está en el primer lugar de prevalencia de diabetes en la población de entre 20 y 79 años de edad.

La ENSANUT (2012) destacó, tanto en hombres como mujeres, un incremento importante en la proporción de adultos de 50 a 59 años de edad que especificaron haber sido diagnosticados con diabetes, y para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres, con 2.2% de diferencia, acentuándose en el grupo de 70 a 79 años.

Es claro que nuestro país atraviesa por una transición demográfica que va en aumento respecto al sobrepeso y obesidad, donde las principales zonas afectadas

son la urbanas y rurales, en todas las edades; durante las últimas décadas, el número de personas que padecen diabetes se ha incrementado y figura en las primeras causas de muerte en México; de acuerdo con ENSANUT (cit. por SESAT, 2016) “la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes fue aproximadamente de 9.2%, lo que significa un incremento considerable en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%)”.

Para los grupos mayores de 60 años, se detectó un porcentaje ligeramente mayor en mujeres, con 26.3%, que en los hombres, con 24.%. Mientras que para el periodo 2018-2019, el total de personas mayores de 60 años mujeres obtuvo el 29.6%, mientras que los hombres se ubicaron con el 30.3% (ENSANUT, 2020).

Es claro que ha habido un progreso significativo en la atención a enfermedades como la diabetes, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.3% en 2006 a 24.5% en 2012, sin embargo, se destaca que tres de cada cuatro diabéticos requieren mayor control de la diabetes, donde se permita reducir las complicaciones que conlleva esta enfermedad (SESAT, 2016).

Lo anterior se puede contrastar con otra investigación de ENSANUT del periodo 2018-2019, donde se analiza que en la prueba de diabetes hubo un decremento en la detección para todos los grupos de edad, comparado con el estudio realizado en 2012, además de que “se obtuvo una menor proporción de personas que acudieron en los últimos 12 meses a detección de diabetes, 23.7 y 15.3%, respectivamente y de hipertensión arterial 28.4% y 12.9%, respectivamente” (ENSANUT, 2020).

Continuando con el contraste del 2012, la prevalencia en 2018 de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos en el país fue de 10.3%, siendo mayor en mujeres con un 11.4%, que en hombres al tener 9.1%, mientras que “en hombres y mujeres se observó un incremento de la prevalencia de diabetes conforme aumenta la edad, siendo el grupo de 60 años y más el de la mayor prevalencia en los hombres y en las mujeres” con un porcentaje de 22.4% y 27.1% respectivamente (ENSANUT, 2020).

Mientras que el diagnóstico previo para la hipertensión arterial aumentó en la población mayor de 20 años comparado con el estudio realizado en el 2012 por ENSANUT, pues en mujeres se vio un incremento del 4.3% y en hombres un 2.6%; en el caso de los adultos mayores, para el periodo 2018-2019, hombres mayores de 60 años representaron el 35.2% de adultos con este diagnóstico previo, mientras que las mujeres de este rango de edad representaron el 47.8% (ENSANUT, 2020).

2.1.2 Diferentes formas de envejecer

El envejecimiento tiene múltiples formas de ser concebido, puesto que no solamente envejecemos de manera biológica, considerada como “la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares... estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades... pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes...” (OMS, 2015). Sino que, también, se establecen diferentes maneras de concebir este tipo de envejecimiento y que depende de cada persona vieja, pues su experiencia puede tornarse positiva o negativamente, según sea el caso; hay varias maneras de iniciar intervenciones para fomentar este envejecimiento, pero todas ellas deberían tener como objetivo el lograr la máxima capacidad funcional.

A su vez, diversos autores se han encargado de analizar este proceso desde diferentes disciplinas; de acuerdo con Ollar (cit. por Caballero, 2010) afirma que el envejecimiento es un proceso natural de duración variable, siendo homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, propios del individuo, ambientales o circunstanciales; es dependiente del tiempo y consiste en un incremento paulatino de la vulnerabilidad, asociado con una dificultad en las posibilidades de adaptación y un mayor riesgo de contraer enfermedades.

Por otro lado, el envejecimiento normal se le relaciona directamente con el estado de salud en la medida que esté acompañada de una correcta adaptación social y personal acerca del bienestar y la salud. Constituye, a su vez, la vejez saludable que carece de enfermedades, donde salud y enfermedad están calificadas por

diversas circunstancias como la histórica, geográfica, cultural y social; incluso, resulta difícil definir lo que es “normal” en la cuestión física, pues para algunas personas pueden constituir una enfermedad de diferente manera a otras (Guijarro, 1999; Moragas, 1991).

Mientras que el envejecimiento patológico se destaca por sus causas originadas por enfermedades agudas y crónicas, factores ambientales, hábitos dañinos como el tabaquismo o el alcohol, presencia de tumores, reacciones a fármacos, entre otras características (Caballero, 2010). Hace referencia a los cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos que se producen a partir de los 50 años, de acuerdo a este autor. El envejecimiento se considera patológico cuando la incidencia de procesos como la enfermedad alteran los parámetros de la persona, ocasionando dificultades correspondientes a la adaptación; además, se cree que cuando se dan situaciones adversas a la persona, se produce un empeoramiento en cuanto a la capacidad funcional, y es ahí cuando el envejecimiento pasa de ser normal a patológico.

Por otro lado, el envejecimiento exitoso Neri y Cachioni (cit. por Brigeiro, 2005) se refiere a la realización del potencial personal que sea capaz de generar una satisfacción física, psicológica y social, según la persona y su grupo de edad; se relaciona con la identificación de comportamientos donde las personas cuentan con un buen desempeño y optimización de su ejecución mediante mecanismos de motivación, lo que propicia una óptima estimulación para ejecutar comportamientos en otros aspectos de la vida de la persona vieja.

El envejecimiento productivo se entiende como la capacidad de la persona o población para ser útil o servir en la fuerza de un trabajo, de manera remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en su familia y ser independiente. Este tipo de envejecimiento se enfoca más en la manera de contribución social de las personas viejas y a la satisfacción de necesidades sociales que sean más relevantes (Butler, 2000).

Sin embargo, los dos siguientes tipos de envejecimiento son los que apoyan este trabajo, puesto que resultan tener ideas más diversas con un amplio panorama de lo que es envejecer. Siendo que el envejecimiento saludable “es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. Se entiende como capacidad funcional como aquello que le permite a una persona ser y hacer lo que resulta importante para ellos, donde sus dominios clave consisten en satisfacer sus necesidades básicas, aprender a tomar decisiones, tener movilidad, establecer y mantener relaciones y aportar a la sociedad; además, esta capacidad se compone de las características del entorno en el que se desarrolla la persona y las interacciones que se desarrollan con el tiempo (OMS, 2019).

En cuanto al envejecimiento activo, se considera como el proceso de optimización de las oportunidades en cuestión de salud, participación y seguridad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas viejas, extender la calidad de vida, la productividad y la esperanza de vida de las personas viejas. También, se concibe como un fenómeno con origen en los efectos multifactoriales y no sólo contempla el envejecimiento desde la atención médica, sino que toma en cuenta factores económicos, conductuales y socioculturales, que pueden beneficiar a la persona que se encuentra en este proceso (OMS, 1999; Ballesteros, 2009).

Con lo anterior, se analiza que llegar a la vejez en sociedades que dan prioridad a la rapidez y la eficiencia puede ocasionar consigo el deterioro de la capacidad de reflexión, contemplación y juicio a través del eje de envejecimiento. Asimismo, cada vez surgen más investigaciones que concluyen que los valores y expectativas culturales acerca del envejecimiento tienden a influir sobre la motivación, memoria, salud física y el trabajo, entre otros factores de la vida cotidiana (Rice, Lockenhoff y Carstensen, 2002).

Las personas que están llegando a la vejez pueden interiorizar los estereotipos sobre el envejecimiento, y lo vinculan con la expectativa de que los valores de independencia y productividad van disminuyendo conforme la edad, puesto que encuentran barreras psicológicas y sociales para su desempeño en diversos

ámbitos como el familiar o social. Por ello es importante proponer alternativas y resolver problemas reales, donde, además, se diseñen programas que satisfagan metas de las personas y viejos en específico. Se afirma que, para tener un óptimo envejecimiento, se requiere que los investigadores generen cuestionamientos acerca de sus propias creencias y suposiciones acerca de este tema y generen diversos modelos sin sesgos (Rice, Lockenhoff y Carstensen, 2002).

Por ello, la importancia de estudiar la diversidad que trae consigo el proceso de envejecer, pues no todos pasan por los mismos cuestionamientos de la vida ni afecta de la misma manera, sin embargo el amplio conocimiento que se tiene y se está trabajando, permite ampliar el panorama de investigación acerca del envejecimiento, las personas y el contexto en el que se desenvuelven, con el fin de poder generar un parteaguas que se enfoque a generar alternativas y diseñar programas que abarquen temas de salud, desde miradas multidisciplinarias y que no traten únicamente de lo biológico.

2.2 Las enfermedades crónicas en el envejecimiento

Las enfermedades crónicas son aquellas de “larga duración y por lo general de progresión alta” como la diabetes, infartos, enfermedades cardíacas, el cáncer, siendo las principales causas de muerte en el mundo”. Tienen curso estable y frecuentes descompensaciones por parte del paciente, algunas de ellas se convierten en invalidantes y generan una disminución de las capacidades autónomas de las personas padecientes (OMS, 2021; Caballero, 2010).

Sus factores de riesgo son prevenibles, tales como el tabaquismo, la mala alimentación o la falta de actividad física. La gente está comiendo cada vez más alimentos ricos en grasas y azúcares, y tornándose menos activa físicamente en casa y en el trabajo. Afortunadamente, la detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales de la obtención de una respuesta favorable a este tipo de enfermedades (OMS, 2006; OMS, 2021).

A su vez, la OMS fomenta el cambiar la forma de pensar de la gente acerca de las enfermedades crónicas y asegurar que entiendan desde diferentes visiones los problemas. Uno de los enfoques de la OMS ha sido disipar las ideas falsas que limitan la labor de promoción de la causa, ayudando a reenmarcar los problemas con nueva información (OMS, 2006).

2.2.1 Diabetes mellitus

La diabetes es una palabra clave para el desarrollo de este trabajo, siendo la primera la enfermedad que conlleva a la amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera, mientras que la hipertensión corresponde al 2% de la principal causa de muerte en hombres en el 2005. Se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, y puede diagnosticarse sólo cuando la persona ya tiene varios años enferma y han aparecido complicaciones.

Existen diferentes tipos de diabetes, sin embargo esta investigación está basada en esta enfermedad pero de tipo mellitus 2, pues de acuerdo con Rojas, Molina y Rodríguez (2012), es una enfermedad crónica correspondiente a la salud pública, que pertenece al grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, como consecuencia de un defecto en la secreción de la insulina; además, la retención de la hiperglucemia es la causante del daño, disfunción y falla de órganos y sistemas como riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Es una enfermedad crónica que aparece cuando el organismo no utiliza adecuadamente la insulina que produce, donde su carga de morbilidad está aumentando en todo el mundo, pero en especial en los países en desarrollo; sus causas son complejas, pero en gran medida están relacionadas con el aumento del sobrepeso, obesidad y la falta de actividad física y se caracteriza por hiperglicemia crónica causada por la falta de insulina en el cuerpo; se asocia a diferentes complicaciones de la persona y pueden ser agudas o crónicas (SESAT, 2016; Medwave, 2009).

Su diagnóstico puede variar dependiendo del lugar donde se realice, pero un examen físico es recomendado, pues este estará encaminado a buscar algunas complicaciones como por ejemplo en la mucosa, aparato cardiovascular, boca, piel, el aumento de la glándula de la tiroides, fondo de ojo; también se pueden realizar exámenes complementarios como el de glucemia en ayunas, glucemia postprandial o la prueba de tolerancia a la glucosa oral (Pérez y Berenguer, 2015).

En esta cuestión, Durán, Carrasco y Araya (2012) mencionaron que la diabetes puede producir descompensación metabólica y con el paso del tiempo generar daños crónicos como neuropatía, retinopatía, nefropatía y enfermedades vasculares, además de que este sector poblacional tiene dos o tres veces más posibilidades de sufrir un infarto al miocardio y/o un accidente vascular.

La falta de insulina es la principal causa de la diabetes, puesto que la producción de la misma está tan disminuida que se altera todo el mecanismo reguladora; las elevaciones de la glucosa sanguínea no son seguidas por un aumento suficiente de insulina, por lo que la glucosa no puede penetrar en las células y su cantidad continúa elevándose.

Otras causas que desencadenan esta enfermedad es el exceso de peso, pues dificulta la utilización de la glucosa y altera la producción de insulina, la falta de actividad física contribuye al aumento de peso y evita que se utilice gran parte de la glucosa, el riesgo de diabetes aumenta con la edad, puesto que con el transcurso de los años se reduce la capacidad de producir insulina, además de la herencia: las personas con familiares de primer grado diabéticos tienen mayor riesgo de sufrir esta enfermedad (SESA, 2008).

Es por ello que una adecuada alimentación en pacientes con diabetes es fundamental para su bienestar físico y saludable, puesto que este es un pilar importante para mantener un control metabólico correcto; y para que una dieta sea adecuada al paciente, es necesario tomar en cuenta el género, edad, estado nutricional, actividad física, y estados patológicos. Pues, la dieta es considerada como los alimentos que cada persona consume diariamente durante periodos

prolongados, mismos que son seleccionados con base en sus condiciones económicas y gustos. Además de ello, es aquella mezcla de alimentos sólidos y líquidos que una persona o grupo consumen, y se compone dependiendo de la disponibilidad, costo, hábitos y valor cultural de los alimentos (Cardoso, 2006; OMS, s/f).

El Gobierno del Estado de México (2021) establece que las consecuencias son diversas, pues afecta a diferentes partes del cuerpo; ocasiona problemas de visión, de riñones (30% de las personas con este problema son diabéticas), hiperglucemia. También, esta enfermedad se puede manifestar mediante problemas gastrointestinales, respiratorios, circulatorios que corresponden a deshidratación con depresión del volumen intravascular, y neurológicas.

La SESAT (2016) menciona que la diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral, donde un 50% de los pacientes enfermos mueren por complicaciones cardiovasculares. La neuropatía diabética se debe a la lesión de los nervios y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes; la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y, extremadamente, la amputación, la retinopatía diabética es la causa principal de ceguera y es consecuencia del daño de los vasos sanguíneos de la retina; al cabo de 15 años con diabetes, un 2% de los pacientes quedan ciegos, y un 10% sufre deterioro de la visión.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que la enfermedad es un proceso que afecta a la persona en todas sus esferas que lo constituyen: física, psicológica, familiar y social. Puede causar miedo, dolor y tristeza puesto que su presencia implica forzosamente cambios en el estilo de vida, y hábitos del paciente; se establece que la persona pasa por una serie de fases ante una situación de cambio, tal como el impacto inicial, donde la persona enferma puede entrar en un estado de shock, negación e incertidumbre; la siguiente fase es la resistencia al cambio, porque pueden estar en juego los valores de la persona, sus creencias y hábitos arraigados; aceptación, adaptación y asimilación, es cuando la persona inicia su propio proceso consciente de ver con objetividad los cambios que debe realizar para obtener un

equilibrio emocional y físico; por último, en la fase de participación activa la persona realiza un proceso activo, mediante la colaboración y participación en todo aquello que le permita lograr un cambio positivo (SESA, 2008).

La prevalencia y manejo de padecimientos como los son las enfermedades crónicas representan el núcleo del reto para el sistema de salud al mismo tiempo que para el bienestar de la población en general; las cifras que representan estas enfermedades, resaltan la importancia de generar una respuesta focalizada que genere una oferta de calidad para el control, prevención e intervención ante estos padecimientos.

Así, se puede entender que las acciones preventivas cuentan con una línea esencial para la detección oportuna, permitiendo disminuir las complicaciones de dichas enfermedades, incluso evitar el desarrollo de las mismas. Además de ello, la mayoría de las complicaciones pueden ser evitadas, disminuidas o retrasadas siempre y cuando su detección sea temprana y tratadas de forma oportuna.

La Secretaría de Salud de Tlaxcala (2016) diseñó modelos de atención específicos, donde se busca innovar la atención de las enfermedades no transmisibles como la diabetes e hipertensión, mediante la implementación de servicios de salud equipados y listos para desarrollar acciones para realizar prevención, detección oportuna, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y reducción de complicaciones, teniendo en cuenta un enfoque de promoción, prevención y atención.

Por otro lado, la responsabilidad colectiva es un determinante en grupos poblacional que experimentan cambios rápidos en la forma de obtener alimentos, además del estilo de vida e ingreso económico, puesto que la adaptación a nuevos entornos requiere un proceso de adecuación y, tal vez también de adaptación, a las nuevas condiciones, además de que los retos de salud se transmiten de generación en generación; estos retos en la prestación de servicios de salud orillan a que el personal especializado tenga los conocimientos y prácticas adecuadas para hacer frente a esta complejidad (SESAT, 2016).

2.2.2 Hipertensión arterial

Es descrita por la OMS (2013) como una afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta; ésta es una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o mayor a 90 mm Hg, dando como resultado que el corazón bombee más rápido. Cuanta más alta es la tensión arterial, mayor es el riesgo de daño al corazón y a los vasos sanguíneos de los órganos principales como el cerebro y los riñones; si no se controla, puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón o una insuficiencia cardíaca, por ejemplo, además de ocasionar que la sangre se filtre en el cerebro y provocar daños a nivel cerebrovascular (OMS, 2015).

A su vez, la (SESA, 2008) redacta que una persona tiene hipertensión arterial cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mm de Hg y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mm de Hg, tal como se muestra en la imagen 2; las personas con presión arterial normal alta (130-139/85-89 mm de Hg) deben ser advertidos de que se encuentran en riesgo de padecer esta enfermedad, y serán invitados a consultar a su médico y acudir a grupos de ayuda mutua, para recibir asesoría en el control de los factores de riesgo (Ver imagen 3).

Es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de demencia vascular y Alzheimer, aunque aún hay resultados de estudios que no demuestran con solidez una relación con la disminución de la incidencia de demencia con tratamientos en específico (Salazar, Rotta, y Otiniano, 2016:62).

Imagen 3. Clasificación de la presión sanguínea en adultos de 18 años en adelante.

Clasificación de la presión sanguínea en adultos de 18 años en adelante.*

Clasificación	Sistólica (mm de Hg)		Diastólica (mm de Hg)
<i>Óptima</i>	<i><120</i>	y	<i><80</i>
<i>Normal</i>	<i>120 – 129</i>	y	80 – 84
<i>Normal alta</i>	<i>130 – 139</i>	y/o	85 – 89
<i>Hipertensión</i>			
<i>Estadio 1</i>	<i>140 – 159</i>	y/o	90 – 99
<i>Estadio 2</i>	<i>160 – 179</i>	y/o	100 – 109
<i>Estadio 3</i>	<i>≥ 180</i>	y/o	≥ 110

Nota: La tabla representa la clasificación de la presión sanguínea en personas mayores de 28 años. Tomada de la Secretaría de Salud, 2008.

La hipertensión arterial en México aumenta el riesgo de muerte y de incapacidad, y es el factor de riesgo independiente que más peso tiene después de la edad; esta enfermedad causa daño cerebral pues en el caso de los viejos se produce un alargamiento de los vasos lo que ocasiona la formación de pliegues tortuosos, afecta al sistema nervioso autónomo, entre otras acciones provocadas por esta enfermedad crónica (González, s/f).

De acuerdo con (Piña, Araujo y Castillo, 2020) uno de cada cuatro mexicanos padece hipertensión arterial, prevalencia estimada en 30% conforme al criterio 140/90 mm Hg, lo que corresponde alrededor de 30 millones de personas con diagnóstico positivo de hipertensión. Dentro de la población adulta con un diagnóstico previo, el 79.3% reportó estar en un tratamiento farmacológico, sin embargo la mayoría no muestra ningún síntoma.

Ahora bien, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en Tlaxcala, específicamente, se ubicó debajo de la media nacional (15.9%) en el año 2012 (ENSANUT, 2012).

Sus causas son muy diversas, afectando también a las personas en proceso de envejecimiento. Los ingresos económicos, la educación y vivienda son unos determinantes sociales de la salud alarmantes ligados con la enfermedad como la hipertensión, puesto que las condiciones de vida en las que se encuentra la persona afectada pueden influir en que el diagnóstico sea realizado a destiempo, conllevando un inadecuado tratamiento y mala calidad de vida para la persona pero también para el familiar que acompañe esta situación (OMS, 2013: 19).

Se cree que sus causas surgen a partir de una enfermedad subyacente o medicamento; la insuficiencia renal es la causa más común de la hipertensión, dado que los riñones no filtran adecuadamente los fluidos. Los factores de riesgo más comunes suelen ser la edad (mayores de 60 años) puesto que las arterias se vuelven más rígidas y estrechas, la obesidad representa un factor de riesgo clave, el consumo de alcohol o tabaco de manera regular incrementa la presión arterial, además de la existencia de enfermedades cardiovasculares como la diabetes pueden desencadenar hipertensión (MacGill, 2019).

Agregando a lo anterior, se debe tener en cuenta que algunas condiciones o factores de riesgo presentes o no, propias de cada persona, pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad; los factores pueden ser diversos, como el exceso de pesos, falta de actividad física, consumo excesivo de sal y alcohol, estrés, entre otras condiciones (SESA, 2008).

El mecanismo por el cual la presión sistólica aumenta está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, como la aorta, por ejemplo. En cada latido el volumen eyectado por el ventrículo izquierdo genera una onda de pulso que se transporta del corazón a la periferia, la cual es reflejada hacia el corazón; cuando las arterias son distensibles la velocidad se vuelve lenta y regresa al corazón durante la diástole (Salazar, Rotta y Otiniano, 2016).

De acuerdo con la página Rp.salud (2015) la hipertensión trae consecuencias severas a la salud del paciente, puesto que el corazón debe realizar un trabajo mayor al habitual, sus paredes aumentan de tamaño y por ello necesitan más

sangre para alimentarse; cuando las arterias no son capaces de aportársela sucede un infarto de miocardio. También, el exceso de trabajo por parte del corazón lo agota y ocasiona insuficiencia cardíaca, el riñón desarrolla una insuficiencia renal, la afectación de las arterias del cerebro produce infartos o hemorragias a nivel cerebral, además de que la vista se daña por la afectación de los vasos de la retina.

Es importante mencionar que la presión alta afecta en muchas áreas de la vida cotidiana de la persona enferma como la alimentación, por ejemplo; algunos tipos de hipertensión pueden gestionarse con cambios en su estilo de vida, tomando en cuenta la dieta, el ejercicio adecuado, la reducción de alcohol y tabaco, así como la disminución del consumo de sodio. En cuanto a la ingesta de alimentos, se recomienda que ingieran alimentos ricos en fibras y cereales integrales, una vasta cantidad de frutas y verduras como la alubias, legumbres y nueces, además del pescado dos veces por semana (MacGill, 2019).

2.3 Acciones de Atención: promoción e intervención para las enfermedades crónicas en México y Tlaxcala

El sobrepeso, la obesidad y los malos hábitos en la alimentación se han convertido en un problema mundial, causantes en el incremento de morbilidad y mortalidad, además de que están directamente relacionados con enfermedades cardiovasculares y crónicas degenerativas, siendo México, junto con Estados Unidos, un país líder a nivel mundial, en obesidad (Hernández, 2018).

Una medida que contribuye a controlarla es la sana alimentación e ingesta de alimentos benéficos como las verduras y frutas, pues estas últimas contienen fructuosa, quien aumenta la síntesis de glucógeno en el hígado mediante el aumento del flujo a través del glucógeno.

Los ácidos grasos son otra fuente importante de mejoramiento en personas con diabetes, ya que, como menciona Durán, Carrasco y Araya (2012), se ha demostrado que las poblaciones que tienen un alto consumo de pescado corren un

menor riesgo de sufrir alguna enfermedad cardiovascular y diabetes. Existen muchas formas en las que se puede realizar alguna acción de atención a esta enfermedad, donde los objetivos fundamentales del tratamiento para la diabetes pueden ser el mantener el control metabólico, mejoría de la calidad de vida, alimentación saludable, toma de medicamentos, entre otros.

Es por ello que es fundamental que las personas viejas se realicen un diagnóstico médico de manera constante, puesto que existen enfermedades como la diabetes que son silenciosas y, si no se atienden a tiempo, pueden llegar a causar un daño irreversible, como la amputación de miembros. Ante esto, una acción fundamental es el automonitoreo en casa, pues como lo menciona el Gobierno del Estado de México (s/f) es el pilar para asegurar el adecuado seguimiento y control del padecimiento.

Por otro lado, el Gobierno del Estado de México (2021) menciona que la educación en diabetes es un término que se basa en el proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene como objetivo incorporar a la persona enferma y sus familiares en el manejo cotidiano de la enfermedad, además de pretender minimizar la dependencia médica en la solución de problemas, en la toma de decisiones y acciones en el cuidado general de la diabetes.

A su vez, los determinantes de la salud tales como el económico, la educación y vivienda, resultan ser partes fundamentales para el cambio de perspectiva que deberían tomar tanto los especialistas en el tema como la familia del paciente y el enfermo directamente, puesto que las condiciones de vida en las que se encuentra la persona afectada pueden influir en que el diagnóstico de enfermedades crónicas sea realizado a destiempo, conllevando un inadecuado tratamiento y mala calidad de vida para la persona pero también para el familiar que acompañe esta situación (OMS, 2013: 19).

Por otro lado, se entiende que la atención primaria a la salud corresponde a los servicios que se le otorga al individuo, la familia y la comunidad en general, con el fin de preservar la salud y atender las enfermedades que se presenten así como sus etapas iniciales de evolución (NOM, 2001).

La hipertensión arterial puede ser prevenida mediante hábitos adecuados, por lo tanto los programas para el control de esta enfermedad deben incluir características básicas como la prevención primaria; por ello, una vía adecuada de que esta idea pueda ser realizada es mediante la promoción de la salud, pues es concebida como aquel proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas con el propósito de que participen corresponsablemente en el cuidado de la salud y opten por estilos de vida adecuados.

Dentro de la prevención primaria para la hipertensión, se ubica la actividad física en sus diversas formas, puesto que tiene un efecto protector contra el aumento de la P.A, o bien, ejercer actividades tales como los aeróbicos durante 30 o 40 minutos, en el caso de las personas sedentarias o que no puedan realizar grandes actividades; el consumo de sal no debería exceder de 6 g/día y se pretende advertir a la población que reduzca la cantidad de ingesta; para la dieta recomendada, debe promoverse un patrón de alimentación para evitar, además, otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer, además de promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio, a través de un correcto consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados de lácteos desgrasados (NOM, 2001).

Con lo anterior, demás investigaciones se centran en el Estado de Tlaxcala y las acciones de atención en la promoción, prevención e intervención para estas enfermedades. Este Estado cuenta con una población de 1 272 847 habitantes, de los cuales 652 882 son mujeres y el resto hombres; siendo el lugar número 15 del total de los Estados de la República Mexicana con problemas de sobrepeso y obesidad, en cuanto a habitantes masculinos, y el número 18 para la población femenina (Hernández, 2018). Para el 2020, se estima que de la población en total

de Tlaxcala, el 6% corresponde a mujeres mayores de 60 años en adelante, aproximadamente, y el 5% a hombres del mismo rango de edad (INEGI, 2020).

Por otro lado, la Secretaría de Salud de Tlaxcala (2016) establece que el comportamiento epidemiológico de la diabetes del periodo 2000-2013 muestra un incremento de los casos nuevos, teniendo su máximo en el año 2009, pero manteniendo una cifra similar en los años siguientes; además de ello, se tienen a 13, 760 personas en tratamiento de diabetes tipo 2, de los cuales 7,419 se encuentran en control.

La ENSANUT (2012) estableció que la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más habitantes de Tlaxcala fue de 8.1% mayor a la reportada por esta encuesta en el 2006, donde fue de 6.7%; se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico a partir del grupo de 40 a 59 años.

Para ello, la Secretaría de Salud de Tlaxcala (2016) implementó el proceso de mejora de la medicina familiar mediante programas integrados de salud como, tal como el programa PREVENIMSS, el cual se trata de una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco programas enfocados a distintas edades, como por ejemplo “Salud de Adulto Mayor” que está dirigido a personas de 60 años en adelante; cada componente está integrado por acciones específicas y se integran grupos de ayuda sobre la hipertensión arterial y diabetes, entre otras enfermedades.

Esta secretaría tiene la visión de proporcionar oportunamente a las personas sus servicios de salud a toda la población, con calidad, calidez, sentido humano y siempre respetando los derechos humanos; además de ser catalogado como un organismo eficiente, otorgando servicios de salud con un capital humano comprometido y capacitado (SESAT, 2021).

Con ello, la SESAT (2016) externa que la prevención de estas enfermedades puede ser mediante el autocuidado, pues se ha demostrado que es un mecanismo eficaz para mejorar la calidad de la atención a la diabetes, además del fortalecimiento de

la infraestructura para el manejo integral de la enfermedad, educación del paciente y sus redes de apoyo, con el fin de generar y fortalecer un empoderamiento en el enfermo, entre otras alternativas orientadas a la mejora de la salud.

También, se menciona que las alternativas para la intervención ante la diabetes en Tlaxcala son mediante una alimentación correcta, donde se promueva los beneficios de la alimentación adecuada mediante sesiones educativas, la capacitación a promotores de la salud de las comunidades, realizar talleres culinarios para rescatar la alimentación tradicional en las comunidades, etcétera (SESAT, 2016).

Además de considerar la necesidad de generar programas o campañas de difusión para disminuir el consumo de productos con alta densidad energética, grasas y sodio que dañan la salud; esto puede ser mediante mensajes positivos en centros comerciales, en salas de espera de oficinas de atención ciudadana, en los mercados, etcétera. Para la prevención de enfermedades, se tiene contemplado establecer estrategias para que fomenten el autocuidado a través de los grupos en el que se practiquen estilos de vida saludable y educación al paciente, además de contar con insumos necesarios que permitan realizar el tamizaje en todos los ámbitos, contar con muestras gastronómicas de preparación saludable y preparación de alimentos, promover la educación al paciente y fortalecer las redes de apoyo para el empoderamiento del mismo en cuanto a la diabetes, por ejemplo (SESAT, 2016).

Dentro de la página oficial de (SESAT, 2016), se brindan guías donde ofrecen al público en general los conocimientos básicos de cómo se manifiestan, cómo vivir y controlar la enfermedad, así como las complicaciones que se pueden presentar en caso de no ser controladas. Asimismo, dentro de la guía se explica la información relacionada con el diagnóstico y evolución de la hipertensión, así como proporcionar un plan de atención con indicaciones no farmacológicas.

Con las evidencias proporcionadas por diversos autores, México pretende impulsar la participación social mediante las autoridades municipales, comunitarias, grupos y organizaciones sociales, con el propósito de promover la adopción de estilos de

vida saludables, específicamente con los grupos de mayor riesgo. A través del apoyo de organizaciones públicas y privadas, especialmente con la industria alimentaria y encargados en la venta de alimentos, se espera establecer acciones permanentes para ofrecer a la sociedad alimentos saludables y que contribuyan a la prevención y control de la hipertensión arterial, específicamente. Mediante la coordinación de acciones con estas instituciones y dependencias enfocadas en los alimentos, así como con las asociaciones de profesionales relacionados con las actividades físicas, el deporte y la educación física, se espera que estas acciones sean promovidas dentro de la sociedad en general (Norma Oficial Mexicana, 2001).

Finalmente, de acuerdo con la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala (2016), la enfermedades crónicas degenerativas comparten cuatro factores conductuales de riesgo, los cuales son el consumo de tabaco, una dieta incorrecta, falta de actividad física y uso nocivo del alcohol; algunas de estas enfermedades tienen una estrecha relación con el exceso de peso corporal, situación que es reconocida como uno de los retos más importantes para la salud pública, puesto que tiene una gran magnitud y velocidad en su incremento, además su efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población afectada.

Es importante destacar que, a pesar de que el paciente cumpla con las recomendaciones de actividad física, por ejemplo, implica menor tiempo destinado a actividades sedentarias el resto del día, siendo así uno de los causantes del desarrollo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes e hipertensión.

Sin embargo, existen instituciones como la Secretaría de Salud que se encargan de promocionar acciones positivas dirigidas, en este caso, a las personas con enfermedades crónicas degenerativas; estas acciones van de las consultas personales hasta boletines o artículos digitales, que se comparten en la página oficial de las instituciones.

Por ello, existen tratamientos para controlar estas enfermedades, tales como los no farmacológicos, que buscan ayudar de diferentes áreas, sin necesidad de usar

medicamentos; dentro de este tratamiento, se trata de mejorar la calidad en la alimentación

Es preciso e importante fomentar y fortalecer la cultura de la prevención de enfermedades crónicas degenerativas tales como la diabetes e hipertensión, tanto en el sector privado como en el público, con el fin de realizar acciones en conjunto de manera que se incentive al cambio adecuado de hábitos y comportamientos saludables; la participación de la sociedad implica una gran corresponsabilidad con los demás sectores de salud, puesto que tiene que ver con una delimitación y articulación del desempeño de cada uno de los integrantes de la familia, por ejemplo, para asumir las funciones y actividades que le corresponden en cuanto al cuidado de la salud.

Además, existen comportamientos en la población que requieren de una acción social adecuada, donde en ocasiones estos fenómenos afectan segmentos específicos de la sociedad como los son las personas viejas; las soluciones que se proponen deben ser reflejadas en el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias de estos grupos, con el fin de beneficiarse de manera personal y colectivamente.

Capítulo 3. La adherencia a las dietas alimentarias en personas con enfermedades crónicas

Se realizó una revisión de la literatura partiendo desde inicios de la última década al día de hoy. Esta indagación se realizó en temas referentes a la adherencia a la dieta, adherencia al tratamiento de control de enfermedades crónicas, en especial a la diabetes mellitus tipo II, pretendiendo enfocarse particularmente en adultos mayores. Los diferentes aspectos hallados se describen a continuación.

Los estudios encontrados de mayor relevancia para los fines de esta revisión se efectuaron en América latina, mayormente en países como Colombia desde (Aragón, S., Rivera, D. y Manrique, Y. 2020; Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., Uribe, A., González, A., y Molina, J. 2010; Forero, A., Hernández, J., Rodríguez, S., Romero, J., Morales, G., y Ramírez, G. 2018; Lancheros, L. y Bohórquez, A. 2010) seguidos de México (Cruz, M. 2012; Méndez, S., Becerril, V., Morales, M., y Pérez, V. 2010); Molina, E. y Cano, J. 2015; Montiel, M. y Domínguez, M. 2011; Sánchez, A. 2007), Argentina (Azzollini, S., Pupko, V., y Vidal, V., 2011), Venezuela (Téllez, I., y Guerra, A. 2016) y Perú (Hermosta, R., Matellini, B., Rosales, J., y Noriega, V. 2017).

Los participantes de las investigaciones estuvieron conformados en su mayoría por personas adultas de entre 45 y 69 años predominando los adultos mayores de ambos sexos, excepto sólo dos de ellos donde solo se trabajó con mujeres (Cruz, M. 2012; Méndez, S. et al, 2010). La mitad de los estudios usó en su metodología el diseño descriptivo transversal (Aragón, S. et al. 2020; Durán, A. et al. 2010; Hermosta, R. et al. 2017; Molina, E. y Cano, J. 2015) los cuales tuvieron una mayor cantidad de participantes que fueron desde los 163 a los 500 participantes, en comparación con los estudios con corte más cualitativo que por la misma esencia del tipo de investigación fueron de entre 9 a 30 participantes (Cruz, M. 2012; Lancheros, L. y Bohórquez, A. 2010; Méndez, S. et al, 2010); sin embargo, se observó que este aspecto no reflejó la importancia y relevancia que tuvieron los resultados de este tipo de investigación.

En los estudios realizados mediante el diseño descriptivo transversal explicativo hicieron uso de medidores bioquímicos, cuestionarios y encuestas; por su parte las investigaciones cualitativas utilizaron técnicas más enfocadas en los participantes, como la entrevista semiestructurada, grupo focal y entrevistas a profundidad.

Los resultados obtenidos respecto al eje demográfico detallaron que la hipertensión, la diabetes y la osteoporosis son más común en los adultos mayores, y que su presencia se relaciona no sólo con la disminución de la funcionalidad del ser humano (Durán, A. et al. 2010). Por otra parte, Molina, E. y Cano, J. (2015) establecieron en su trabajo que enfermedades como lo es la diabetes mellitus tipo II es una enfermedad que se hace de gran relevancia estudiar ya que está ampliamente extendida en la población en general y se ha conformado como una de las primeras causas de muerte. Por ello es de igual importancia la prevención y el tratamiento es el de la buena alimentación, es decir, en realizar modificaciones en la dieta, el consumo de alimentos específicos y el mantenimiento de un peso óptimo para obtener de esta manera un estilo de vida más saludable. (Durán, A. et al. 2010).

Esta prevención no sería posible sin la información necesaria para afrontar el proceso de enfermedad. Como se observó en el estudio Lancheros, L. y Bohórquez, A. (2010) la relación entre conocimientos y practicas es de gran valor. La información por tanto constituye otro factor importante para la adherencia al tratamiento y a la dieta. Se encontró que algo que no favorece a la adherencia y el control de la enfermedad es la dificultad para acceder a los sistemas de salud, a que no se presente la información de manera clara y pertinente el proceso de la enfermedad y sus especificidades (Durán, A. et al, 2010).

Este punto va de la mano con lo observado por Molina, E. y Cano, J. (2015) quienes confirman la necesidad de la reconfiguración los procesos educativos que se encaminen a la modificación del estilo de vida en pacientes que padecen con esta enfermedad.

La información no solo requiere sea proporcionada correctamente, ya que la adherencia al tratamiento depende también en gran medida a la actitud, a los mismos pacientes. Como se destaca en el estudio de Téllez, I., y Guerra, A. (2016) si bien es muy importante el papel que asume el individuo afectado, la aceptación de su enfermedad y los conflictos afectivos que le genera, se deben tomar en cuenta sus actitudes y creencias ya que influyen en llevar a cabo las medidas terapéuticas, y el correcto manejo del conocimiento de ellas ayuda a la mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento.

Respecto a lo anterior, se ha observado que los pacientes diabéticos adultos mayores atribuyen los síntomas y complicaciones que experimentan a su condición de viejos y no necesariamente a la diabetes. Aunque son conscientes de los efectos negativos cuando rompen con la dieta y la actividad física, consideran el consumo del medicamento como tratamiento principal, y a pesar de ello terminan ajustando el consumo del medicamento según la tolerancia que han desarrollado a niveles elevados de glucosa en sangre, según la disponibilidad del medicamento y su valoración de que tan enfermos se encuentran. Esto indica que la manera particular como se estructuran sus percepciones permite entender sus interpretaciones sobre la enfermedad, sus complicaciones y su manejo; determinando con ello que los comportamientos de adhesión varíen en función de dichas interpretaciones (Montiel, M. y Domínguez, M. 2011). A raíz de este factor se destaca un nuevo aspecto, el apoyo social.

De acuerdo con lo observado en el estudio de Aragón, S. et. al. (2010) la población que considera tener un entorno adecuado de relaciones sociales, da por consecuencia en su persona seguridad, afirmación, validación y estímulo que se reflejó a su vez en una adecuada salud física y mental satisfactoria, estos son los medios de los cuales obtienen el apoyo necesario en la cotidianidad y en las situaciones difíciles de la vida. Por ello, contribuir a que el medio en el que se mueve el adulto mayor representa un factor de protección, que brinde protección, pues este apoyo contribuye a los comportamientos adecuados necesarios para el

cuidado en la enfermedad, por ejemplo, la toma de medicamentos y la buena alimentación (Durán, A. et al, 2010).

Aunado a lo anterior, en otras investigaciones se observó que algo que dificultó la adherencia del paciente diabético a su dieta fue que un número importante de las pacientes y su familia aún no tienen conocimientos de su enfermedad lo cual generó que las familias no se adaptaran al tratamiento dietético del diabético. En este punto se señala también el importante peso que tienen las tradiciones, costumbres y en general la cultura en sus hábitos, que representa un pilar importante pues al hacerlos partícipes ayudaría a conocer la importancia que tienen las actividades de prevención que se fomentan en el centro de salud (Cruz, M. 2012; Méndez, S. et al. 2010).

Por tanto, se destaca que la percepción de apoyo social, familiar y laboral, contribuye en una adherencia a los tratamientos más amplia debido a que los pacientes con diabetes tipo II cumplen sus correspondientes requisitos de autocuidado. En conjunción, la percepción del estado de salud con todo lo que implica (personalidad, actitudes, creencias) pueden complementar el peso que tienen las redes de apoyo en mejorar la calidad de vida (Azzollini, S. et al. 2011). Estas áreas de oportunidad junto con el factor económico sugieren elementos a considerar para fortalecer comportamientos de adherencia terapéutica (Montiel, M. y Domínguez, M. 2011).

En general, se observa que los pacientes no recibían una alimentación adecuada y persistió el incumplimiento del tratamiento dietético, por lo que deben realizarse estrategias que tengan en cuenta lo anterior y el contexto sociocultural de los pacientes (Forero, A. et al., 2018). Por último, se observó que las personas con mayor adherencia son las personas que llevaban más tiempo de su vida con la enfermedad (Hermoza, R. et al, 2017).

Finalmente, se destaca que los marcos o ejes desde donde se dirigieron las investigaciones sobre la adherencia variaron desde factores demográficos, nutricionales, los conocimientos que tienen las personas respecto al tema de su

enfermedad o las estrategias de enseñanza que se tienen para la transmisión de estos conocimientos hacia los pacientes. Sin embargo, lo que predominó en esta revisión fue la puntualización en los factores económicos, familiares y sociales, estos últimos implicando otro factor más que es el de las creencias y percepciones (Aragón, S. et al. 2010; Azzolini, S. et al. 2011; Cruz, M. 2012; Durán, A. et al. 2010; Forero, A. et al. 2018; Hermoza, A. et al. 2017; Lancheros, L. y Bohórquez, A 2010; Méndez, S. et al, 2010; Montiel, M. y Domínguez, M. 2011; Sánchez, A. 2007; Téllez, I., y Guerra, A. 2016).

Con esta revisión se identificaron los factores que influyen en el trabajo en la adherencia o no a los tratamientos medicamentosos y no medicamentosos. Estos son, sin quedarnos ni descartar solo en lo sociodemográfico, la información que se le brinda a la persona con enfermedad, la forma en como aprende, interpreta y lleva a cabo la información que tiene respecto a su enfermedad; el apoyo social, laboral y familiar real y percibido por la misma persona, sus experiencias y creencias; estos factores de acuerdo a lo revisado y por la naturaleza de su complejidad deben ser estudiados con una metodología amplia que permita hacer esta integración.

De acuerdo a lo detectado en la revisión la metodología más útil para ello es la que tiene un corte cualitativo, debido a que este permite la flexibilidad de abarcar cada aspecto sin discriminar uno de otro, es decir, no se estudiarían los factores aisladamente sino serían parte del todo para comprender íntegramente el fenómeno de la adherencia.

Cabe mencionar que la metodología utilizada es la investigación cualitativa, pues dentro de este trabajo se requiere profundizar e indagar aspectos subjetivos de la población en específico; además, esta metodología apoya no solo a abordar si se cumple o no la intervención y en quienes impacta más, sino que permitiría ir más allá observando el porqué, el cómo, es decir, profundizar más en el individuo más que en la herramienta que se le ofrece.

Sin embargo, esta revisión permitió observar indicadores a tomar en cuenta como lo son el aspecto social y familiar, el autocuidado, el empoderamiento y el

envejecimiento activo y saludable, que aparecen frecuentemente en las investigaciones abordadas, como pautas para que la capacitación sea más eficiente para obtener el éxito en ellas.

Planteamiento del problema

Existe un importante número de personas ancianas que presentan enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión arterial, las cuales generan daños a la salud (Aguilar, 2013; OMS, 2013; Secretaría de Salud, 2007). La ENSANUT (2012, cit. por Aguilar, 2013), refiere que del 2006 al 2012 la población adulta con diabetes tuvo un incremento del 7.3 al 9.2 %, lo que representa 6.4 millones de personas con esta enfermedad y que requieren de atención médica. A nivel nacional, se estima que la prevalencia de diabetes en la población mayor de 20 años fue de 10.6% en 2020, similar a la encontrada en 2018; el aumento en el periodo de 2012-2020 fue mayor en mujeres, quienes presentaron un porcentaje de 9.7 a 11.6%, mientras que, en los hombres, el aumento fue de 8.6 a 9.4% (ENSANUT, 2020). Además, se considera que todas las enfermedades crónicas aumentan con la edad, pero la magnitud es diferente. La diabetes e hipertensión aumentan de 1.9 y 2.5% en adultos menores de 40 años a 26.5 y 37.3% en adultos con 60 y más, respectivamente.

En esta cuestión, Durán, Carrasco y Araya (2012) mencionaron que la diabetes puede producir descompensación metabólica y con el paso del tiempo generar daños crónicos como neuropatía, retinopatía, nefropatía y enfermedades vasculares, además de que este sector poblacional tiene dos o tres veces más posibilidades de sufrir un infarto al miocardio y/o un accidente vascular.

En México los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) están concentrados de manera creciente en las personas viejas y se deben sobre todo a las enfermedades crónicas, teniendo como resultado que el 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y de ellos 53% se concentran en personas mayores de 65 años (OMS, 2013; SESA, 2007).

En tal sentido, es importante comprender los factores asociados a la prevalencia de las enfermedades en esta población, para así proponer acciones pertinentes que posibiliten disminuir las enfermedades crónicas y avanzar en los procesos de bienestar y calidad de vida en las personas mayores.

Existe un importante número de personas ancianas que presentan enfermedades crónicas, particularmente diabetes e hipertensión arterial, las cuales generan daños a la salud (Aguilar, 2013; OMS, 2013; Secretaría de Salud, 2007; Durán, Carrasco y Araya, 2012). Se pueden analizar el origen de estas enfermedades desde diferentes visiones de la salud (Libertad, 2003; OMS, 2013; Ríos, 2011).

Las personas ancianas que presentan enfermedades crónicas no siempre tienen un proceso de adherencia al tratamiento del médico, particularmente en el ajuste de la dieta, algunos factores son el aspecto económico, el significado de la comida, el contexto social y los cambios físicos propios del envejecimiento (Barrera y Osorio, 2007; Domínguez, 2017; De la cruz, Vargas, Ledezma, Holguín, Martínez, y Fragoso, 2013; Ramírez, Anlehu y Rodríguez, 2020; Méndez, Becerril, Morales y Pérez, 2010; Castro, 2007).

Dadas las evidencias respecto a los factores de adherencia a la dieta de las personas con enfermedades crónicas, interesa hacer un seguimiento con personas ancianas con enfermedades crónicas que experimentaron la intervención de la secretaría de Salud de Tlaxcala desde el área de Promoción de salud en el año 2019.

Interesa conocer si estos factores están cercanos a los factores económicos, a la degustación de la dieta en sí misma, a las implicaciones sociales que tiene el ajuste a la dieta e incluso, si se encuentran determinados por afinidad a algún paradigma de la salud, originado por el propio proceso de intervención de la SESAT o por otro proceso educativo. Es por ello que la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia a la dieta para el control de enfermedades crónicas en personas viejas de Tlaxcala?

Supuesto hipotético

Según la revisión teórica se hipotetiza que la falta o poca adherencia a la dieta tiene que ver con varios factores:

1. Que la dieta es solo una recomendación del médico, y no existe un seguimiento especializado por parte de nutriólogos y educadores físicos (Méndez, Becerril, Morales y Pérez, 2010).
2. Que se recomiendan estilos de vida que tienen una distancia con la lógica de salud de las personas que direccionan sus decisiones de vida (Domínguez, 2017; Castro, 2007).
3. Que al ser sólo recomendaciones, se desconoce el contexto social, económico e histórico de la persona, el cual es un determinante poderoso que obstaculiza el cambio de estilos de vida (Fraile, 2011; Méndez, Becerril, Morales del Pilar y Pérez, 2010; Castro, 2006).
4. La dieta que recomiendan es desagradable al gusto de la persona, quien tiene una historia propia de gustos o rechazos por ciertos alimentos; además, el estado nutritivo de la persona se ve afectado por factores físicos como las afecciones musculares y óseas, fallos en la visión y capacidad auditiva, entre otros (Barrera y Osorio, 2007; Domínguez, 2017; Castro, 2007).

Metodología de investigación

1.1 Metodología de investigación

La metodología tiene como propósito examinar, valorar, refutar o corroborar la eficacia de los métodos en los diferentes campos de conocimiento; su evaluación consiste en comprender la sustentación teórica y empírica del método, su rigor y calidad para generar conocimiento, su grado de coherencia, la certeza de sus leyes, entre otros aspectos (Aguilera, 2013).

Este trabajo estuvo diseñado a partir de la metodología cualitativa, pues esta produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, ya sea de manera verbal o escrita, y de su conducta, pues esta puede ser observable (Taylor y Bodgan, 1987:20).

Este tipo de metodología es de corte narrativo y detallado en la descripción y ayuda para conocer los problemas como las trayectorias de vida, la historia de grupos locales, la construcción de la propia identidad, etcétera (Plata, 2006: 218).

Así como afirma Hernández, Fernández y Baptista (1997), la investigación cualitativa permite desarrollar hipótesis durante todo el proceso de investigación, teniendo como eje principal la interpretación de los significados que cada persona le otorga a determinados fenómenos.

Es una vía por la cual se pudo obtener los resultados de manera profunda en cuanto a la subjetividad de las personas respecto a fenómenos determinados como sus propias enfermedades, además de que nos permite comprender y analizar el sentir y pensar de las personas desde su individualidad.

Quecedo y Castaño (2002) confirman que los investigadores entienden el contexto y a las personas bajo una perspectiva holística, teniendo en cuenta a las personas, lugares y grupos en específico como un todo; además, esta es flexible en cuanto al modo de conducir los estudios a tratar, se siguen lineamientos como pasos guías; existe una serie de pasos a seguir para poder llevar a cabo correctamente esta investigación; el primer paso es el marco teórico, para poder garantizar una relación constante y dinámica entre las preguntas de investigación y la recolección de los datos obtenidos; en segundo, es necesario determinar el propósito del estudio, aunque estos se pueden modificar durante el transcurso del trabajo.

Por ello, el método que se utilizó en este trabajo fue el paradigma interpretativo, puesto que, de acuerdo con Ricoy (2006) ve al sujeto como un individuo comunicativo que intercambia significados; entre ellos y el investigador se establece una comunicación bidireccional; los individuos construyen la acción interpretando la realidad en su conjunto de modo analítico-interpretativo.

Además de ello, Ricoy (cit. por Pérez) afirma que este paradigma intenta comprender la realidad, teniendo en cuenta que el conocimiento no es neutral, sino que es relativo a los significados de los sujetos en interacción mutua y tiene sentido en la cultura. Las técnicas de recolección de datos más comunes son la observación participativa, historias de vida, entrevistas, diarios, cuadernos de campo, estudio de caso, entre otros.

1.2 Objetivo General

Analizar los factores que influyen en la adherencia a la dieta para control de enfermedades crónicas en personas viejas de Tlaxcala.

1.3 Participantes

Se solicitó la participación de 3 personas viejas diabéticas o hipertensas, asistentes a grupos impartidos por la Secretaría de Salud del estado de Tlaxcala o hayan tomado pláticas por parte de algún especialista acerca de su enfermedad crónica.

La primera participante fue una mujer de 67 años de edad, pre diabética, vive con su esposo y su hijo, los cuales la apoya mucho moralmente y la alientan a que siga llevando buenos hábitos alimenticios, mismos que son proporcionados en el Grupo de Ayuda Mutua al que asiste, por parte de la Secretaría de Salud de Tlaxcala.

La siguiente participante fue una mujer de 72 años jubilada, enferma de hipertensión desde hace 13 años y considera tener el apoyo de sus hijos en circunstancias específicas, puesto que vive sola y es ella quien tiene que atenderse; atiende su enfermedad con medicamentos y cambio de hábitos alimenticios proporcionados por el ISSSTE, aunque esta última no la lleva a cabo tal y como se lo indican por factores que en apartados más adelante se detallan.

La última participante tenía 75 años, y está enferma de diabetes, misma que le ha propiciado afectaciones en los ojos, principalmente, sin embargo desde que sabe

que está enferma se ha atendido en el ISSSTE y en ocasiones asiste con médicos particulares para que le ayuden con el problema ocular. Su red de apoyo más cercana es la familiar, pues menciona que su hijo y familia viven con ella, siendo sus nietos los que más se preocupan por ella y su salud, pues están al pendiente de que consuma cosas saludables, con una cantidad moderada.

1.4 Técnicas

Dentro de este trabajo, se retoma la técnica de entrevista semiestructurada, con el fin de obtener información válida e importante que nos permita direccionar la investigación desde un punto amplio y subjetivo. En general, la entrevista es “una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar” (Díaz, Torruco, Martínez, y Varela, 2013: 163).

Además de ello, dichos autores describen que una entrevista semiestructurada o entrevista etnográfica es aquella que presenta un grado mayor de flexibilidad comparada con las estructuradas, puesto que parten de preguntas planteadas pero pueden ser ajustadas a los entrevistados, según sea el caso. Tiene el propósito de realizar un trabajo de campo para comprender la vida social y cultural del o los entrevistados, y esto se logra a través de interpretaciones subjetivas.

Se puede considerar como una conversación “amistosa” entre el entrevistado y el entrevistador, siendo este último alguien que escucha con atención, sin imponer interpretaciones ni respuestas, pero sí debe guiar la entrevista hacia los temas de interés. Para este tipo de entrevista, el entrevistador requiere tomar decisiones que implican alto grado de sensibilidad hacia el curso de la entrevista y al entrevistado, con una buena visión de lo que se ha dicho; es el mismo entrevistador quien debe estar alerta de su comportamiento no verbal y sus reacciones ante las respuestas, para no intimidar al entrevistado (Díaz, Torruco, Martínez, y Varela, 2013: 164).

1.5 Escenario

Las entrevistas semiestructuradas fueron referidas a 3 personas viejas con diabetes o hipertensión recurrentes a algún grupo de promoción de la salud impartido por la Secretaría de Salud del estado de Tlaxcala o que hayan tomado pláticas por parte de algún especialista acerca de su enfermedad crónica. El diseño de la misma fue acerca de las enfermedades crónicas que padecen las personas, sus redes de apoyo más cercanas y los hábitos de salud que tienen y han cambiado o no después de su enfermedad, con el propósito de analizar la información recabada y poder contrastar los resultados con investigaciones y estudios previos, luego verificar las hipótesis propuestas con anterioridad.

Previo a las entrevistas, se realizaron llamadas a las participantes invitándolas a compartir sus experiencias de vida antes y después de sus enfermedades, se leyó el consentimiento informado a cada una respectivamente. Una vez ello y aclarando las dudas que surgiendo acerca del trabajo en sí, las personas aceptaron su participación, donde se acordó el día y la hora en las que pudieran atender la llamada.

Ahora bien, dos de las entrevistas se llevaron a cabo mediante llamada telefónica, porque actualmente estamos viviendo una pandemia a nivel mundial, lo cual limita tener contacto físico y estar cerca de las personas, pero más las que están en proceso de envejecimiento o envejecidas, puesto que son el grupo más vulnerable a contagiarse de COVID-19. Sin embargo, la entrevista restante se trabajó en el comedor de la casa de la participante, utilizando como herramienta principal una grabadora de voz. Esta participante es habitante del municipio de Santa Cruz, Tlaxcala, y mencionó que de esa forma de entrevista ella se sentía más segura de que la información propiciada fuera utilizada profesionalmente; sin embargo, se tuvieron las medidas pertinentes para evitar contagio por alguna de las personas que estábamos en la casa.

1.6 Material e instrumentos

El material que se utilizó para el desarrollo de la técnica fue un guion de entrevista, el cual nos permite tener una base teórica y práctica acerca de los temas que son relevantes cuestionar, además de una grabadora de voz para asegurar que la información obtenida no se distorsionara al momento de las transcripciones.

Esta técnica es un proceso de comunicación que se realiza entre dos personas y la información obtenida es de manera directa, es una conversación formal, con una intencionalidad que tiene de forma implícita objetivos generales de una determinada investigación (Peláez, Rodríguez, Ramírez, Pérez, Vázquez y González, 2013).

Existen diferentes tipos de entrevista, sin embargo dentro de este trabajo se utilizó la entrevista semiestructura con un guion como eje sobre la alimentación, enfermedad y hábitos que tienen las personas participantes; dicho guion contó con preguntas abiertas, con el propósito de dar oportunidad a recibir diferentes matices de la respuesta, poder entrelazar los temas de interés y llegar a una conclusión más acertada a la realidad.

El guion de entrevista exploró los temas centrales de interés para el objeto de estudio, en este caso: los factores de adherencia a la dieta. Fue una guía no estructurada que se aplicó como una conversación con cada una de las mujeres envejecidas entrevistadas (Taylor, 2006). La lógica metodológica de Ulin et. al. (2016) fue la elegida para guiar la elaboración de la misma. A continuación se detallan las fases de diseño:

1. Análisis del estado del arte para identificar temas centrales. A partir del análisis del estado del arte se ubicaron los temas guía para realizar, analizando los factores de adherencia a la dieta.
2. Redacción de las preguntas clave a partir de los temas centrales. Se ubicaron los temas claves: enfermedades crónicas, comprensión de su enfermedad, adherencia a la dieta alimentaria y a partir de ahí se diseñaron las preguntas de corte abierto.

3. Determinar un orden y secuencia lógica de las preguntas. Se organizaron las preguntas por los subtemas elegidos permitiendo que tuvieran un orden natural de conversación.
4. Declaraciones de apertura y cierre. La declaración de apertura se refiere a informar acerca del proyecto mediante la lectura del consentimiento informado. Al finalizar se realiza una declaración de cierre en donde se agradece a los participantes su tiempo y accesibilidad para formar parte del proyecto de investigación.

Además, fue de gran utilidad utilizar el recurso de una grabadora para precisar las respuestas que se obtuvieron a partir de las entrevistas realizadas; permitió registrar con fidelidad las interacciones verbales dando la facilidad de prestar atención a la persona entrevistada (Varguillas y Ribot, 2007).

1.7 Diseño de estudio

El diseño de corte transversal parte de un estudio observacional, que suele tener como propósito describir y analizar ciertas situaciones de la vida cotidiana, se encarga de identificar la frecuencia de una condición en la población estudiada. La información de un estudio transversal se recolecta en el presente y a partir de características, conductas y experiencias pasadas de la persona estudiada, además de que se encargan de determinar las diferentes características y el desarrollo del diseño del estudio (Rodríguez y Mendivelso, 2018; García, 2014).

A su vez, Veiga, De la Fuente y Zimmermann (2008) establecen que en este caso, el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en específico dentro de un momento de corte en el tiempo, pero siempre referido a un momento concreto y siempre limitándose a describir uno o más sucesos sin intención de establecer relaciones causales con otro factores, es decir, se encargan de “dibujar” el fenómeno de una población y sus características más importantes, además de proporcionar datos sobre los que basar algunas hipótesis razonables.

También, la investigación se basó en el diseño de tipo fenomenológico, pues este se enfoca en las experiencias personales y subjetivas del participante, donde se logra responder cuestionamientos de carácter vivencial del individuo, grupo o comunidad. Se basa en el análisis de discursos y la búsqueda de sus significados, se contextualiza estas experiencias mediante la temporalidad, espacio, corporalidad y el contexto relacional (Salgado, 2007).

1.8 Procedimiento

Luego de haber planteado las investigaciones teóricas y el método por el cual se basa este trabajo, se procedió al diseño y aplicación de la técnica de la entrevista semiestructurada. La elaboración de la técnica fue basada en las investigaciones previas, y se tuvo en cuenta la posibilidad de que los participantes estuvieran haciendo alguna dieta, por ello algunas preguntas son de carácter abierto y permiten tener otro eje de resultados.

A través de un listado proporcionado por la Secretaría de Salud del estado de Tlaxcala y por invitación personal, se obtuvo el contacto de 3 personas viejas, enfermas de hipertensión arterial o diabetes, además que hayan tenido en algún momento de su enfermedad algún tipo de orientación al respecto, sin embargo, sólo se pudo tener la participación de una persona de la lista.

Posteriormente, se les hizo la invitación a las personas de la comunidad que cumplieran con dichos requisitos, en el cual se logró tener la participación de dos personas más, pudiendo completar con el universo del trabajo.

Previamente a comenzar con las entrevistas, se hizo lectura del consentimiento informado (ver anexo), donde se les comentó y detalló el objetivo principal de la investigación así como la importancia de su participación en el mismo; las participantes no tuvieron ningún inconveniente y ellas fueron quienes decidieron la fecha y horario para poder realizar el trabajo. Una vez lo anterior, las entrevistas se realizaron vía llamada y una presencial, puesto que dos de las tres personas no

tuvieron inconveniente en que fuera por otro medio como la llamada, pero ello no impidió obtener valiosa información acerca de la vida de las personas en torno a su enfermedad y alimentación.

Resultados

La ENSANUT (2012) externa que en la población general de adultos mayores en un rango de 50 a 59 años de edad han mostrado un incremento significativo en cuanto a los diagnósticos positivos de diabetes, y para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres, con 2.2% de diferencia, acentuándose en el grupo de 70 a 79 años. Siendo ello un claro ejemplo de que nuestro país atraviesa por una transición que va en aumento respecto al sobrepeso y obesidad, donde las principales zonas afectadas son la urbanas y rurales, en todas las edades.

Bajo las investigaciones realizadas a lo largo de este trabajo, a continuación se detalla el análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas a mujeres viejas de alguna enfermedad crónica degenerativa, en particular diabetes e hipertensión, misma entrevista que se desarrolló bajo los principios propuestos por Ulin, Robinson y Tolley (2006), donde indican que se debe tomar en cuenta que, en ocasiones, las personas difieren en sus experiencias e interpretaciones de la realidad y la forma en que los participantes definen una situación tal vez no refleje las ideas del investigador.

Existe una serie de pasos que nos pueden orientar en la manera de realizar y analizar estudios cualitativos, tal como la lectura de cada grupo de notas o transcripciones, con el propósito de familiarizarse con el contenido; el siguiente paso se refiere a la codificación o identificación de los temas que surgen durante el análisis de la investigación, pues los códigos en la transcripción ayudan a hacer más fácil y exacto el análisis, tomando en cuenta que resulta incorrecto establecer demasiadas distinciones o códigos e incluir forzosamente nuevos resultados dentro

de estos códigos, pues no permiten que el análisis pueda extenderse hacia nuevas direcciones.

Continuando, la formulación de hipótesis, cuestionamiento y verificación se caracteriza porque el investigador es donde se cuestiona, interpreta respuestas y elabora explicaciones teóricas, además trata de rechazar o no las conclusiones. En cuanto a la reducción de los datos consiste en el proceso de expurgar la información obtenida, con el fin de visibilizar los conceptos y relaciones más esenciales, además de tener una idea de los datos y saber distinguir los temas centrales de los secundarios.

La interpretación es el siguiente paso que enlistan estos autores, el cual se basa en tres cuestiones: cómo obtener el significado de los datos cualitativos, cómo asegurar que la interpretación es confiable y cómo interpretar los datos del estudio. El investigador debe volver a evaluar el primer análisis, buscar factores que favorezcan a los resultados, usar su propio criterio y presentar el proceso para un escrutinio externo; los resultados del estudio nos dirigen a una confirmación de un modelo, límites más claros o a otro modelo o teoría (Ulin, Robinson y Tolley, 2006).

Resulta importante retomar que no se puede comprender un fenómeno fuera de su contexto, es decir, el entorno físico donde se manifiesta un comportamiento, el clima histórico, social y político. Por otro lado, existen características que hay que notar al analizar fragmentos de las entrevistas, tales como el contenido del mensaje y las actitudes valoradas del hablante hacia el mensaje, por ejemplo.

Con lo anterior como base, se analizaron los fragmentos de las tres entrevistas realizadas, tomando en cuenta el guión de la entrevista semi estructurada y las citas de investigaciones elaboradas en el estado del arte, para después agruparlas por tema y categorización.

Los resultados que se encontraron en esta investigación permitieron determinar desde la entrevista categorías y subcategorías de análisis en las que se encuentran características significativas de la información compartida por las participantes, las cuales se sintetizaron hasta encontrar tres grandes categorías:

1. Apoyo social: Familia
2. Asesoría nutricional: Cambio de hábitos alimentarios
3. Adquisición de herramientas para la salud: Adaptación

1.1 Apoyo social: Familia

Diversos artículos afirman que el apoyo social puede favorecer a la adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de autocuidado; la familia cumple un papel en el apoyo instrumental de las personas mayores, el esposo y los hijos son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados. La percepción de apoyo social, familiar y laboral, contribuye en una adherencia a los tratamientos más amplia debido a que los pacientes con diabetes tipo II cumplen sus correspondientes requisitos de autocuidado. En conjunción, la percepción del estado de salud con todo lo que implica (personalidad, actitudes, creencias) pueden complementar el peso que tienen las redes de apoyo en mejorar la calidad de vida (Azzollini, S, et al. 2011; Merodio, Rivas y Martínez 2015)

Tal es el caso de Susana, donde una parte de la entrevista comparte que la adherencia a la dieta que le proporcionaron en la Secretaría de Salud del estado de Tlaxcala, fue favorable puesto que desde el principio obtuvo buena respuesta de su red más cercana: esposo e hijo:

Mi marido siempre me ha dicho “si tú me dices que las verduras son buenas, pues adelante, no te voy a decir que no”, porque antes mi marido era de que era carne roja, era pollo, o sea... toda su familia, desde que yo me casé, que yo me acuerde, siempre era carne, carne, carne... Carne roja, sobre todo. Entonces, uno se da cuenta de que sí es buena, pero hasta qué punto es buena para tu salud y hasta qué punto es mala para tu salud; de hecho, he aprendido que la carne es buena, es muy buena, pero siempre y cuando también con medidas, porque a veces sí como que abusamos y es cuando... como que no es tan buena para el organismo, pero sí lo llegamos para consumir, de vez en cuando, vuelvo a repetir: todo con medida, pues todo está bien, también. Pero él jamás me ha dicho “ya no quiero tus verduras...”, o sea, no, al contrario, siempre me dice “entre me des verduras, yo siempre estoy contento” (Información

recuperada en la entrevista realizada a la señora Susana por medio de llamada el día 29 de abril de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Sin embargo, dentro de otras investigaciones se identificó que algo que dificulta la adherencia del paciente diabético a su dieta es que tanto el paciente como su familia aún no tienen conocimientos básicos de la enfermedad, como el cuidado, lo cual genera que la familia ni la persona enferma no se adapte al tratamiento dietético. En este punto, se señala también el importante significado que tienen las tradiciones, costumbres y en general la cultura en sus hábitos, ya que representan un pilar importante al hacerlos partícipes ayudaría a conocer la importancia que tienen las actividades de prevención que se fomentan en el centro de salud (Cruz, 2012; Méndez, et al. 2010).

En el caso de la señora Guadalupe, menciona que su familia, en específico sus nietos, la cuidan en el sentido de que le compran alimentos especiales o le limitan la cantidad de comida que ingiere, pues recientemente le diagnosticaron diabetes; al haber asistido, en su momento, con la nutrióloga y no hacerle caso a sus indicaciones, son sus nietos y ella misma quienes administran su cantidad de ingesta:

Mi nieto el grande sí me cuida, eh. Ese me compra mi azúcar, la esa que se llama Stevia; me compra mi azúcar, o luego me dice “no comas mucho, abuelita”, o luego “nada más un tantito de...” por decir, luego nos lleva helado, pues un helado nada más (risas), no dos helados... Y yo tampoco soy muy afecta a que me comas dos helados” (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Guadalupe, por medio de llamada el día 18 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Primero fue la nutrióloga, pero no le hice caso. Entonces, pues todo lo que yo he dejado de comer ha sido porque mis nietos me dicen que me hacen daño o yo solita, me doy cuenta que no me siento bien y mejor lo dejo, como el café que te digo que me quitaba el sueño (risas)” (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Guadalupe, por medio de llamada el día 18 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Al igual que el caso pasado, la señora Andrea relata que cuando se enteró que tenía hipertensión y les comentó a sus hijos, ellos no le dijeron algo relevante, al contrario,

la noticia fue como cualquier otra; sin embargo, recibe el apoyo de sus hijos de la manera en que alguno de ellos es el que pasa por sus medicamentos o la visitan de vez en cuando:

Pues, no me dijeron nada (risas). Nada más “cuídate”, si acaso, pero no me dijeron algo como “mamá...”. Lo que sí me dijeron es que dejara de comer, que le bajara a las gordas, porque si me comía yo como 6 tortillas y ahorita pues ya nada más me como 3 tortillas (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Andrea, en el comedor de su casa el día 9 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

... toda mi vida fue trabajar... mi familia pues no resintió nada de mi enfermedad, porque como cada quien vive a parte, viven en su casa... Sí me vienen a visitar, pero no es lo mismo. Solamente hay un hijo y una hija que son quienes más van por el medicamento controlado... (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Andrea, en el comedor de su casa el día 9 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Con que me traigan mis medicamentos y venga a verme de vez en cuando, yo digo que así, porque también cada hijo tiene su familia y también tienen sus deberes. Solamente que fueran, este... Que vivieran cerca, pues sí estaría bien, pero lejos; mi hija vive como a tres horas de aquí, la otra hasta Loma verde, el otro vive acá cerca y el otro vive cerca de San Miguel. Entonces, son diferentes lugares y pues no los puedes tener... Y el que vive aquí en la casa, pues trabaja, y con su esposa no cuento porque tiene sus cosas qué hacer (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Andrea, en el comedor de su casa el día 9 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

En este apartado, se observa que la familia nuclear juega un papel importante para la vida de la persona vieja que padece alguna enfermedad crónica puesto que en estos casos, son los hijos y nietos quienes están al pendiente de ir por los medicamentos, de que la persona cumpla en cierta medida la dieta recomendada o simplemente le realizan constantes visitas para verificar que se encuentre bien, aunque este apoyo sea intermitente puesto que en la situación de una participante sus hijos no viven con ella, lo que restringe de cierta manera la atención hacia su familiar.

Factores como la familia junto con el económico sugieren elementos a considerar para fortalecer los comportamientos de adherencia terapéutica, como se puede percatar con las participantes; si la familia ni el paciente no tienen los conocimientos básicos de la enfermedad, es difícil que el paciente se adhiera a su dieta, sin dejar de lado el peso que tienen las tradiciones y costumbres donde estas personas se desarrollan diariamente (Montiel y Domínguez, 2011; Cruz, 2012; Méndez, et al. 2010).

Entonces, se señala que la capacitación acerca de la promoción de la salud, particularmente de la adherencia a la dieta, debe considerar el fortalecimiento del apoyo social (familia, amigos, comunidad) y el análisis de las tradiciones y costumbres de las personas, y en general la cultura en sus hábitos personales y familiares que representa un pilar importante, hacerlos partícipes ayudaría a conocer la importancia que tienen las actividades de prevención que se fomentan en el centro de salud (Méndez, S. et al. 2010).

La capacitación de las personas y sus familiares, acerca de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2017) permite a las personas que pueden entender desde otra perspectiva lo que sucede en su salud y la importancia que tiene el cambio adecuado de los hábitos de alimentación.

1.2 Asesoría nutricional: Cambio de hábitos alimentarios

En esta categoría destaca que las participantes hacen un esfuerzo por modificar sus hábitos alimentarios pues ya son conscientes de los efectos negativos de su alimentación. Esta conciencia surge a partir de la presencia de las consecuencias en su salud. Para la promoción de la salud individual es muy importante realizar modificaciones en la dieta, el consumo de alimentos específicos y el mantenimiento de un peso óptimo para obtener de esta manera un estilo de vida más saludable (Durán, et al. 2010).

La señora Andrea y Guadalupe son personas que atienden su enfermedad desde la alimentación, pero ellas mismas son las que deciden qué comer, en qué momento y la cantidad:

De primero, yo comía porque te da hambre, pero ahorita tengo como unos dos o tres meses que me empecé a sentir más diferente, no sé por qué, pero... Sí como, pero ya no como antes. Ya es un poco menos la comida; ahorita lo que me estoy tomando es un licuado de chía con linaza, y le pongo una manzana, le pongo avena y lo muelo, ahora, si tengo fruta pues la mitad de un plátano, y si no, pues sólo la manzana; lo que hace ese licuado es que me quita el hambre, ya no como ni almuerzo como antes... Ahora, hasta las 12:00-1:00 de tarde ya es a comer, y como ahorita la otra comidita, ya si me llega a dar hambre, pues un té o un café, pero sin azúcar ni nada de nada (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Andrea, en el comedor de su casa el día 9 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Me quitaron las salchichas, el jamón, el queso... Cualquier queso, pero el que sí puedo comer es el panela, o en su defecto, el queso gruyere... O sea, el único queso que puedo yo comer es el panela y el otro que es como cottage con frutita, pero pues por aquí no se vende eso, solamente en el centro comercial (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Andrea, en el comedor de su casa el día 9 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

¿Así que no quiero cuidarme? Pues, casi no he hecho dietas. Trato de no comer cosas dulces, ni dulces como; aquí tengo muchos dulces, pero me llego a comer como dos dulcecitos, pero de vez en cuando porque ya no soy muy afecta y también porque sé que eso también me hace daño (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Guadalupe, por medio de llamada el día 18 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Molina y Cano (2015) confirman la necesidad de la reconfiguración de los procesos educativos que se encaminen a la modificación del estilo de vida en pacientes que padecen diabetes. La información no solo requiere sea proporcionada correctamente, ya que la adherencia al tratamiento depende también en gran medida a la actitud de los mismos pacientes y del seguimiento de la capacitación.

Lancheros y Bohórquez (2010) indican que llevar un plan de alimentación en la vida diaria es complejo y requiere un entrenamiento continuo, asimismo, es la intervención educativa intensiva la cual logra mejorar el nivel de adherencia.

En este sentido, la señora Susana afirma que atiende a los cuidados proporcionados por la Secretaría de Salud de Tlaxcala sobre sus alimentos, además de participar en los monitoreos que se realizan en el grupo al que asiste:

Yo estoy también de teniendo cuidados sobre mis alimentos, de que no sean grasas, de que no sean harinas; la harina lo menos posible que sea, siempre que sean más verduras... y pues ¿qué más le puedo decir, señorita? Vuelvo a repetirle y de hecho el monitoreo que cada mes tenemos para eso es exactamente: para la diabetes, para la hipertensión, para saber si ya subieron de peso... por eso los nutriólogos que siempre están con los grupos GAM, son de esa manera los atienden, siempre están al pendiente de ellos... para mí que ese es su trabajo, de que estén siempre pendientes del grupo. Es lo que yo he visto, señorita, hasta ahorita (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Susana, por medio de llamada el día 29 de abril de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Parecido al caso anterior, la señora Andrea y Susana comparten lo siguiente, respecto a lo que el médico le llegó a comentar y la actitud que tuvieron acerca de su cambio de hábitos:

Lo que me ha dicho el doctor es que ya es cosa mía de echarle las ganas, no comer mucho, de no mal pasarme en los horarios de la comida, de hacer ejercicio, peo como ya ando bien mala de mis piernas, pues sí, cuando me canso me paro y camino y luego me vuelvo a sentar, me vuelvo a parar, porque ya no estoy bien de las piernas... Ya no es fácil (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Andrea, en el comedor de su casa el día 9 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Ya sé que me lo dicen de buena voluntad para mi salud, pero yo ya he tratado de ya no echarle mucho, pues lo normal. O sea, pues si yo vivo sola y me quiero parar, tengo que echarle las ganas, porque ahora ¿quién?, antes me ayudaba Martín, mi nieto; mi nieto me ayudaba a levantarme, pero ahora ya Martín se fue con sus abuelitos, ya tiene como cuatro meses que se fue, entonces era él quien me ayudaba a levantarme, me

ayudaba a sentarme, y ahora pues ya no. Ahora, para bañarme, pues de momento pues si me costaba trabajo, pero apenas esta semana me compraron una silla de baño y ya me la acomodaron y ya está bien (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Andrea, en el comedor de su casa el día 9 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Desde que me dijeron que no al azúcar, bueno, pues tengo cuidado de que no sea azúcar; a lo mejor un cafecito sin azúcar, a lo mejor si quiero pan pues, a lo mejor por antojo, digo pues un pedazo de pan solamente, pero así que diga que me gusta el café muy dulce o me gusta el pan dulce, no... o sea, que de hecho, pues sí me gusta, pero trato de que no... de que no entre en mi dieta, es en lo menos posible el pan... vuelvo a repetirlo, y las sopas de harinas también que sean lo menos posible, siempre tiene que ser pura verdura (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Susana, por medio de llamada el día 29 de abril de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Tal como lo describe (Castro, 2007) la dieta se puede entender como un ideal casi imposible de realizar, puesto que es rigurosa y sigue un plan estandarizado; esto resulta ser algo contradictorio, puesto que los participantes afirman que las dietas son “buenas” y que el personal encargado realiza correctamente su trabajo, sin embargo, es complicado seguir las indicaciones para la dieta. En este caso la dieta se vive como una imposición física-corporal, familiar y económica a la cual las participantes aunque se esfuerzan por seguirla, existen limitaciones para seguirla.

Esta situación se relaciona con lo encontrado por Méndez, et al. (2010) quienes recuperaron que la capacitación acerca de la alimentación favorece que las mujeres adultas mayores sean conscientes de la importancia de evitar el consumo de azúcar, así como de las opciones de alimentos saludables que tienen en su región. Sin embargo, ellas tienden a consumir los alimentos que tienen más al alcance en su entorno inmediato y que pueda ser adquirido por su economía, aunque posean un alto contenido calórico.

Resulta entonces de suma dificultad modificar los hábitos alimentarios, pues aunque la personas tengan la disposición y los conocimientos, la combinación entre limitada economía y la poca disponibilidad inmediata de los alimentos más apropiados, genera que las personas mayores continúen con su consumo habitual de alimentos.

Se destaca entonces, la existencia de determinantes sociales de la salud que deben ser incluidos en la misma, como la facilidad para tener acceso a los alimentos, la economía, los hábitos y tradiciones alimentarias comunitarios, la funcionalidad en el movimiento y desplazamiento de las personas para de manera autónoma lograr adquirir los alimentos recomendados y el apoyo de las redes de apoyo cercanas.

Entonces, el proceso de capacitación acerca de hábitos alimentarios en la promoción de salud, debe considerar estos elementos contextuales, de lo contrario se convierten en obstáculos para alcanzar una alimentación apropiada a sus necesidades y en consecuencia mejorar la salud. Se deben enriquecer los procesos educativos incluyendo la comprensión de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2017), en donde también se tomen en cuenta las actitudes y maneras de afrontar la enfermedad de los pacientes y su familia (Molina y Cano, 2015).

Un reto es que el personal de salud que desarrolla las estrategia en la prevención, control y mejora de la salud de las personas, logre comunicar las dimensiones de la salud a la población, para que ellas sean conscientes que no toda la salud se alcanza por decisión y esfuerzo personal, también están implicados los cambios en otras dimensiones, como el fortalecimiento de redes sociales de apoyo, la responsabilidad de los distintos niveles de gobierno y de las empresas privadas para favorecer el comercio y acercamiento al público de alimentos saludables, los procesos educativos al generar pensamientos críticos hacia las prácticas alimentarias poco saludables, la mejora de la economía de la ciudadanía cuando existen mejores oportunidades laborales dentro de su comunidad, por mencionar algunas.

La misma ciudadanía al estar informada y capacitada de otros procesos implicados en la salud, podrían demandar y proponer cambios en su comunidad, en su forma de organización familiar, económica y social, y entonces avanzar de solo ubicar a la salud como un esfuerzo individual a generar acciones de salud comunitaria.

1.3 Adquisición de herramientas para la salud: Adaptación

Se considera importante ejercer las herramientas necesarias con el fin de mejorar la salud y tener la oportunidad de llevar a cabo un mayor control sobre la misma. Se necesita que el sujeto o grupo sea capaz de identificar y accionar sobre sus propias aspiraciones, además de satisfacer sus necesidades y adaptarse a un ambiente que está en constante cambio, esto con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social adecuado; la información constituye otro factor importante para la adherencia o no al tratamiento y dieta (Carta de Ottawa, 1986; Lancheros y Bohorquez, 2010).

Dado lo anterior, resulta importante lo que nos comparte la señora Susana acerca de su estado de salud antes de entrar a un grupo comunitario y cómo es que cambió sus hábitos de alimentación, gracias al apoyo social que adquirió gracias a sus compañeros:

Cuando yo llegué a este grupo GAM estaba yo sí tenía un poco más de peso del normal, pero luego al grupo y que me dicen que tengo a lo mejor cinco kilos de más y esos cinco kilos de más son de acuerdo a mi edad y de acuerdo a mi estatura, hay que bajar esos kilitos porque no son buenos ahí; entonces, vuelvo a repetirle, ahí me quedo (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Susana, por medio de llamada el día 29 de abril de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Yo creo que si uno se dedicara más a la verdura, pues yo digo que es más sana y como que es menos gasto. Pero bueno, vuelvo a repetir: aquí, yo creo, que de vez en cuando – como usted me lo acaba de decir- de vez en cuando hay que darse un gustito... Pues los gastos son gastos; vuelvo a repetirle: yo creo que la verdura es lo más importante en nuestro organismo, porque es bien para nuestra salud, acuérdesese que hay uno dicho

por ahí que dice “Que tu alimento sea tu medicamento y que tu medicamento sea tu alimento” y ¿qué quiere decir esto? Pues yo me imagino, señorita, que es por el contenido que contiene las verduras (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Susana, por medio de llamada el día 29 de abril de 2021, en el estado de Tlaxcala).

El comentario anterior apunta hacia la conciencia que la participante ha generado acerca de cuidar los grupos alimenticios que consume. En cuanto a la adhesión al tratamiento se destacó que existen prácticas de autocuidado a las que más se apegan los participantes, por ejemplo: evitar el consumo de azúcar, así como consumir frutas y verduras (Azzollini, et al. 2011).

Me dio gusto compartir lo que yo he aprendido, de qué manera vivía antes y ahora, más que nada, de qué manera es mi alimentación; yo creo que, si usted se da cuenta, como que sí hay un cambio ahí. Entonces, para mí, estoy bien, me siento bien, y pues doy gracias a todos los jóvenes nutriólogos que llegaban ahí con nosotros; venían cada año, nos cambiaban la nutrióloga o nutriólogo, pero he aprendido mucho de ellos, y es para nuestro bien, siempre y cuando nosotros lo tomemos así (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Susana, por medio de llamada el día 29 de abril de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Por el contrario, la señora Andrea platica su experiencia al adquirir una dieta y el por qué dejó de hacerla, pues considera que su salud empeoró:

La dieta que me dieron era de 1500 calorías, pero pues no la llevé a cabo porque cuando yo hago dieta que me mandan en el doctor y cuando las he hecho me pongo mal, me da nervios, me da por llorar, me desespero... Me pongo mal, me siento mal, por eso es que dije “no la voy a hacer, mejor yo voy a quitar poco a poquito de lo que yo sé que me hace daño”, y ya. De que estoy gordita, pues sí estoy gordita, pero me refiero que ya, con la dieta que yo hacía, una vez la hice como me lo mandó... No, me sentía yo muy desesperada y con ganas de llorar, me sentía muy mal y dije “ay, no, yo voy a volver a hacer mi comida y comer como yo comía”, pero ahora no. Me he metido en YouTube y es donde he sacado licuados, ensaladas y eso pues, por decir, esta ensalada es de verdura y nada más la lavo, no le pongo ni sal ni... Nada, y así la meto al microondas y en cinco minutos ya está la verdura, y estos son especiales para microondas; ahora, si

quiero meter aquí arriba un pedazo de pollo, un como bistec, se lo acomodo aquí y lo meto con todo y todo y en siete minutos está todo cocido, y ya no gasto ni en el aceite ni gasto nada, porque ya sale todo en vapor (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Andrea, en el comedor de su casa el día 9 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

En este sentido, la señora Guadalupe habla desde su experiencia y comparte lo importante de atender su enfermedad, desde diferentes medios:

Fue la primera vez cuando fui al centro de salud... Y ahorita me estoy tratando en una clínica que no me acuerdo dónde está, pero ahí es donde me están haciendo el tratamiento de las cataratas (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Guadalupe, por medio de llamada el día 18 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Yo ya no puedo caminar tan bien, así bien pues no, porque me he caído y me he lastimado en mis piernas y brazos, más en los brazos; pero en todo lo demás, pues te lo hago (risas), poquito pero hago las cosas (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Guadalupe, por medio de llamada el día 18 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

Yo digo que sí escuchen al doctor, pero también uno hace por no comer lo que no debemos, como todos los dulces, el refresco... Yo ya no tomo refresco, te tomo pero nada más tantito y ya... que esté yo tome y tome pues no, sólo es tantito; así uno vive mejor, porque ves que muchas personas no entienden ni se cuidan, y el chiste es también cuidarse, porque si no te cuidas rápido te vas (risas) (Información recuperada en la entrevista realizada a la señora Guadalupe, por medio de llamada el día 18 de junio de 2021, en el estado de Tlaxcala).

El testimonio anterior es un ejemplo del cambio de actividades, pues ante una dieta desajustada a su perfil y hábitos, toma decisiones de buscar información de dietas por otros medios y seguir comiendo sano, convirtiendo lo anterior a actividades ajustadas, donde son las personas enfermas quienes se dan cuenta de la problemática, lo que da pie a realizar adaptaciones en cuanto a su vida diaria, lo que les permite continuar activo, autónomos e independientes (Aldana, Fonseca y

García, 2018), además les permite instaurar relaciones sociales mediante la actividad o los grupos de ayuda mutua.

Entonces, más que indicar una dieta estricta, la cual con frecuencia el enfermo no realiza, es fundamental señalar normas dietéticas comprensibles y con posibilidades de ser cumplidas, cercanas al patrón alimentario habitual, compatibles con sus ingresos económicos y otras limitaciones. El tratamiento de este tipo de enfermedades resulta ser complejo, pues sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión, destreza y motivación con el cual el paciente afronta las exigencias terapéuticas (De la Paz, Proenza, Gallardo, Fernández y Mompié, 2012).

En esta categoría se observa que la asesoría nutricional obtenida por algunas de las participantes dentro de los GAM favoreció la adquisición de conocimientos de la alimentación y actividad física. La asistencia al programa colaboró en impulsar la adquisición de conciencia acerca de los alimentos saludables de los no saludables, llegando a transformar la dieta que se elige elaborar y consumir en la vida cotidiana.

La información no solo requiere que sea proporcionada correctamente, ya que la adherencia al tratamiento depende también en gran medida a la actitud, a los mismos pacientes. Como se destaca en el estudio de Téllez, I., y Guerra, A. (2016) si bien es muy importante el papel que asume el individuo afectado, la aceptación de su enfermedad y los conflictos afectivos que le genera, se deben tomar en cuenta sus actitudes y creencias ya que influyen en llevar a cabo las medidas terapéuticas, y el correcto manejo del conocimiento de ellas ayuda a la mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento.

La población que considera tener un entorno adecuado de relaciones sociales, genera seguridad, afirmación, validación y estímulo, lo cual se refleja en una adecuada salud física y mental satisfactoria. Estos son los medios de los cuales obtienen el apoyo necesario en la cotidianidad y en las situaciones difíciles de la vida. Por ello, contribuir a que el medio en el que se mueve el adulto mayor represente un factor de protección, contribuye a los comportamientos adecuados

necesarios para el cuidado en la enfermedad, por ejemplo, la toma de medicamentos y la buena alimentación (Aragón, et. al. 2010).

En otra de las participantes destaca que la dieta que se le propone seguir es lejana no es personalizada, lo cual genera rechazo a la misma, por los malestares que provoca. Entonces se muestra la importancia de que las dietas consideren las diferencias de cada una de las personas, máxime que con el envejecimiento se amplían, por las implicaciones multidimensionales en las distintas dimensiones de desarrollo: físico, emocional, social, cultural, ideológico (Mendoza, 2015).

Resulta necesario que todos los profesionales de la salud, busquen alternativas en conjunto donde motivan a las personas a generar actividades de vida saludables, como son el ejercicio físico y el cuidado de la alimentación, tomando siempre en cuenta las condiciones de cada persona, y que logren transmitir la importancia y los beneficios que pueda llegar a tener esta práctica (Durán, A. et al, 2010; Rovira et al. 2021). Es uno de los retos de los profesionales de la salud.

También se muestran acciones autónomas de búsqueda de información que les permita enriquecer la dieta y mejorarla. La búsqueda de información por internet aparece como una posibilidad de autoaprendizaje con información más digerible para mejorar sus hábitos alimentarios. Ello muestra evidencia de la actividad ajustada (Aldana, Fonseca y García, 2018) que las personas desarrollan, pues sus limitaciones respecto a la comprensión de las dietas, las buscan superar acercándose a un medio en donde pueden tener información útil acerca de acciones para el cuidado de su salud. Minimizan los impedimentos.

Discusión

En esta investigación se pretendió analizar los factores que influyen en la adherencia a la dieta para control de enfermedades crónicas en personas viejas de Tlaxcala. A partir de entrevistas semiestructuradas, se logró obtener información de relatos de mujeres ancianas que viven con una enfermedad crónica y han recibido algún tipo de asesoría nutricional, donde los resultados permitieron generar un vínculo con ciertos modelos de adherencia a la dieta que se mencionaron anteriormente. Además, esta información se organizó en tres categorías de análisis que permitió alcanzar el objetivo de la investigación.

Primeramente, se puede mencionar que dentro de los modelos de adherencia a la dieta, los resultados obtenidos de las entrevistas corresponden al modelo de la autorregulación, pues tiene como propósito mantener la importancia de la conceptualización que tenga una persona sobre un riesgo para su salud o enfermedad; las ideas que tienen los pacientes acerca de las enfermedades que padecen y sobre el tratamiento de las mismas encaminan su toma de decisiones acerca de la misma problemática (OMS, 2004).

Tal es el caso de las mujeres entrevistadas, al relatar que su cambio de hábitos fue a partir de las experiencias que tuvieron o tienen con la enfermedad que padecen, y lo que las llevó a tomar acciones en pro a su vida y a la de sus redes de apoyo más cercanas, como la familiar.

En cuanto a las categorías, la primera se ubica en que la asesoría nutricional obtenida por parte de las mujeres envejecidas dentro de los GAM de Tlaxcala, favoreció la adquisición de conocimientos de la alimentación y actividad física. La asistencia al programa colaboró en impulsar la adquisición de conciencia acerca de los alimentos saludables de los no saludables, llegando a transformar parte de la dieta que las participantes eligen elaborar y consumir en la vida cotidiana.

El trabajo de asesoría nutricional de parte de médicos y nutriólogos que consultaron a las entrevistadas se centró en los llamados hábitos personales de salud (Fernández, Thielmann, Bormey, 2012).

De parte de las entrevistadas destaca un esfuerzo individual constante por seguir las recomendaciones alimentarias de los profesionales de la salud y generar acciones de autocuidado, la cual es una de las variables para lograr adherencia a la dieta, pero no lo única (Azzollini, S. et al. 2011), como son prescribir comidas especiales ni formas de preparación diferentes a las habituales (Cruz, M 2012).

Sin embargo, dentro de los factores de adherencia, se ubica que la familia nuclear juega un papel importante para la vida de la persona vieja que padece alguna enfermedad crónica, puesto que son su principal red de apoyo. Factores como la capacitación a la familia acerca de hábitos saludables, así como las posibilidades de inversión económica que tenga la familia para lograr financiar los alimentos apropiados, sugieren elementos a considerar para fortalecer los comportamientos de adherencia terapéutica. Si existe desconocimiento por parte de la familia y la persona con enfermedad crónica acerca de la enfermedad y de las implicaciones de la alimentación, es difícil que el paciente se adhiera a su dieta (Montiel y Domínguez, 2011; Cruz, 2012; Méndez, et al. 2010). Asimismo, si las personas no cuentan con los recursos económicos para adquirir los alimentos sugeridos por los profesionales de la salud, existe una limitación mayor para lograr adherirse a la dieta.

Por ello, la capacitación acerca de la promoción de la salud particularmente de la adherencia a la dieta, debe considerar el fortalecimiento del apoyo social (familia, amigos, comunidad) así como el análisis de las tradiciones y costumbres de las personas y de los determinantes sociales de la salud (Cruz, 2012, Méndez, et al. 2010; OMS, 2017), incluyendo los de origen económico y contextual.

Además, se muestra la importancia de que las dietas consideren las diferencias de cada una de las personas, máxime que con el envejecimiento se amplían, por las implicaciones multidimensionales en las distintas áreas de desarrollo: físico, emocional, social, cultural, ideológico (Mendoza, 2015).

Resulta necesario que todos los profesionales de la salud, busquen alternativas en conjunto donde motiven a las personas a generar actividades de vida saludables,

como son el ejercicio físico y el cuidado de la alimentación, tomando siempre en cuenta las condiciones específicas de cada persona y que logren transmitir la importancia y los beneficios que pueda llegar a tener esta práctica (Durán, A. et al, 2010; Rovira et al. 2021). Es uno de los retos de los profesionales de la salud.

Dentro de los discursos, también existe evidencia de la actividad ajustada (Aldana, Fonseca y García, 2018), donde se recuperan discursos respecto a estrategias de búsqueda de información para lograr la comprensión y cumplimiento ideal de las dietas, buscan acercarse a la búsqueda de información por el internet, como una posibilidad de autoaprendizaje con información más digerible para mejorar sus hábitos alimentarios.

Lo anterior permite pensar en enriquecer los procesos educativos, sería importante explorar las variantes de nuevas tecnologías, como una posibilidad de capacitación acerca de la promoción de la salud dirigida a personas envejecidas. Asimismo, se debe incluir la comprensión de los determinantes sociales de la salud, en donde también se tomen en cuenta las actitudes y maneras de afrontar la enfermedad de los pacientes y su familia (Molina y Cano, 2015).

Un gran reto es que el personal de salud que desarrolla las estrategia en la prevención, control y mejora de la salud de las personas, logre comunicar los determinantes sociales de la salud (OMS, 2017) a la población, para que sean conscientes que, aunque es importante la decisión, el esfuerzo personal, las actitudes y maneras de afrontar la enfermedad crónica (Molina y Cano, 2015).

También la salud se encuentra determinada por otras dimensiones y entornos, como el fortalecimiento de redes sociales de apoyo, la responsabilidad de los distintos niveles de gobierno y de las empresas privadas para favorecer el comercio y acercamiento al público de alimentos saludables, los procesos educativos al generar pensamientos críticos hacia las prácticas alimentarias poco saludables, la mejora de la economía de la ciudadanía cuando existen mejores oportunidades laborales dentro de su comunidad, entre otros. La misma ciudadanía al estar informada y capacitada de otros procesos implicados en la salud, podrían demandar

y proponer cambios en como son la formación de los profesionales, los contratos a los proveedores de servicios, la organización de los servicios y entonces avanzar de solo ubicar a la salud como un esfuerzo individual a generar acciones de salud comunitaria (Pasarín, Forcada, Montaner, De Peray y Gofin, 2010).

Conclusiones

Al analizar los factores que influyen en la adherencia a la dieta para control de enfermedades crónicas en personas viejas de Tlaxcala, se encontró que la asesoría nutricional favoreció la adquisición de conocimientos de la alimentación apropiada a la enfermedad crónica de las mujeres ancianas entrevistadas. Ello permitió que se incrementara el esfuerzo individual por seguir las recomendaciones alimentarias de los profesionales de la salud.

Sin embargo, el trabajo de asesoría nutricional de parte de médicos y nutriólogos que consultaron las entrevistadas se centró en los llamados hábitos personales de salud, ubicando como secundarios otros factores importantes para la adherencia como son los determinantes sociales.

Se encontró que uno de los factores de adherencia es el conocimiento que se tenga de la enfermedad crónica, tanto por parte de las personas que viven con la enfermedad, como por parte de sus familiares cercanos. Es en el núcleo familiar en donde se toman decisiones acerca de las propuestas de ingesta o no de ciertos alimentos. Por lo tanto, muchas veces el desconocimiento acerca de la importancia del cuidado del consumo de ciertos alimentos para el control de la enfermedad, genera que la familia misma sea quien provoque el descontrol de la dieta al convidar alimentos distintos a los propuestos, pero cercanos a su bolsillo y a sus creencias de alimentos que signifiquen cercanía emocional y cuidado del otro.

Otro factor de adherencia a la dieta es la conciencia que obtuvieron de cuidar su salud después de enterarse que estaban enfermas. Este fue un determinante importante para que decidieran mejorar su alimentación por su propia cuenta y con

información básica que adquirieron en diversos lugares; se deben tomar en cuenta sus actitudes y creencias ya que influyen en llevar a cabo las orientaciones nutricionales, y el correcto manejo del conocimiento de ellas ayuda a la mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento.

También se ubica a los recursos económicos como un factor que limita la adherencia para adquirir los alimentos sugeridos por los profesionales de la salud, aunque exista la voluntad de seguir las recomendaciones del profesional de la salud, la economía determina el tipo de alimentos que se adquieren y consumen en la vida diaria.

Otro factor que impide la adherencia es la falta de personalización de la dieta, puesto que las dietas son recomendaciones generales para la enfermedad y no consideran las diferencias de trayectoria de vida y contexto de cada una de las personas, que además en el envejecimiento se amplían. Entonces, las personas optan por no adherirse a la dieta o por hacerle variaciones, pues los efectos de la misma pueden causarles malestar físico y emocional, por lo que las dietas las van adaptando a sus creencias y saberes cotidianos.

La actividad ajustada está presente en las mujeres envejecidas, pues algunas de ellas buscan superar sus limitaciones de la comprensión de las dietas, por medio del uso de los medios electrónicos a su alcance como es el internet. El uso de las nuevas tecnologías surge como un factor que podría posibilitar la adherencia a las dietas, el cual sería importante explorarlo.

Así como esta estrategia, también sería relevante investigar otras acciones que realicen las personas mayores en donde lleven a cabo la actividad ajustada y ello les permita acercarse a lograr del cuidado de su salud.

Se concluye la importancia de enriquecer los procesos de asesoría nutricional, en donde se consideren además de los hábitos saludables individuales, la comprensión y la inclusión de otros determinantes sociales de la salud (OMS, 2017). La

adherencia a las dietas debe considerar que, aunque es importante la decisión, el esfuerzo personal, las actitudes y maneras de afrontar la enfermedad crónica (Molina y Cano, 2015), también la salud se encuentra determinada por otras dimensiones, como son la capacitación de la familia acerca de la enfermedad, la responsabilidad de los distintos niveles de gobierno y de las empresas privadas para favorecer el comercio y acercamiento al público de alimentos saludables, los procesos educativos al generar pensamientos críticos hacia las prácticas alimentarias poco saludables, la mejora de la economía de la ciudadanía cuando existen mejores oportunidades laborales dentro de su comunidad, entre otros.

Asimismo, una línea de investigación posterior es profundizar el análisis de los programas de salud, particularmente en las acciones acerca de la comprensión e intervención en los determinantes sociales de la salud. Ello permitirá comprender las acciones macrosociales en el área de la salud, para observar el impacto de las mismas en la transformación o limitación de los entornos en que viven las personas.

Es importante continuar fortaleciendo el área educativa respecto a los hábitos personales de vida y su relación con la salud, no sólo en la población envejecida, sino en toda la población. Ello permitirá que la consciencia personal se fortalezca y sea un factor que permita la adherencia a las dietas en todas las edades.

Un reto también es la formación de personal de la salud que tenga una visión multidimensional de la salud y de la vejez, que pueda generar procesos de investigación en las poblaciones, las cuales les permitan generar acciones de intervención apropiadas a las necesidades y conocimientos de los grupos de personas. Si las personas están informadas pueden tomar mejores decisiones personales y comenzar procesos de organización comunitaria que favorezca la salud colectiva. La Licenciatura en Desarrollo Comunitario para el Envejecimiento se posiciona como una posibilidad de formación de recursos humanos con esta visión de la salud.

Una de las principales limitaciones que se presentó al inicio de esta investigación fue la búsqueda y aceptación de las personas a participar en el trabajo, pues la

mayoría que cumplía con los requisitos solicitados mostró una apatía y desinterés sobre el tema, además de que algunos consideraban poco seguro el brindar datos personales por teléfono, pues por motivos de contingencia sanitaria del COVID-19 que atraviesa la gran parte del mundo, se imposibilitó el contacto con las personas en vivo.

Finalmente se logró conseguir la participación de tres personas, quienes accedieron y fueron flexibles al momento de realizar la entrevista. Dos de las entrevistas de este trabajo tuvieron que ser realizadas por vía telefónica, lo cual limitó el clima de confianza y cercanía. Con una de las participantes se realizó en persona, teniendo que implementar las medidas sanitarias necesarias para evitar algún contagio, lo cual también generó una barrera en la confianza y comunicación.

De igual manera, es importante tener en cuenta todos los puntos de vista en torno a la vida del enfermo y su familia, con el propósito de dirigir la atención a sus prácticas cotidianas, puesto que son ellos los principales afectados de la enfermedad y, en ocasiones, son invisibilizados al momento de buscar alternativas de solución. Es importante retomar las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en el adulto mayor, buscando lograr un envejecimiento exitoso, activo y satisfactorio para la persona; estas deben ser abordadas considerando el escenario macrosocial, microsocia, e individual.

Es pertinente entender las actitudes y emociones de la persona vieja enferma, pues en el caso de las entrevistas realizadas se destacó que la consciencia que obtienen acerca del cambio que tuvieron que hacer después de saber que estaban enfermas fue un determinante importante para que decidieran mejorar su alimentación por su propia cuenta y con información básica que adquirieron en diversos lugares; se deben tomar en cuenta sus actitudes y creencias ya que influyen en llevar a cabo las medidas terapéuticas, y el correcto manejo del conocimiento de ellas ayuda a la mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento.

Se considera necesario realizar evaluaciones adecuadas que nos permitan conocer su alimentación de forma integral, con el propósito de detectar a tiempo deficiencias

alimentarias que afectan directamente el estado de salud y, donde se puedan planificar y desarrollar programas de intervención adaptado a las necesidades de la población, con el fin de mejorar su salud y su calidad de vida, siendo estos programas de la salud el eje principal del entendimiento de la enfermedad, en la intervención terapéutica, permitiendo el fortalecimiento de los aspectos sociales y culturales favoreciendo la superación de aquellas enfermedades que afectan los estados homeostasis (Téllez y Guerra, 2016; Zaragoza et al. 2015; Villada, 2013).

Además, se debe dar de manera eficaz y accesible a la persona vieja las pautas necesarias para ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla, intentando mantener en todo momento su autonomía, su calidad de vida y, donde se respeten sus valores, ideas, cultura y demás determinantes que pueden favorecer o no la adhesión a tratamientos y demás estrategias para mejorar la vida de la persona y su entorno más cercano.

Adicionalmente, fomentar programas dirigidos a los familiares, con el fin de contribuir al cuidado del adulto mayor y a suplir de manera eficaz y pertinente los cuidados que requiera, también hay que proporcionar información, comunicación y educación a las personas en relación con las necesidades específicas de esta etapa, para contribuir al bienestar físico y emocional, adecuando la participación de la familia, los amigos y quienes componen la red social del paciente (Durán, et al. 2010).

Por último, es importante prestar atención al desarrollo e implementación de programas y grupos de ayuda mutua, en el que las personas puedan desarrollar habilidades y adecuadas actitudes para la adherencia al tratamiento de alimentación y otros factores de salud, en el cual no se deje de lado las costumbres, tradiciones y hábitos de las personas, pero también de su red familiar más cercana. Se requiere establecer estrategias para prevenir la aparición o disminuir la complicación de las enfermedades, y deben trabajarse en las diversas etapas del ser humano; se debe incorporar un estilo de vida saludable y una mejor comprensión de lo que es envejecer para cada persona, que permitan la adaptación a esta etapa y que mejoren, por ende, las condiciones de vida en ellas.

Referencias Bibliográficas

Aguilar, C. (2013). Comentarios a la ENSANUT 2012. *Salud Pública de México*, 55. Recuperado de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5134>

Aguilera, R. (2013). Identidad y diferenciación entre método y metodología. *Estudios políticos (México)*, 28, 81-103. Recuperado en 29 de diciembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162013000100005&lng=es&tlng=es

Aldana, G., Fonseca, C., y García, L. (2018). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*, 14(4), 1067-1079. Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art37/index.html>

Aliaga, E., Cuba, S. y Mar, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, X. Recuperado de: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2143>

Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y políticas de salud*, 8 (17), pp. 69-79. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>

Aragón, S. F., Rivera, D. C., y Manrique-Anaya, Y. (2010). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. *Diversitas*, 16 (1), 55-64. doi: <https://doi.org/10.15332/22563067.5541>

Azzollini, S. C., Pupko, V. B., y Vidal, V. A. (2011). Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anuario de investigaciones*, 18, 323-330. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947034>

Ballesteros, F. (2009). Envejecer activo. Contribuciones de la psicología. *Pirámide*, 18 (1).

Barrera, J. y Osorio, S. (2007). Envejecimiento y nutrición. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 26 (1). Recuperado en 08 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000100008&lng=es&tlng=es

Bello, A. (2021). *Evaluación de adherencia a la dieta y el control de peso interdiálisis de paciente en hemodiálisis*. Tesis de Maestría en Enfermería. UNAM.

Brigeiro, M. (2005). Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y educación en Enfermería*, 23 (1): 102-109. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iei/iee/v23n1/v23n1a09.pdf>

Butler, R. (2000). Productive aging: live longer, work longer. Hannover, Alemania. Ponencia presentada en el Congreso Mundial sobre Medicina y Salud. Recuperado de: http://www.ilcusa.org/_lib/pdf/Productive_Aging.pdf

Caballero, J. (2010). Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología. Recuperado de:

<https://15f8034cdff6595cbfa11dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcb70/EnvejecimientoFisiologicoyPatologico.pdf>

Cardoso, M. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes: cultura, dieta y diabetes. *Cuicuilco*, 13 (37), 129-142. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35103707>

Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. (1986). Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud. Ottawa, Canadá. 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Castro, A. (2006). El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Salud pública y nutrición*, 7 (4). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2006/spn064d.pdf>

Castro, A. (2007). La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 19 (1), 26-33. Recuperado en 20 de Enero de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/142/14290105.pdf>

Chapela, M. (2008). *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*. Septiembre 28, 2020, de Digital repository. Recuperado de: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/163/

Choque, R. (2005). Comunicación y educación para la promoción de la salud. *Razón y palabra*. Recuperado de: <http://www.google.com.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

Consejo Nacional de Población. (2004). Envejecimiento de la población de México. *Reto del Siglo XXI*

De la Cruz, M., Vargas, J., Ledezma, E., Holguín, M., Martínez, A y Fragoso, L. (2013). Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad. *Revista Salud Pública*, 15 (3), 478-485.

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2 (7), 162-167. Recuperado en 6 de Noviembre de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3497/349733228009>

Domínguez, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico, antropológico y perspectiva de género. *Salud colectiva*, 13 (3).

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., González, A., y Molina, J. M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51 (1), 16-28. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018676003>

Durán, S., Carrasco, E., y Araya, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutrición hospitalaria*, 27 (4), 1031-1036

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2020). *Resultados nacionales*. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019. (2020). Resultados nacionales. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Fernández, R., Thielmann, K. y Bormey, M. (2012). Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista cubana de Salud Pública*, 38(3), 484-490.

Forero, A. Y., Hernández, J. A., Rodríguez, S. M., Romero, J. J., Morales, G. E., y Ramírez, G. Á. (2018). La alimentación para pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en tres hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Biomédica*, 38 (3), 355-362. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3816>

Fraile, M. (2011). Modelo biomédico y modelo biopsicosocial. Recuperado de: <https://ifdcsanluislu.infod.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSICOSOCIAL.pdf>

García, J. (2014). Diseño de estudios transversales. En *Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud*. México: McGraw-Hill.

Gobierno del estado de México. (2021). *Reporte. Diabetes mellitus*. Recuperado de https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/documentostec/reportes/Diabetes_mellitus.pdf

González, A. (S/f). Hipertensión en adultos mayores. *Sociedad mexicana para el estudio de la hipertensión arterial*. Recuperado de <http://www.sociedadmexicanadehipertension.mx/pdf/hiperadultos.pdf>

González-González, Orozco-Rocha, Arias-Soto, Carbajal-Santillán, Samper-Ternent, (2018). Envejecimiento y mortalidad: condiciones de salud, económicas y familiares en el último año de vida de las personas mayores en México, *Papeles de población*, 97, 43-62.

Guijarro, J. (1999). *Las enfermedades en la ancianidad*. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 22 (1), 85-94.

Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. El Colegio de la Frontera Norte. México

Hermoza Arámbulo, R. D., Matellini Mosca, B. M., Rosales Rojas, Á. J., y Noriega Ruiz, V. H. (2017). Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, Perú. *Revista Médica Herediana*, 28 (3), 150- 156. <https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.3181>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW – HILL.

Hernández, L. (2018). *Efecto de un programa de atención nutricional sobre la composición corporal y porcentaje de adecuación a la dieta en profesores con sobrepeso y obesidad del Instituto José María Morelos, Tlaxcala*. Tesis de Maestría en Nutrición Clínica. IBERO.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo de población y vivienda 2020*. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1° de octubre)*. Recuperado de: <https://www.google.com/url?q=https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladepre>

nsa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf&sa=D&source=docs&ust=1651183990020017&usg=AOvVaw3rEQXXAXsJASkpnw0WX9ok.

Lancheros Páez, L., y Bohórquez Poveda, A. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Diaeta (B. Aires)*, 17-23. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil583100>

Libertad, M. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso de salud-enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (3): 275-281.

MacGill, M. (2019). Todo lo que necesita saber sobre la hipertensión. *Medical News Today*. Recuperado de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/323994>.

Medwave. (2009). Diabetes mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnóstico. Recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/4315>.

Mejía, L. (2013). Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079783>

Méndez Salazar, V., Becerril Estrada, V., Morales del Pilar, M., y Pérez Ilagor, V. M. (2010). Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. *Ciencia y enfermería*, 16 (3), 103-109. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300011>

Merodio, Z., Rivas, V. y Martínez, A. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Revista sanitario*, 14

(1), 14-20. Recuperado en 29 de Diciembre de 2020, de <https://biblat.unam.mx/es/revista/horizonte-sanitario/articulo/percepcion-del-apoyo-familiar-y-dificultades-relacionadas-con-la-diabetes-en-el-adulto-mayor>.

Mendoza, V. (2015). Envejecimiento Humano: Un marco conceptual para la Intervención Comunitaria. En: Martínez, M. y Mendoza, V. Promoción de la Salud en la Mujer Adulta Mayor. México: UNAM.

Molina, E. A. C., y Cano, J. M. M. (2015). Comunicación educativa a pacientes con diabetes mellitus 2 y adherencia al tratamiento nutricional. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6 (2), 126-137. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5345470>

Montiel-Carbajal, M. M., y Domínguez-Guedea, M. (2011). Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/ Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1 (2), 7-8. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021986002>

Moragas, R. (1991). Salud y enfermedad. En Moragas, R (Ed.) *Gerontología social*, 54-58. Barcelona: Editorial Heder.

Muñoz, C. (2017). La terapia y la promoción de la salud emancipadora para personas mayores. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 17 (2). Recuperado de: <https://revistaestudiosarabes.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/48091/50631>

Norma Oficial Mexicana. (2001) Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. *UNINET*. Recuperado de <http://legismex.mty.itesm.mx/normas/ssa2/ssa2030.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Asamblea mundial de la salud*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84566/s7.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Década del envejecimiento saludable 2020-2030*. Recuperado de: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Detener-epidemia-mundial-EC-2006.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas*. Recuperado de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Diabetes*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Enfermedades crónicas*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (S/f). *Glosario de términos*. Recuperado de: <https://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. *Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial*. Recuperado en https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20afecta%20ya%20a,anualmente%20nueve%20millones%20de%20personas.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/82/es/>

Osornio, G. (2019). *Factores psicológicos que influyen en la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM.

Pagés, N. y Valverde, M. Isabel. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*, 59(4), 251-258. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251#:~:text=La%20adherencia%20al%20tratamiento%20es,patolog%C3%ADa%20o%20con%20el%20paciente.

Pasarín, M., Forcada, M., Montaner, I., De Peray, J. y Gofin, J. (2010). *Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública*. Informe SESPAS, 24 (Suppl 1): 23-27.

Peláez, A., Rodríguez, J., Ramírez, S., Pérez, L., Vázquez, A., y González, L. (2013). La entrevista. Recuperado de:

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49249014/LA_ENTREVISTA_pdf.pdf?1475267994=&responsecontentdisposition=inline%3B+filename%3DLA_ENTREVISTA_pdf.pdf&Expires=1615235464&Signature=GTpW8aFXCtzs9IFW79PM2cahv~8lgrP7qDu3lcyGkkyW3WVQvWJH2VINI3rHynRaQlqNxXMPBdgmHjIO1u8sK~GBgZKRy~HhZbU6mPIUI5tiTd44p6SeLQmRRfk9NA2GS31BCR6VPTQamuOHMox1h34GDnQEB7s~4bl19mlgrsJi1rJoYj5oRxYNiJEy0D73501ZMJFMJdajUhXMnChHIEyCZEBLYFOrz7zt3sPgAkikAU5X3u~XeUcBVwr5Mjwz6Ujp0ZrOPd5ilHpu~V0K2abds73kbONXT66nrMzBsy0XAKtlVTyhMNQFACK~50OaCO255OtNjc8pA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.

Piña, M., Araujo, G. y Castillo, C. (2020). Hipertensión arterial un problema de salud pública en México. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado de: <https://www.insp.mx/avisos/5398-hipertension-arterial-problema-salud-publica.html#sup1>.

Plata, J. (2006). Investigación cualitativa y cuantitativa: una revisión del qué y el cómo para acumular conocimiento sobre lo social. *Universitas Humanistica*. 64: 215-226.

Quecedo, R. y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14:7.

Ramírez, M., Anlehu, A. y Rodríguez, A. (2020). Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Horizonte sanitario*, 18 (3)

Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista cubana de angiología y cirugía vascular*, 16 (2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006

Rice, C., Lockenhoff, C. y Carstensen, L. (2002). En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones

individuales y científicas del envejecimiento. *Revista latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2): 133-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534211.pdf>

Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação*, 31 (1), 11-22. Recuperado en 2 de Febrero de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>.

Ríos, I. (2011). Una reflexión acerca del modelo de investigación biomédica. *Salud Uninorte*, 27(2): 289-297

.

Rodríguez, M. y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Sanitas*, 21 (3): 141-146.

Rodríguez, M., Rentería, A. y García, J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa psicológica*, 10 (1), 92. Recuperado en 9 de noviembre de 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v10n1/a09.pdf>.

Rojas, E., Molina, R., y Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 10:7-12.

Rosa, Y; Libertad, M. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista cubana de medicina general integral*, 23 (1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000100005&script=sci_arttext&tlng=pt#cargo

Rovira, D., Tárraga, María., Romero, M., Madrona, F. y Tárraga, P. (2021). Análisis del efecto de la actividad física y adherencia a la dieta mediterránea en enfermedades crónicas. *Journal*, 6 (2).

Rp.salud. (2015). Males del siglo XXI: hipertensión arterial. Recuperado de https://www.rpsalud.com/blog/Males_del_siglo_XXI__Hipertension_Arterial.html.

Salazar, P., Rotta, A., y Otiniano, F. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. *Scielo*, 27, 60-66. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>.

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>

Salud Pública de México. (2013). Comentarios a la ENSANUT 2012. *Scielo*, 55, X. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0036-36342013000800035.

Sánchez, A. E. C. (2007). La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en salud*, 9 (1), 26-33. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290105>

Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>

Secretaría de Salud. (2008). Diabetes: Guía para pacientes. Recuperado de: <https://www.saludtlax.gob.mx/documentos/guiadiabetes.pdf>.

Secretaría de Salud. (2008). Hipertensión arterial: Guía para pacientes. Recuperado de: <https://www.saludtlax.gob.mx/documentos/guiahipertension.pdf>.

Secretaría de Salud de Tlaxcala. (2014). Diagnóstico de salud Tlaxcala 2014. Departamento de epidemiología. Recuperado de:

https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2016/04/diagnostico-de-saluddel-estado-de-tlaxcala_2014_regiones_2.pdf.

Secretaría de Salud de Tlaxcala. (2016). Estrategia estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes del estado de Tlaxcala. Recuperado de:

<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODTlaxcala.pdf>.

Secretaría de Salud. (2021). Misión y Visión. Recuperado de: <https://www.saludtlax.gob.mx/index.php/quienes-somos/mision-vision>.

Taylor, J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, 20.

Téllez, I., y Guerra, A. (2016). *Prácticas Culturales de Cuidado de los Diabéticos Trujillanos* (tesis doctoral en Enfermería, Salud y Cuidado Humano). Universidad de Carabobo Universidad de Carabobo.

Ulin, P., Robinson, E. y Tolley, E. (2006). Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf>.

Varguillas, C. y Ribot, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*, 13 (23), 249-262.

Veiga, J., De la Fuente, E. y Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54 (210), 81-88. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011

Anexos

1.1 Consentimientos informados

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, CAMPUS 3
 FES
ZARAGOZA

Licenciatura en Desarrollo Comunitario para el envejecimiento

Yo Susana Loaiza, de 67 años de edad, acepto de manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: Factores que influyen en la adherencia a la dieta para el control de ECD en personal vegetal de Tlaxcala, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aún cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva si lo considero pertinente; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Lugar _____ y
fecha: Santa Cruz, Tlaxcala
Nombre _____ y _____ firma _____ del _____ participante:
Susana Loaiza
Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento Karen García Cebado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, CAMPUS 3

Licenciatura en Desarrollo Comunitario para el envejecimiento



Yo LUISA RÍMIREZ BUENO, de 72 años de edad, acepto de manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: Factores que influyen en la adherencia a la dieta para el control de ECD, en personal vejal de Tlaxcala, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aún cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva si lo considero pertinente; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Lugar _____ y

fecha: Santa Cruz, Tlaxcala

Nombre LUISA RÍMIREZ BUENO y [Firma] firma del [Firma] participante:

Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento Rosa Karen García Cebada [Firma]



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, CAMPUS 3

Licenciatura en Desarrollo Comunitario para el envejecimiento



Yo Guadalupe Ramirez Bueno, de 75 años de edad, acepto de manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el de ECD en vejez en Tlaxcala proyecto de investigación denominado: Factores que influyen en la adherencia a la dieta para el control de ECD en vejez en Tlaxcala luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aún cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva si lo considero pertinente; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Lugar Santa Cruz, Tlaxcala y
fecha: Santa Cruz, Tlaxcala

Nombre Guadalupe Ramirez Bueno y Ramirez firma del participante:

Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento Rosa Karen Garcia Cebada

1.2 Guion semiestructurado de entrevista

“Factores que influyen en la adherencia a la dieta para el control de enfermedades crónicas en personas viejas de Tlaxcala”

Presentación de la entrevista semiestructurada

Nombre _____ del _____ investigador:

Nombre _____ del _____ participante:

Edad: _____

Ocupación: _____

Enfermedad crónica: _____

Buen día, mi nombre es Rosa Karen García Cebada, egresada de la licenciatura en Desarrollo Comunitario para el Envejecimiento de la UNAM. Me encuentro en el desarrollo de mi trabajo de tesis “Factores que influyen en la adherencia a la dieta para el control de enfermedades crónicas en personas viejas de Tlaxcala”, y parte de este es investigar acerca del tema de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, así como la dieta de las personas, sobre todo de las personas asistentes a los grupos de las clínicas de Tlaxcala o a pláticas informativas por parte de algún especialista respecto a estas enfermedades. Por ello, le proporciono un consentimiento informado, en el cual podrá leer con detenimiento los detalles y objetivos que tiene mi investigación, además de hacerle saber que los datos que me proporcione serán utilizados de manera estrictamente académica.

Buenos días, ¿cuál es su nombre? ¿Qué enfermedad es la que tiene?

Subtema. Enfermedades crónicas (EC)

1. ¿Me podría platicar acerca de su vida desde que tiene diabetes/ hipertensión arterial?
2. ¿Considera que la diabetes/ hipertensión arterial le afecta más en este momento de su vida que si se le hubiera detectado unos años más joven?
3. ¿Cuáles fueron los síntomas que hicieron que usted sospechara de padecer alguna enfermedad?se
4. ¿A dónde acudió para que le realizaran los exámenes y detectar su enfermedad?
5. ¿Antes de que se le diagnosticara diabetes/ hipertensión llegó a solicitar por algún medio información acerca de esta enfermedad?
6. ¿En algún momento, previo a esta circunstancia que ahora vive, le interesó sobre qué tipo de actividades propiciaban la aparición de la enfermedad?
7. ¿Qué hizo para ampliar su conocimiento?
8. ¿Las llevó a cabo actividades distintas?
9. Después de saber su enfermedad, ¿dónde se atendió la EC? ¿Qué pensó de la enfermedad?
10. ¿Qué fue lo primero que pensó cuando le dieron el diagnóstico de___?
11. ¿Qué sintió en ese momento?
12. ¿Me podría compartir una experiencia acerca de su vida desde que tiene diabetes/hipertensión arterial? **(EC)**
13. ¿Sigue pensando y sintiendo lo mismo actualmente?

14. ¿Qué ha cambiado?
15. ¿Cómo llegó a ese punto de cambio?
16. ¿Qué adaptaciones ha hecho a su vida desde que vive con la diabetes, en cuanto a su salud y alimentación?
17. ¿Cuáles son las actividades y dieta (si es que la realiza) que lleva a cabo desde que vive con la diabetes?
18. ¿Cómo se siente con los cambios que tiene su vida a partir de la diabetes?
19. ¿Qué reacción tuvo su familia ante su enfermedad?

Subtema. Modelos de Atención en Salud (MAS)

20. ¿Cómo conceptualiza su enfermedad?
21. ¿Para usted que es la salud?
22. Después de que comenzó a tener la enfermedad crónica, ¿por qué cree usted que se enfermó? ¿Cuál cree que fue la causa?
23. Platíqueme una anécdota de algún momento de su vida, en donde me pueda ejemplificar la causa de su enfermedad.
24. En la actualidad ¿De qué forma le han presentado en su institución de salud los temas relacionados su cuidado como persona que vive con diabetes/ hipertensión arterial?
25. ¿Qué tipo de actividades han sido más de su agrado para obtener la información de los temas relacionados a su enfermedad (videos, pláticas, material escrito, recomendaciones de del especialista, etc....)?
26. ¿Cuáles son las actividades que realiza desde que vive con la EC?

27. ¿Qué adaptaciones ha hecho a su vida desde que vive con la EC?

28. ¿Cómo se siente con los cambios que tiene su vida a partir de la EC?

Subtema 3. La adherencia a las dietas alimentarias en personas con enfermedades crónicas (ADAEC)

29. ¿En qué considera que la enfermedad le ha ayudado o afectado en su persona?

30. ¿Cómo influye su red familiar más cercana para que la persona con enfermedad crónica (EC) no lleven correctamente su dieta?

31. ¿Cómo considera que es su entorno, sus relaciones con sus familiares, amigos y gente cercana?

32. En general, ¿Cómo es su relación con sus hijos, pareja?

33. ¿Cómo es su relación con sus amistades o personas cercanas?

34. ¿Cómo es su relación con sus compañeros de trabajo?

35. ¿Qué pensó usted cuando le asesoraron acerca de hacer un cambio de dieta?

36. ¿Consideró hacer un cambio en su alimentación?

37. ¿Hizo cambio de alimentación?

RESPUESTA VARIABLE

38. **SI:** Cuénteme respecto al cambio de dieta que ha realizado

39. **NO:** ¿Por qué no ha considerado hacer la dieta? PROFUNDIZAR

40. **SI:** ¿En qué cree que ha modificado su vida después del cambio de alimentación?
41. Después de enterarse de su enfermedad, ¿cuál fue el rol que asumió dentro de su casa? ¿O considera que no hubo cambio? **(EC)**
42. **NO y SI:** ¿Cómo es que cambió la relación que tiene con su familia después de su enfermedad?
43. **SI:** ¿Cómo es que cambió la relación que tiene con su familia después de su cambio de dieta?
44. **NO:** ¿Cómo es que cambió la relación que tiene con su familia después de que le dieron la asesoría y no cambió su dieta?
45. **NO:** ¿Qué piensa su familia respecto a que usted no cambió de dieta?
46. **NO:** ¿Influyó su familia para que usted no cambiara de dieta? ¿Cómo influyó?
47. **SI/NO:** Considera que su familia lo apoya en su enfermedad y todo lo que conlleva
48. **SI/NO:** ¿De qué forma usted percibe ese apoyo?
49. **SI/NO:** ¿Su familia sabe los cuidados especiales que debe tener usted debido a su enfermedad?
50. **SI:** ¿Sus familiares también cambiaron su manera de alimentarse?
51. **SI:** ¿Cómo fue ese cambio en su familia?
52. **SI:** ¿Cómo considera que su familia (compañía) favorece o no a que usted lleve correctamente su dieta?
53. **SI:** ¿Su familia se ha apegado al plan?
54. **SI:** ¿En qué les ayuda y en qué no?

55. **SI:** ¿Usted cómo tomó el que su familia cambiara (o no) sus hábitos alimenticios?
56. **SI:** ¿Qué comentarios le han hecho su familia o amigos, más allá de su familia nuclear, de su dieta?
57. **SI:** ¿Si usted llega a asistir a una reunión en dónde sirvan alimentos, como le hace para apegarse a su plan alimenticio?
58. **SI:** ¿Qué tan comunes son las dietas en el lugar dónde vive?
59. **SI/ NO:** ¿Conoce personas cercanas que lleven cuidados especiales como un plan alimenticio?
60. **SI/NO:** ¿Considera tener fácil acceso a los alimentos que le sugirieron en su asesoría alimenticia?
61. **SI/NO:** ¿Cuáles alimentos no puede conseguir con facilidad?
62. **SI/NO:** Tiene la solvencia suficiente para seguir la dieta sugerida?
63. **NO:** ¿Qué otras opciones ha buscado en su alimentación? ¿Qué alimentos le sugirieron que no le fue posible comprar? Me puede poner ejemplos.
64. **SI:** ¿Qué ha hecho en lo económico para llevar a cabo la dieta?
65. **SI/NO:** ¿Qué porcentaje de sus ingresos está destinado a su alimentación?
66. **SI/NO:** ¿Considera que el plan alimenticio que le recomiendan se adapta a su presupuesto (semanal, quincenal, mensual) destinado para ello?
67. **SI/NO:** ¿Qué tanto se adapta su presupuesto (semanal, quincenal, mensual) en la compra de lo que le solicitan/solicitaron para su dieta?
68. ¿Me podría poner ejemplos de precios?
69. ¿Quién le prescribió una alimentación especial?
70. ¿Cómo es la dieta que le proporcionaron?

71. ¿Le gusta la dieta que le proporcionó el especialista? ¿Por qué?
72. ¿La lleva a cabo como le indicaron?
73. ¿La dieta que le proporcionaron cambia constantemente o es la misma desde que es tratado? Si cambia, ¿cuál es el cambio?
74. ¿Qué limitaciones encontró para poder realizar su dieta?
75. Por favor platíqueme ampliamente al respecto de algunas limitaciones como económicas, en cuestión de conseguir alimentos, no estaba acostumbrado al sabor, no conoce la formas de preparación, su dieta es muy estricta en horarios y alimentos, tiene alguna crítica en las formas de dirigirse a usted de la persona que le proporciona la dieta.
76. ¿Cómo superó o está superando esas limitaciones o considera que aún son un problema?
77. ¿Considera que desde que fue diagnosticado con diabetes/ hipertensión arterial a la actualidad se ha apegado más a los cuidados necesarios, en específico a la alimentación?
78. **SI:** Deme un ejemplo de si vida que muestre que se ha cuidado más en la alimentación
79. **NO:** Deme un ejemplo de si vida que muestre como es que no ha cuidado su alimentación
80. ¿En que cambiaron sus hábitos de salud (ejercicio, revisiones médicas, descanso, información de su salud, relaciones sociales) después de que se diagnostica con una EC, además de la cuestión alimenticia?
81. ¿Ha mejorado en algo?

82. Antes de la enfermedad, ¿con qué frecuencia consumía bebidas azucaradas (refrescos, jugos, polvos para agua) o alimentos procesados (papas, embutidos)?
83. ¿Con qué frecuencia los consume ahora?
84. **SI:** ¿Cómo vive este proceso de cambio de bebidas?
85. **NO:** ¿Por qué no ha disminuido su consumo?
86. **SI:** ¿En qué cree que le ha ayudado este cambio en su alimentación?
87. ¿Hoy cómo vive su enfermedad?
88. ¿En qué cambió su manera de ver la EC desde el inicio hasta la actualidad?
89. Finalmente, en general ¿me podría dar una reflexión o anécdota de lo que significa su enfermedad para usted y su familia?
90. ¿Algún consejo para las demás personas que padecen la misma enfermedad y tiene que reciben asesoría de alimentación, a partir de su experiencia?