

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICO-
DEGENERATIVAS DE RIESGO CORONARIO EN PERSONAS MAYORES ¿UNA
CUESTIÓN FAMILIAR?**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y
POLÍTICAS COMPARADAS EN BIENESTAR SOCIAL**

**PRESENTA
MC. BÁRBARA LIZETH CUEVAS MUÑÍZ**

ENERO DE 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICO-
DEGENERATIVAS DE RIESGO CORONARIO EN PERSONAS MAYORES ¿UNA
CUESTIÓN FAMILIAR?**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y
POLÍTICAS COMPARADAS EN BIENESTAR SOCIAL**

PRESENTA

MC. BÁRBARA LIZETH CUEVAS MUÑÍZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. SANDRA EMMA CARMONA VALDÉS

CO-DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ ALEJANDRO MEZA PALMEROS

ENERO DE 2021



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DE DESARROLLO HUMANO

FTSDH-D-ET-01

CARTA ACEPTACIÓN DE TESIS

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Doctorado de la

Mtra. Bárbara Lizeth Cuevas Muñiz

Hacen Constar que han evaluado la Tesis "La adherencia al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en personas mayores ¿una cuestión familiar?" y han dictaminado lo siguiente:

	APROBADA	RECHAZADA	DIFERIDA	FIRMA
Dra. Sandra Emma Carmona Valdés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. José Alejandro Meza Palmeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Sagrario Garay Villegas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Perla Vanessa De los Santos Amaya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Martha Leticia Cabello Garza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido Aprobar esta tesis y damos nuestro consentimiento para que sea sustentada en examen de grado del Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social.

Vo.Bo.

Dra. María Zúñiga Coronado
Subdirectora de Estudios de Posgrado
Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, UANL

San Nicolás de los Garza N.L. a 08 de Enero de 2021

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo otorgado para cursar mis estudios en el programa de Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas en Bienestar Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Al personal directivo y administrativo de la División de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano por el soporte brindado durante todos estos años.

A mi directora de tesis la Dra. Sandra Emma Carmona Valdés por su invaluable apoyo durante este proceso de formación académica. A mi co-director de tesis Dr. José Alejandro Meza Palmeros por sus valiosos consejos que enriquecieron el presente trabajo de investigación. A mis lectores de tesis Dra. Sagrario Villegas Garay, Dra. Perla Vanessa de los Santos Amaya y Dra. Martha Leticia Cabello Garza por sus valiosas aportaciones.

A mis maestras, maestros, compañeras y compañeros por las experiencias de aprendizaje de cada día.

A cada una de las mujeres adultas mayores por compartir sus experiencias de vida.

A mi hermosa familia por su apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida.

Con amor para Carlos Enrique y Diana Valentina.

RESUMEN

En la actualidad el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas es una problemática social en nuestro país. La diabetes mellitus se ha incrementado entre la población de personas adultas mayores lo que afecta no sólo a la persona, sino también a la familia. Existen estudios que muestran que esta enfermedad afecta principalmente a esa población vulnerable, porque a medida que avanzaba el proceso de envejecimiento en las personas ésta tiene un mayor impacto en su salud. Eso se fundamenta en las transformaciones metabólicas de la diabetes mellitus en los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, además de su conjugación con el desarrollo de las enfermedades propias de la etapa de vejez. Además, entre las consecuencias que viven las personas se pueden identificar: una muerte prematura que ocasiona un impacto social y económico en la familia, así como limitar las actividades de la vida diaria, familiares y sociales.

La falta de adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas puede provocar falta de control de la enfermedad por las interrupciones constantes en el proceso de curación parcial. Así como los cambios en el tratamiento original pueden generar que la persona que vive con la enfermedad consuma medicamentos más potentes o tóxicos para los órganos y sistemas del cuerpo. Lo que provoca efectos secundarios no esperados o desinterés por continuar el tratamiento. Con el tiempo esta enfermedad puede originar comorbilidades y en consecuencia que la persona requiera una atención y cuidado médico especializado a largo plazo. Provocando afectaciones a la enfermedad misma, además de la vulnerabilidad de las condiciones de salud, la dependencia, las consecuencias emocionales y en el gasto de bolsillo en salud. Es preciso mencionar que las mujeres adultas mayores son más propensas al desarrollo de comorbilidades asociadas, por la mayor exposición a factores de riesgo, que propician un envejecimiento patológico caracterizado como un gran deterioro de la salud.

Considerando esa situación es importante comprender los hábitos de salud en las mujeres adultas mayores en el tratamiento de la diabetes mellitus desde su experiencia de autocuidado para la salud. A partir de distinguir los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores. Así como examinar conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores en el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus. Además de contrastar conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social que intervienen en los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus en las mujeres adultas mayores durante la etapa de vejez. A su vez entender las implicaciones de los conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social en los hábitos de salud en las diversas etapas de vida de las mujeres adultas mayores para la adherencia al tratamiento, así como el control de la diabetes mellitus.

El presente trabajo de investigación tuvo como fundamento epistemológico el conocimiento de lo particular para comprender el fenómeno de estudio. Por lo tanto, el propósito fue comprender el proceso de la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus desde la experiencia del autocuidado para la salud. Se utilizó el muestreo intencional para la selección de las mujeres adultas mayores que participaron en el presente estudio. Con la intención de priorizar el análisis de los procesos subjetivos e intersubjetivos y no la representatividad de los resultados. Las estrategias que se emplearon en el presente trabajo de investigación fueron de carácter cualitativo con el propósito de analizar la experiencia del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores.

Por lo tanto, el estudio de las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores permitió identificar patrones en los hábitos de salud que proporcionaron una mayor comprensión de la diabetes mellitus como una problemática social. De esta forma, se construyeron patrones de los hábitos de salud familiares que tienen la particularidad de haberse construido en un contexto epidemiológico en donde los factores de riesgo de la enfermedad no eran del todo conocidos en esa época. Otros patrones fueron la aceptación de la diabetes mellitus como un evento cotidiano relativo a la calidad de vida del que surgen de diversos aprendizajes para mantener la salud, así como los eventos que mantienen la adherencia al tratamiento en el control de la diabetes mellitus.

En conclusión, son importantes los estudios de la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus en el grupo poblacional de las personas adultas mayores. Dado que el consumo de medicamentos es el principal hábito de salud que se practica mientras que la alimentación saludable y la actividad física se realizan en menor medida. Las principales contradicciones de la adherencia al tratamiento surgen de los aspectos culturales como son el uso de la medicina alternativa y los estereotipos y roles de género. El estudio de la adherencia al tratamiento lleva a reconocer que la familia juega un papel fundamental para la construcción y modificación de los hábitos de salud. La familia es el principal soporte del cuidado de la salud de las personas que viven con diabetes mellitus, por lo que es importante su integración en las estrategias del sector salud para mantener la adherencia al tratamiento de manera integral y que ésta no sea solamente una cuestión personal o familiar.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	v
RESUMEN.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	xi
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Factores de riesgo de la diabetes mellitus.....	1
1.2. Estilos de vida, hábitos de salud y autocuidado para la salud.....	3
1.3. La vida cotidiana.....	6
1.4. Antecedentes de la diabetes mellitus en México.....	8
1.5. Planteamiento del problema.....	16
1.5.1 Objetivo general.....	21
1.5.1.1. Objetivos específicos.....	21
1.6. Justificación.....	22
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	25
2.1. La atención de enfermedades y la atención y cuidado de la salud.....	25
2.1.1. Las enfermedades infecciosas y parasitarias.....	25
2.1.2. El proceso de industrialización y el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario.....	30
2.1.3. Las enfermedades crónico-degenerativas.....	34
2.2. La adherencia al tratamiento.....	41
2.2.1. Componentes de la adherencia al tratamiento.....	43
2.2.1.1. Componente personal.....	44
2.2.1.2. Componente relacional.....	45
2.2.1.2.1. Grupos de ayuda.....	47
2.2.1.2.2. Apoyo familiar.....	48
2.2.1.3. Componente comportamental.....	49
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	51
3.1. Selección de los participantes.....	51
3.2. Las estrategias para obtención de la información.....	52
3.3. El trabajo de campo y sus etapas.....	57
3.4. El tratamiento de la información y el proceso de interpretación.....	59
3.5. Validez y confiabilidad.....	60

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	61
4.1. La vida cotidiana de las mujeres adultas mayores.....	62
4.2. Desarrollo de la diabetes mellitus: factores de riesgo y hábitos de salud familiares en la niñez.	66
4.2.1. Antecedentes familiares.....	67
4.2.2. Sobrepeso y obesidad.	68
4.2.3. Sedentarismo.	72
4.2.4. Tabaquismo pasivo.	73
4.3. ¿Ahora cómo me cuido? Aceptando y aprendiendo de la diabetes mellitus.	74
4.3.1. Creencias sobre la diabetes mellitus.....	76
4.3.2. Aprendizajes sobre la diabetes mellitus.....	78
4.3.3. Consumo de medicamento.....	79
4.3.4. Consumo de alimentación saludable.	80
4.3.5. Práctica de actividad física o deporte.	81
4.4. Controlando la diabetes mellitus: hábitos de salud y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la etapa de vejez.....	83
4.4.1. Aprendizajes sobre la adherencia al tratamiento.	85
4.4.2. Consumo de medicamento.....	86
4.4.3. Consumo de alimentación saludable.	88
4.4.4. Práctica de actividad física o deporte en la vejez.	90
4.4.5. Modelo de Creencias en Salud: Barreras percibidas.	91
4.4.6. Modelo de Creencias en Salud: Conductas disponibles.	94
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	107
ANEXOS.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales características de la diabetes mellitus.	1
Tabla 2. Morbilidad por diabetes mellitus a nivel nacional y estatal. 1984, 1990, 2000, 2010 y 2018.	11
Tabla 3. Mortalidad por diabetes mellitus a nivel nacional y estatal. 2000 y 2010.	12
Tabla 4. Mortalidad por diabetes mellitus en personas adultas mayores a nivel nacional y estatal. 2010.	12
Tabla 5. Categoría y subcategorías para identificar los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en la etapa de niñez de las mujeres adultas mayores.	54
Tabla 6. Categoría y subcategorías para identificar temas de autocuidado para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la etapa adulta de las mujeres adultas mayores.	55
Tabla 7. Categoría y subcategorías para identificar los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la etapa de vejez de las mujeres adultas mayores.	55
Tabla 8. Ejemplo de categorías de hábitos de salud.	59
Tabla 9. Características de las mujeres adultas mayores entrevistadas.	63
Tabla 10. Factores de riesgo para la prevención y el control de la diabetes mellitus en mujeres adultas mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II.	63
Tabla 11. Control de la diabetes mellitus y comorbilidades asociadas en mujeres adultas mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II.	64

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Esquema rector de objetivos de investigación.....	22
Ilustración 2. Componentes de la adherencia al tratamiento	44
Ilustración 3. Guía de entrevista semi-estructurada.....	54
Ilustración 4. Características de los hogares.....	65
Ilustración 5. Áreas comunes de tránsito peatonal	65
Ilustración 6. Áreas recreativas y de actividad física	66
Ilustración 7. Desarrollo de la diabetes mellitus.....	67
Ilustración 8. Aceptando y aprendiendo de la diabetes mellitus	75
Ilustración 9. Controlando la diabetes mellitus	83
Ilustración 10. Consumo de medicamentos y remedios caseros	92
Ilustración 11. Consumo de alimentos	92
Ilustración 12. Práctica de actividad física	93

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

1.1. Factores de riesgo de la diabetes mellitus.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen diversas clasificaciones para categorizar a las enfermedades crónico-degenerativas. Una de las principales clasificaciones las divide en dos categorías: el cáncer (diversos tipos de tumores) y de riesgo coronario (OMS, 2003). Las denominadas de riesgo coronario se caracterizan, porque sus causas y tratamiento médico se asocian principalmente a la alimentación es decir a la nutrición y los hábitos de alimentación. Se ha determinado que algunas enfermedades de riesgo coronario son causadas por la alimentación. Mientras que en otras la alimentación contribuye en forma importante en su origen y en otras la relación con la alimentación se sospecha, pero no se ha comprobado (OMS, 2003).

En el caso de la diabetes mellitus, la alimentación contribuye en forma importante en su origen como resultado se ha estudiado a profundidad para su prevención y control. Esto ha llevado a definir claramente su origen, sus mecanismos de acción, los tipos que existen y sus comorbilidades asociadas todo eso para establecer con mayor precisión un tratamiento médico.

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta a diversos órganos y sistemas del cuerpo por la deficiencia en la producción o acción de la insulina. La deficiencia de esta hormona afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Existen diferentes tipos de diabetes mellitus. Las más conocidas son la diabetes mellitus tipo I (infantil), la diabetes mellitus tipo II (adulto) y diabetes mellitus gestacional (embarazo). A continuación, se muestra las principales características de esta enfermedad (véase tabla 1).

Tabla 1. Principales características de la diabetes mellitus

Nombre	Definición	Tipos	Comorbilidades asociadas
Diabetes mellitus	Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica por la deficiencia en la producción o acción de la insulina que afecta al metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.	Diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) o infantil (se diagnóstica en etapas tempranas de la vida) Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) (se diagnóstica en etapas tardías de la vida) Diabetes mellitus gestacional (se diagnóstica durante el embarazo) Otros tipos.	Glaucoma Neuropatía Pie diabético Nefropatía Dislipidemias Hipertensión arterial Hipoglucemia Depresión Trastornos cognitivos y de demencia Trastornos de la conducta alimentaria Otras.

Fuente: Elaboración propia con datos de las Normas Oficiales Mexicanas (DOF, 2012)(DOF, 2017) (DOF, 2018a).

La diabetes mellitus es una enfermedad muy compleja en la que intervienen diversos factores para su aparición. Estos factores de riesgo que favorecen su aparición circunscriben factores hereditarios, biológicos y socioculturales (DOF, 2018a; Mahan y Raymond, 2017). Los factores de riesgo hereditarios se refieren a la propensión hereditaria multigénica (diversos tipos de genes), que en la mayoría de los casos por sí sola no causa la enfermedad; pero si aumenta la probabilidad de su aparición al combinarse con la presencia de factores de riesgo socioculturales. En este sentido, los factores de riesgo genéticos se pueden identificar con la presencia de familiares de primer grado (padres, hijos y hermanos) que vivan con el diagnóstico de esta enfermedad.

Entre los factores de riesgo biológicos para desarrollar diabetes mellitus se destacan el peso al nacer, es decir, haber pesado menos de 2.5 kilogramos al nacer y ser mayor de 45 años de edad en ambos géneros. Asimismo, el género femenino conlleva a un mayor riesgo de padecer esa enfermedad de riesgo coronario, especialmente en aquellas mujeres que hayan presentado problemas hormonales o diversos embarazos. Los principales factores de riesgo en esas mujeres son antecedentes del síndrome de ovario poliquístico (numerosos tumores en el ovario), varios embarazos y partos. Además de que hayan padecido diabetes mellitus del tipo gestacional en un embarazo previo o haber vivido el nacimiento de un hijo no prematuro con peso igual o mayor de 4 kg, así como tener el antecedente de sufrir preeclampsia o eclampsia (alta presión arterial) durante el embarazo (DOF, 2018a).

Los factores de riesgos socioculturales o ambientales son diversos y complejos a causa de que involucran la interacción de procesos económicos, sociales, políticos, ambientales y culturales. En ese sentido, esos se relacionan a la inseguridad alimentaria, falta de acceso a la disponibilidad y compra de alimentos saludables. También a las creencias, así como de patrones de alimentación, entre otros aspectos de la cultura alimentaria que dan por resultado la adopción de hábitos de alimentación y de actividad física no saludables. Esos factores de riesgo se asocian al consumo excesivo de sodio, alcohol, además del tabaco en el caso de los hábitos de alimentación no saludables. A su vez a la falta de costumbre familiar para realizar actividad física o deporte, aunado a la ausencia de espacios públicos en los hábitos de la actividad física no saludables (DOF, 2018a; Granda et al., 2018; Urbina, 2014).

Asimismo, la conjugación de los factores de riesgos hereditarios, biológicos y socio-culturales (ambientales), originan factores de riesgo en el estado nutricional, especialmente el sobrepeso y la obesidad. Es decir que si esos persisten desde las etapas iniciales de la vida hasta la edad adulta o la vejez producen diabetes mellitus tipo II¹. En relación a la conjugación de los factores hereditarios, biológicos y socioculturales o ambientales se ha identificado que si ambos padres presentan obesidad existe más del 50% de probabilidad que los hijos padezcan obesidad también y que si ningún padre presenta obesidad esta probabilidad se reduce a menos del 10% (Martínez y Navarro, 2013). Asimismo, se ha detectado que los cambios de hábitos alimentarios a la hora de comer incrementan la probabilidad de desarrollar sobrepeso en los miembros de la familia (Martínez y Navarro, 2013).

En relación a los hábitos de actividad física, los factores de riesgos socioculturales y/o ambientales tienden a producir hábitos de actividad física no saludables. Manifestándose el sedentarismo que acelera el proceso metabólico del sobrepeso y obesidad en las personas

¹ Estos estados nutricionales se conceptualizan como el desequilibrio entre los alimentos consumidos y la actividad física que producen un aumento de masa corporal por la acumulación excesiva de grasa en forma de tejido adiposo (Mahan y Raymond, 2017).

(Granda et al., 2018)². Diversos estudios señalan que las actividades sedentarias en las etapas tempranas de la vida, además de influir en el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil, disminuyen las oportunidades para establecer contacto con el entorno que rodea a los menores reduciendo de esta forma el desarrollo de sus habilidades psicomotoras. Como se ha dicho eso especialmente cuando se ha detectado que en la actualidad los menores permanecen varias horas sentados frente a una pantalla de televisión, computadora, dispositivos móviles o tabletas electrónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) han detectado que en los últimos años la inactividad física es un factor de riesgo que origina hasta el 6% de las defunciones a nivel mundial (Cigarroa et al., 2016).

Asimismo, el tabaquismo pasivo ha tomado relevancia como un factor de riesgo sociocultural y/o ambiental en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo II (Lugones, 2006). Eso porque el consumo de tabaco se modifica la sensibilidad de los receptores de la insulina, además de aumentar las complicaciones vasculares de la diabetes mellitus (López, et al., 2017). Es preciso mencionar que el consumo de tabaco no era un problema de salud pública hasta que comenzó el proceso de industrialización que promovió la producción masiva para incentivar el consumo (Lanas y Serón, 2012).

La conjugación de los factores de riesgo hereditarios y biológicos de la diabetes mellitus, conceptualizados en la práctica clínica como antecedentes familiares se identifican a través de un monitoreo constante de las personas. Eso especialmente en aquellas catalogadas como grupo de alto riesgo (Romero, 2009). Al identificar los criterios mínimos de sobrepeso y obesidad a través de las mediciones antropométricas de peso, talla, circunferencia de cintura y cadera se busca prevenir nuevos casos (Mahan y Raymond, 2017). Al considerar los factores de riesgo en la diabetes mellitus se establece que el médico es el responsable del tratamiento médico integral. Así como los profesionales en rehabilitación, nutrición y psicología son soportes en ese tratamiento. Es decir que se va a requerir el consumo de medicamentos, una alimentación saludable, además de la práctica de actividad física o deporte para la modificación de los estilos de vida y hábitos de salud.

1.2. Estilos de vida, hábitos de salud y autocuidado para la salud.

El análisis sobre el estilo de vida tomó relevancia cuando se comenzaron a modificar las causas de morbilidad y mortalidad en la población general. Las enfermedades infecciosas o parasitarias obedecían a causas de un origen biológico que generalmente requerían un tratamiento médico por un breve periodo de tiempo. En cambio, las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario mostraron un mecanismo distintivo en las causas de la enfermedad. Eso porque se asoció a los estilos de vida de las personas y factores de riesgo hereditarios, biológicos y socioculturales. De este modo, los hábitos de salud de las personas incidían en el proceso de enfermedad determinando que en el tratamiento de ese tipo de enfermedades era necesario modificaciones en el estilo de vida (Guerrero y León, 2010).

² Las actividades sedentarias son consideradas la primera categoría de la clasificación de actividad física y debido a ello se recomiendan más de 150 minutos de actividad física de intensidad moderada o vigorosa por semana para conservar la salud (Cristi y et al., 2015).

El estilo de vida se describe como “el modo, forma y manera de vivir” (Perea, 2004, citado en Guerrero y León, 2010, p. 3) siendo éste un concepto integral que no se limita al análisis de un comportamiento particular, sino que también incluye examinar la manera en cómo la persona conoce, aprende y forma parte de la realidad social. Analizar el estilo de vida implica estudiar a la persona y su entorno porque la familia, la educación y la sociedad son elementos que la constituyen (Guerrero y León, 2010). Es decir, analizar en la práctica el estilo de vida conlleva a examinar el hábito que se conceptualiza como “esquemas de obrar, pensar, sentir asociados a la posición social” (Guerrero y León, 2010, p. 4).

De esta forma, el conjunto de hábitos refleja las decisiones individuales en aspectos de salud, alimentación, vestido, trabajo, entre otros aspectos. Al mismo tiempo que representan prácticas limitadas a las condiciones de vida que presenta la persona por la posición social a la que pertenece. Esto es que la posición social expone a las personas a diversos tipos de riesgo en los diferentes ámbitos de vida. Por consecuencia, el estilo de vida y los hábitos de salud son influenciados por diversos aspectos de la sociedad que exponen a las personas a múltiples factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades de acuerdo a la posición social.

La práctica diaria de una serie de hábitos personales permite examinar conocimientos y aprendizajes para formar parte de la realidad social. Entre los principales hábitos se encuentran la selección y preparación de alimentos, horarios de comidas, horas de descanso, recreación y sueño, el consumo de tabaco y alcohol, además de la práctica de actividad física o deporte, entre otros (Guerrero y León, 2010; Mahan y Raymond, 2017). Para Guerrero y León (2010) existen dos tipos de hábitos, aquellos que mantienen la salud (saludables) y aquellos que limitan, así como dañan la salud de las personas. Es decir, reducen la esperanza de vida (no saludables).

Así mismo se refiere a que los hábitos están estrechamente asociados a la salud, porque se vinculan al sistema de necesidades de salud. Eso para evitar que el proceso de enfermedad límite las capacidades de integración a la sociedad (Campos, 1992; Villegas y González, 2011). Por lo tanto, los hábitos de salud se construyen durante toda la vida de las personas en los diversos ámbitos de la vida. Principalmente en el familiar, así como en el laboral, escolar, recreativos, entre otros (Campos, 1992; Gonzalbo, 2006; Villegas y González, 2011). Por consecuencia, los hábitos de salud se vinculan a mitos y creencias acerca de lo que origina la salud y la enfermedad. Más aún es importante analizar eso para examinar prácticas alimentarias, políticas de salud, disponibilidad y acceso de alimentos, entre otros elementos (Campos, 1992; Junghans, Meza y Gómez, 2017; Salazar et al., 2018).

En este sentido, se reconoce que los hábitos de salud son fuertemente influenciados por aspectos educativos. Debido a eso los conocimientos y el aprendizaje del autocuidado para la salud se consideran importantes en la modificación de hábitos no saludables. Además de mantener la salud cuando las personas han sido diagnosticadas con una enfermedad crónica (Guerrero y León, 2010). En la diabetes mellitus el autocuidado para la salud implica un aprendizaje respecto a la importancia del consumo de medicamento, consumo de una alimentación saludable y práctica de actividad física o deporte para adoptar hábitos saludables, además de controlar la enfermedad (Mahan y Raymond, 2017). De este modo, el médico responsable debe proporcionar información sobre las precauciones sobre los medicamentos y la práctica de actividad física, ejercicio o deporte. También las recomendaciones alimentarias acorde a gustos y preferencias, a su vez a las etapas de vida de las personas (DOF, 2018a).

En relación al consumo de medicamento se recomiendan el consumo de anti glucémicos (metformina o derivados) o insulina inyectable para controlar los niveles de glucosa (azúcar) sanguínea. Eso solamente cuando no se tenga respuesta con un plan de alimentación saludable³. Asimismo, el médico debe brindar conocimientos y aprendizajes a las personas que viven con diabetes mellitus, y a sus familiares. Sobre el uso, conservación y ajuste de las dosis del medicamento. Además, respecto a la evolución de la enfermedad, así como motivar la adopción del consumo diario de medicamentos. De igual forma, el médico deberá actualizar los conocimientos sobre nuevos medicamentos para la diabetes mellitus de forma regular, al menos una vez al año, e indicarle que el consumo de medicamento es permanente. Esas acciones para mantener la adherencia al tratamiento de las personas (DOF, 2018a; Peralta, 2006).

Respecto al consumo de una alimentación saludable, las recomendaciones deben proporcionar conocimientos sobre una dieta correcta. Teniendo en cuenta que es variada, suficiente, completa, adecuada, equilibrada e inocua, así como promover el consumo de hidratos de carbono complejos (frutas y verduras con bajo índice glucémico, arroz, pan y pasta integrales), lácteos descremados, carnes blancas, nueces, así como semillas para mantener en niveles adecuados la glucosa (azúcar) sanguínea y los lípidos (grasas) (Mahan y Raymond, 2017). El plan de alimentación debe indicar el número de calorías diarias (para promover una pérdida de peso moderada y lograr el peso ideal) y los alimentos que se deben evitar (miel, jaleas, dulces y bebidas azucaradas) especificando la forma de preparación y cantidades a consumir (DOF, 2018a; Mahan y Raymond, 2017). Por lo tanto, los objetivos de la adherencia al tratamiento nutricional consisten en adquirir hábitos de alimentación saludables. Eso para mantener el control de peso, además de reducir el consumo de sal, tabaco y alcohol, así como mantener una alimentación saludable.

En el caso de las personas adultas mayores diagnosticadas con diabetes mellitus, el tratamiento médico nutricional debe incluir recomendaciones alimentarias, para cada una de las diferentes enfermedades relacionadas con la vejez y enfermedades dependientes de la edad que presenta la persona. Por consiguiente, en esa etapa de la vida es frecuente la recomendación de complementos o suplementos alimenticios que aporten proteínas de origen vegetal, vitaminas y minerales para mantener el consumo de calorías adecuadas, además de evitar la desnutrición. Asimismo, la identificación de falta de dientes, parcial o total, y la falta de prótesis dental en esta etapa de la vida es importante al momento de recomendar un plan de alimentación en la diabetes mellitus. Esas condiciones bucales modifican el proceso digestivo y nutricional y los hábitos alimentarios generando poca motivación para la adherencia al tratamiento (Aguilar, 2013; Mahan y Raymond, 2017).

Sobre el tema de la práctica de actividad física, las recomendaciones en la diabetes mellitus establecen un plan básico de actividad física, ejercicio o deporte para facilitar el control de esta enfermedad y con ello conseguir los objetivos de salud (Landinez et al., 2012; OPS, 2002). En la evaluación clínica se debe considerar la edad, estado general de salud, evolución de la diabetes mellitus y alimentación. Además del uso de medicamentos de las personas para definir el tipo, intensidad, duración y frecuencia de esa actividad física o ejercicio. Dicho lo anterior como fundamento de los lineamientos y guías técnicas de ejercicio y deporte acorde a los grupos de edad, eso para motivar la práctica de actividad física. Por lo tanto, se debe de tomar en cuenta el tiempo que disponen las personas que

³ Los medicamentos recomendados son Orlistat, Fentermina, topiramato, entre otros, aunque también se contempla el tratamiento quirúrgico o el tratamiento con endoscópico en personas con obesidad si son mayores de 16 años y han existido diversas caídas en el tratamiento nutricional (DOF, 2018).

viven con diabetes mellitus, para realizar esta actividad física o ejercicio en relación a los roles que desempeña dentro de su entorno familiar y laboral.

Acorde con eso se recomienda promover los hábitos de actividad física saludables a través de ejercicios anaeróbicos que son los que usan los músculos largos para realizar los movimientos (no requieren una demanda alta de oxígeno por periodos cortos) como caminar y correr, jugar fútbol y tenis, entre otros ejercicios. Las contraindicaciones para implementar un programa de actividad física en las personas con diabetes mellitus incluyen disminución de la circulación del corazón perceptible (cardiopatía isquémica sintomática), debilidad, dolor en manos y pies (neuropatía autonómica), bajos niveles de glucosa sanguínea (hipoglucemias graves), disminución de la visión por daño en los vasos sanguíneos oculares (retinopatía proliferativa), exceso de albumina en la orina por daño renal (albuminuria progresiva) y anomalías en la forma de los pies (DOF, 2018a). Esas últimas favorecen el desarrollo de úlceras que tardan en cicatrizar provocando infecciones y con el tiempo amputaciones en los miembros inferiores (DOF, 2018a).

En el caso de las personas adultas mayores con diabetes mellitus y que el médico no considere apropiado implementar un programa de actividad física, así como ejercicio por la presencia de alguna contraindicación se deberá establecer un plan de estilo de vida físicamente activo para evitar el sedentarismo (Landinez et al., 2012; OPS, 2002). El médico deberá diseñar estrategias de actividad física con la asesoría de un especialista en el área deportiva (entrenador deportivo o educador físico) y en el área de la geriatría (DOF, 2018a). Las personas que viven esa enfermedad y puedan llevar un plan de actividad física deben llevar una identificación con los datos del familiar o cuidador para contactar en caso de una urgencia médica. Por ese motivo se promueve que las personas adultas mayores realicen la actividad física o el ejercicio en compañía de otras personas, así como un grupo de personas adultas mayores. Eso para mantener la adherencia al tratamiento y así promover la inclusión social en esa etapa de la vida (DOF, 2018a).

1.3. La vida cotidiana.

El estudio de la vida cotidiana coloca a las personas en el centro del análisis, porque las actividades que ese protagonista realiza construyen y transforma la realidad social. Eso estableciendo una relación dinámica entre el individuo y la sociedad (Gonzalbo, 2006; Perera, 2012). En esa relación dinámica existe un sistema de necesidades que produce un intercambio permanente que permite organizar la cotidianidad de las personas a través de la subjetividad (pensamientos, sentimientos y actuaciones) (Perera, 2012)⁴. De esta manera, las personas resuelven sus necesidades desde los conocimientos y aprendizajes que ha adquirido en la cotidianidad para vivir y convivir en sociedad (Gonzalbo, 2006; Perera, 2012; Villegas y González, 2011).

La vida cotidiana se define como “la expresión inmediata en un tiempo, espacio y ritmos concretos, del conjunto de actividades y relaciones sociales que, mediadas por la subjetividad regulan la vida de la persona en una formación económico-social determinada,

⁴ De acuerdo a Ritzer: “Si bien no es posible el acceso directo a la subjetividad, es posible acercarse a ella de modo indirecto mediante la escucha atenta del entrevistado y el análisis de las respuestas abiertas en los cuestionarios [...] aunque no hay acceso directo a la conciencia o a las experiencias subjetivas de otros es posible comprender su naturaleza y contenido mediante las expresiones de otros y la información que proporcionan” (Ritzer, 2001, p. 266-267).

es decir, en un contexto histórico-social concreto” (Perera, 2012, p. 1-2). Esa expresión inmediata en un tiempo, espacio y ritmos concretos es la estructura básica de la vida cotidiana: la reiteración. Por consiguiente, el análisis de la vida cotidiana implica conceptualizarla como un sistema conformado por la reiteración de un conjunto de actividades que tienen como propósito satisfacer las necesidades de la vida personal y social (Perera, 2012).

El análisis de la reiteración de las actividades de la vida cotidiana implica el estudio de rutinas, hábitos o costumbres como un proceso dinámico integrado por un sistema de eventos relativos al mantenimiento de la vida (alimentarse, establecer relaciones con otras personas, entre otros) o relativos a la calidad de la vida (la forma de preparación de los alimentos, ser felices)⁵. En este sistema de eventos conviven los eventos cotidianos que son productores de rutina y sensación de monotonía. Eso por ser relativos al mantenimiento de la vida, y los eventos de situaciones especiales por no ser cotidianos⁶. En estos últimos, las personas generan mecanismos reflexivos y conscientes de la acción por ser imprevisibles, inesperados e irrepitibles. En definitiva es necesario incluirlos en la vida cotidiana para crear actividades, relaciones y necesidades vinculadas a la calidad de la vida (Perera, 2012).

Los eventos de situaciones especiales pueden ser positivos como los nacimientos o negativos como el diagnóstico de una enfermedad. Se menciona que entre los eventos cotidianos y de situaciones especiales es necesario un equilibrio para que las personas perciban una estabilidad. El desequilibrio se produce cuando existen contradicciones, conflictos y novedades (positivos y negativos) entre este tipo de eventos. Eso produciéndose tensiones, ansiedades o frustración que demanda transformaciones. A través de procesos de reflexión y de crítica sobre las actividades de la vida cotidiana con el propósito de recuperar el equilibrio (Perera, 2012).

Durante este desequilibrio, surgen necesidades que las personas no pueden satisfacer de la forma habitual, porque los conocimientos aprendidos no explican lo que acontece (Gonzalbo, 2006; Perera, 2012). De esta manera, “las ideas previas que conformaban el pensamiento común con el cual se funcionaba para satisfacer las necesidades cotidianas dejan de ser válidas, pues los esquemas de referencia se tornan inoperantes debido al carácter inédito de la situación y a la rapidez con la que los acontecimientos suceden” (Perera, 2012, p. 3). Por consecuencia, se menciona que se produce una doble ruptura “entre las necesidades y los medios de satisfacción socialmente disponibles y, al mismo tiempo, entre la experiencia y las representaciones, ideas, creencias, que dan cuenta de esa experiencia” (Perera, 2012, p. 3).

De ahí que analizar los hábitos de salud en la vida cotidiana implica examinar los eventos de situaciones especiales que viven las personas al momento de haber sido diagnosticadas con diabetes mellitus. Por consecuencia, es preciso cuestionar conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyos. Todo eso para satisfacer las nuevas necesidades de salud en las

⁵ Al analizar las rutinas, hábitos o costumbres se aborda la reiteración desde un mecanismo irreflexivo y estereotipado de la acción que puede llevar al análisis de la monotonía que no es una cualidad propia de la de vida (Perera, 2012).

⁶ Se refiere que la condición de que lo cotidiano se repita diariamente genera un fenómeno de acostumbamiento o naturalización. Eso ocasiona la sensación de que la vida, y las relaciones familiares, laborales, de amistad que se establecen en ella, no pueden ser de otro modo. Por consiguiente, la persona considera que su manera de pensar, sentir y actuar es la única posible (Perera, 2012).

diferentes esferas de la vida cotidiana, principalmente la esfera familiar, así como del personal de salud⁷.

1.4. Antecedentes de la diabetes mellitus en México.

La diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia integran las principales enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario que afectan al siglo XXI (ENSANUT, 2018)⁸. La gravedad de este tipo de enfermedades consiste en las consecuencias directas en la morbilidad y mortalidad de la población eso reflejándose en el 70% de las defunciones entre los países de ingresos bajos o medianos en el mundo (OMS, 2018). Esa situación deja en evidencia la presencia de la desigualdad social en salud que se caracteriza por una inequidad en la distribución de las condiciones de salud de ahí que es injusta y evitable (Cabrera et al., 2011; González y John, 2010; OMS, 2018).

Para comprender la desigualdad social en salud de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario implica reconocer que el desarrollo y la evolución de esas enfermedades se vinculan a un proceso de salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento influenciado por el contexto social⁹. Ese proceso es complejo que se encuentra en interrelación con factores sociales y culturales aunados a factores de riesgos biológicos, así como hereditarios. En otras palabras, el origen de ese tipo de enfermedades está influido por la interacción de fenómenos sociales y culturales ocurridos en un periodo específico de la historia. En este caso particular la transición demográfica, la transición epidemiológica y la transición alimentaria se identifican como el origen de las enfermedades crónico-degenerativas en las últimas décadas del siglo XX (Córdova et al., 2008; Márquez et al., 2011; Omran, 1971).

La transición demográfica representa el comportamiento dinámico de las poblaciones. En esa transición se evidencia la interacción de los fenómenos demográficos de mortalidad, fecundidad. Además de migración en relación con aspectos socioeconómicos, ideológicos, históricos y culturales (Ham-Chande, 2010; Mina, 2010). En las últimas décadas del siglo XX la mayoría de los países ha registrado una disminución de los niveles de mortalidad y natalidad originando un cambio en la estructura. Eso por edades hacia un envejecimiento poblacional, lo cual, representa el incremento en números absolutos, así como porcentuales de las personas adultas mayores (INEGI, 1990; INEGI, 2000; INEGI, 2010)¹⁰.

Se tiene registro que en los países desarrollados el proceso de envejecimiento poblacional comenzó en el siglo XVII, a finales del siglo XX en los países en desarrollo (Márquez et al., 2011). La diferencia en la evolución del envejecimiento poblacional ocurrió principalmente por el desarrollo y el uso de las tecnologías. En algunos países favoreció la adopción de disposiciones para enfrentar los retos económicos, políticos y sociales del

⁷ Las esferas de la vida cotidiana se definen como los “espacios y tiempos que emergen con sus particularidades y demandan ritmos de acción diferenciados para la satisfacción de determinadas necesidades” (Perera, 2012, p. 2).

⁸ Las enfermedades crónico-degenerativas se definen como las enfermedades de larga duración y, generalmente, de lenta progresión. Las enfermedades de riesgo coronario se caracterizan porque se asocian a problemas cardiacos (OMS, 2018).

⁹ Las distintas disciplinas que estudian el proceso salud-enfermedad, principalmente la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana, tienen por objetivo “estudiar los modos de vivir, enfermar y morir de los sujetos y grupos sociales” (Michalewicz y Ardila, 2014, p. 218).

¹⁰ La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores definen a ese grupo de personas como “aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional” (Gobierno Federal, 2009, p. 11).

envejecimiento (Ham-Chande, 2003; Márquez et al., 2011). Así como los retos en la atención y el cuidado a la salud, principalmente cuando esas sociedades registran las consecuencias de la transición epidemiológica (Cárdenas, 2010; González y John, 2010).

La transición epidemiológica refleja los patrones de salud y enfermedad de una sociedad. Esos patrones se asocian a determinantes biológicos, demográficos, socioeconómicos, políticos, tecnológicos y culturales (Omran, 1971; OMS, 2018). El estudio actual de la transición epidemiológica muestra el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas (cáncer, artritis, hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras) sobre las enfermedades infecciosas (respiratorias, digestivas, de transmisión sexual y otras) y parasitarias (helminthiasis y otras) provocando un incremento de la morbilidad (enfermedad). En comparación con la mortalidad que por las características de dichas enfermedades aumenta los costos de atención y cuidado a la salud (Córdova et al., 2008; Márquez et al., 2011; OMS, 2018).

En los países desarrollados ese proceso epidemiológico ocurrió de forma paulatina en las primeras décadas del siglo XX en los países en desarrollo de forma acelerada a partir de la octava década del mismo siglo (Márquez et al., 2011). La diferencia en la aparición de ese proceso obedeció al desarrollo de la tecnología en aspectos de salud y agricultura. En los países desarrollados ese avance tecnológico tomó muchos años. Mientras que en los países en desarrollo replicaron la experiencia y los avances de los países desarrollados, tomándoles menos años (Márquez et al., 2011). Por consiguiente, esos avances tecnológicos mejoraron la higiene y la alimentación aumentando la resistencia de las personas a las enfermedades infecciosas y parasitarias. A su vez modificando el consumo de alimentos y la actividad física, aspecto reflejado en la transición alimentaria (Ibarra, 2016; Márquez et al., 2011).

La transición alimentaria se refiere a las implicaciones que han presentado las personas para satisfacer sus necesidades de alimentación. Ese proceso alimentario muestra los cambios en el estado nutricional en relación a las modificaciones en los hábitos de alimentación y de actividad física (Mahan y Raymond, 2017; Márquez et al., 2015)¹¹. En los países industrializados, dada su estrecha vinculación con su transición demográfica y epidemiológica. Ese proceso ocurrió en un periodo de cincuenta a sesenta años, a diferencia de los países de ingresos bajos y medianos que fueron solo diez a veinte años (Márquez et al., 2011).

La velocidad de la transición alimentaria en los países de ingresos bajos y medios reflejó los factores sociales, económicos y culturales que se impulsaron para su desarrollo. Entre los principales factores se destacan la producción, disponibilidad y costo de determinados alimentos. Además, se registró que la transición alimentaria comenzó con el aumento en la producción e importación de semillas oleosas (soya, linaza y otras) y aceites vegetales. Así como en la disminución de la producción de carne, leche y productos derivados de proteínas de alta calidad. Por consecuencia, se incrementó el consumo nacional de grasas vegetales a través de alimentos de alto contenido calórico y bajo contenido nutrimental en la dieta diaria originando la dieta occidentalizada (Ibarra, 2016; Márquez et al., 2011).

De la misma forma, se estableció una centralización de los medios de comunicación en la promoción de la dieta occidentalizada. Eso se caracterizó por el aumento en el uso de las

¹¹ El Estado nutricional se define como “el grado en que están cubiertas las necesidades nutricionales fisiológicas de un individuo” (Mahan y Raymond, 2017, p. 226).

grasas y azúcar simple (sacarosa) añadida en los alimentos. Así como el consumo de productos procesados y porciones de comida cada vez mayores (Márquez et al., 2011). Asimismo, el impulso de la tecnología favoreció los entornos sedentarios reconocidos por la falta de áreas verdes, tráfico vehicular, contaminación, entre otros aspectos. Como resultado provoca la falta de actividad física y el sedentarismo (Márquez et al., 2011).

En las últimas décadas del siglo XX, la transición alimentaria ha concurrido de la desnutrición a la desnutrición oculta, el sobrepeso y a la obesidad. Esos estados nutricionales están caracterizados por carencias en los nutrientes mínimos para el mantenimiento del sistema muscular y nervioso indispensables para llevar a cabo las actividades diarias (Mahan y Raymond, 2017; Márquez et al., 2011). La desnutrición oculta, el sobrepeso y a la obesidad son considerados los principales factores de riesgo que anteceden a la aparición de una enfermedad. En ese caso de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en sus etapas iniciales.

Una vez diagnosticadas las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario, es crucial para que el tratamiento médico sea efectivo generar cambios en los estilos de vida y en los hábitos de salud. Es decir, es necesario eliminar o reducir los factores de riesgo en los estados nutricionales y así lograr una adecuada adherencia al tratamiento médico recomendado para el control de la enfermedad. Sin embargo, se ha identificado que la falta de adherencia al tratamiento representa uno de los principales problemas sociales y de salud a nivel mundial (Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011).

En países desarrollados se ha llegado a estimar que alrededor del 50% de las personas no siguen el tratamiento médico recomendado para enfermedades crónicas-degenerativas como los diversos tipos de tumores (Dilla et al., 2009). Se estima eso en mayor porcentaje en los países en desarrollo (Torresani et al., 2011). Sin embargo, específicamente en la diabetes mellitus, los porcentajes de la falta de adherencia al tratamiento aumentan todavía más (Torresani et al., 2011). El propósito de esta investigación es comprender y profundizar el proceso salud-enfermedad-cuidado y la adherencia al tratamiento como la práctica del autocuidado para orientar la atención de la salud en la diabetes mellitus.

México es uno de los principales países que enfrenta el reto de garantizar la protección de la salud ante la actual pandemia de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario¹². Esa situación epidemiológica se ha presentado desde las últimas décadas del siglo XX y se ha intensificado en el siglo XXI. Eso principalmente en los estados de la república que han adoptado los avances tecnológicos que trae consigo el proceso de industrialización. En México el proceso de industrialización comenzó en el año 1880 con la explotación de la minería y la producción de combustibles derivados del petróleo (Gómez, 2003).

A partir de la década de los años treinta del siglo XX ese proceso de industrialización se dirigió a la explotación de la agricultura llegando a su auge entre los años 1940-1980. Posteriormente, entre los años 1950-1960 ese proceso se diversificó a otros sectores productivos consolidándose así el proceso de industrialización nacional. Por consecuencia, a nivel nacional y estatal se ha registrado un aumento en el diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y otras enfermedades crónico-

¹² De acuerdo a referencias del Banco Mundial, México está catalogado como un país de ingreso medio alto en desarrollo (Banco Mundial, 2015); sin embargo, se menciona que su desarrollo social se ha caracterizado por desigualdades sociales históricas que producen desigualdades en la salud entre los diversos grupos poblacionales (Urbina, 2016).

degenerativas de riesgo coronario. Eso por los cambios en la producción de alimentos y cambios en la actividad física que el proceso de industrialización trajo consigo¹³.

De acuerdo a cifras oficiales, desde hace más de cincuenta años las enfermedades crónico-degenerativas han permanecido como las principales causas de mortalidad en la sociedad mexicana reflejando el cambio de patrones de salud y enfermedad característico de la transición epidemiológica. En el año 1960, el cáncer, así como diversos tipos de tumores ocupaban los primeros lugares de mortalidad en la población general y las enfermedades del corazón ocupaban el cuarto lugar (Wong et al., 2014). Para el año 2013, las enfermedades del corazón ascendieron al primer lugar de mortalidad y los diversos tipos de cáncer descendieron al tercer lugar (INEGI, 2014).

La diabetes mellitus constituye una de las principales enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario diagnosticadas en el país desde hace décadas. Los registros de morbilidad (número de casos y tasa de morbilidad) a nivel nacional y estatal, se muestran en la tabla 2., en los años 1984, 1990, 2000, 2010 y 2018.

Tabla 2. Morbilidad por diabetes mellitus a nivel nacional y estatal. 1984, 1990, 2000, 2010 y 2018

Nacional			Nuevo León		
Año	No. de casos	Tasa de morbilidad*	Año	No. de casos	Tasa de morbilidad
1984	54,637	71.61	1984	2,538	87.43
1990	133,456	155.57	1990	6,711	194.10
2000	287,180	288.30	2000	9,100	235.18
2010	420, 032	387.49	2010	15,969	354.70
2018	425, 345	340.99	2018	20,550	387.69

Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2018).

*Tasa por 100, 000 habitantes¹⁴.

En un periodo de treinta cuatro años, el diagnóstico de esa enfermedad se incrementó a nivel nacional y estatal. A nivel nacional, del año 1984 al año 2010 el número de casos aumentó aproximadamente siete veces y la tasa de morbilidad se incrementó aproximadamente cinco veces, mientras que en el año 2018 se registró una disminución en la tasa de morbilidad (340.99). En el caso de Nuevo León, el aumento en el porcentaje de morbilidad en el estado se ha mantenido constante desde el año 1984 hasta el año 2018, porque el número de casos se incrementó aproximadamente ocho veces y la tasa de morbilidad se incrementó aproximadamente cuatro veces. En relación a las defunciones por diabetes mellitus a nivel nacional y estatal, el registro de la mortalidad (número de casos y tasa de mortalidad) en la población se presentan en la tabla 3.

¹³ El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Estado de Nuevo León por ser una de las seis entidades federativas de la República Mexicana que registra la transición avanzada del envejecimiento demográfico y una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario (Fundación mexicana de Diabetes A.C, 2018). La transición avanzada del envejecimiento demográfico se caracteriza por los niveles más bajos de natalidad (14.4 a 17.6 nacimientos por cada mil habitantes) (González, 2015). En el año 2012, Nuevo León registró una tasa bruta de natalidad de 16.9. Las otras entidades federativas que registran este tipo de envejecimiento demográfico son: Baja California, Baja California Sur, Distrito Federal, Tamaulipas y Veracruz con tasas brutas de natalidad de 17.0, 16.5, 14.4, 17.6 y 17.5, respectivamente (González, 2015).

¹⁴ La tasa de morbilidad es el resultado de dividir la cantidad de personas enfermas por el conjunto de la población en un espacio y tiempo determinado (Almeida y Zélia, 2011).

Tabla 3. Mortalidad por diabetes mellitus a nivel nacional y estatal. 2000 y 2010

Año	Nacional		Año	Nuevo León	
	No. de casos	Tasa de mortalidad*		No. de casos	Tasa de mortalidad
2000	46,614	47.4	2000	1,701	48.96
2010	85,964	79.3	2010	2,964	65.90

Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2018).

*Tasa por 100, 000 habitantes.

En el caso de las personas adultas mayores el registro de mortalidad por diabetes mellitus a nivel nacional y estatal en el año 2010 arroja el siguiente resultado (véase tabla 4).

Tabla 4. Mortalidad por diabetes mellitus en personas adultas mayores a nivel nacional y estatal. 2010

Años de edad	Nacional		Nuevo León.	
	No. Defunciones	Tasa de mortalidad*	No. Defunciones	Tasa de mortalidad
65 y +	51,128	797.3	1,810	658.9

Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2012).

* Tasa por 100, 000 nacimientos estimados.

A nivel nacional la tasa de mortalidad del grupo de personas adultas mayores de 65 y más años a nivel nacional fue de 797.3. A nivel estatal fue de 658.9 reflejando una vejez asociada a la presencia de diversas enfermedades y, al mismo tiempo, grandes desafíos para la atención, así como el cuidado especializado. Asimismo, se refiere muerte prematura que impidió que ese grupo de personas vivieran con plenitud su etapa de vejez.

De esta forma, el aumento en el diagnóstico de la diabetes mellitus en México ha reflejado la interacción de los fenómenos sociales de la transición demográfica y la transición epidemiológica. Sobre ese tema, autores como Wong et al. (2014) señalan que el envejecimiento poblacional en México ha tenido un papel importante para “la expansión de la morbilidad” de enfermedades crónicas y degenerativas (Wong et al., 2014, p. 193). Para esos autores, ésta obedece al incremento en números absolutos y porcentuales de la población de personas adultas mayores. Además, al incremento en la esperanza de vida y a las condiciones de salud prevalecientes en el país que se caracterizan por el poco control de los servicios de salud, estilos de vida y hábitos de alimentación no saludables. Así como en la presencia de diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas-degenerativas de riesgo coronario.

De igual modo examinar la transición alimentaria, que se define como los cambios que ocurren en los hábitos de consumo y en las características alimentarias, permite analizar los cambios en los hábitos de alimentación (Márquez y et al., 2011). De acuerdo a Popkin (Popkin, 2006 citado en Márquez y et al., 2011), ese proceso consta de cinco etapas. La primera etapa es el momento histórico del hombre cazador-recolector que se sitúa en la etapa Paleolítica en donde el consumo de vegetales y animales salvajes predominó. La segunda etapa es de hambrunas que se caracterizó por el desarrollo de la agricultura y la domesticación de animales que dio por resultado una dieta basada en el consumo de

cereales y de animales domésticos. Esa situación se originó porque el hombre dejó de ser nómada y debido a esa acción en ocasiones se presentaron hambrunas por la falta de alimentos que afectaban el estado nutricional de las personas.

La tercera etapa es la revolución industrial e incorporación de fertilizantes en la agricultura que se caracterizó por el consumo de frutas, verduras y proteínas de origen animal. Lo que ocasionó una reducción de las hambrunas y que las personas mejoraran su estado de salud. La cuarta etapa es la contemporánea para una gran mayoría de países en desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas con uso intensivo de tecnología en la industria y un estilo de vida marcadamente sedentario. Esa etapa se caracterizó por cambios en los patrones de alimentación y actividad física. Eso debido al consumo excesivo de grasas, azúcares y alimentos industrializados. Por consecuencia se aumenta el registro de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y otras enfermedades crónicas de origen alimentario.

La quinta etapa es de cambios de actitud, estilos de vida y alimentación, orientada hacia la prevención en salud que es una etapa transitada solo por unos pocos países. Esa etapa se caracterizó por una dieta que busca calidad en los alimentos conforme al objetivo de tener un envejecimiento saludable. De esta manera, se refiere al propósito de esa etapa que era regresar a la primera etapa para consumir alimentos naturales que mejoren el estado nutricional y de salud de las personas.

Por consiguiente, se ha propuesto un modelo de análisis que explica por etapas la interacción de la transición alimentaria con la transición demográfica y la transición epidemiológica. La segunda se conceptualiza como los cambios en los patrones de fecundidad y mortalidad (Márquez y et al., 2011), mientras la tercera se conceptualiza como los cambios en los patrones de salud y enfermedad (Omran, 1971, citado en Caldwell, 2001). El propósito de este modelo es identificar con mayor precisión cómo se interrelacionan esos procesos sociales (Popkin, 2006 citado en Márquez y et al., 2011). La primera etapa se caracteriza por una alta fertilidad-mortalidad (transición demográfica), alta prevalencia de enfermedades infecciosas (transición epidemiológica) y alta prevalencia de la desnutrición (transición alimentaria).

La segunda etapa se caracteriza porque la baja mortalidad y los cambios en la pirámide poblacional (transición demográfica). En estrecha interrelación con la disminución de las epidemias y las condiciones precarias de salud (transición epidemiológica) producen el control de enfermedades infecciosas, una planificación familiar y una mitigación del hambre (transición alimentaria). La tercera etapa se caracteriza por una baja fertilidad y un incremento del envejecimiento (transición demográfica) que junto con el aumento de las enfermedades crónicas-degenerativas (transición epidemiológica) deja en evidencia una polarización del envejecimiento saludable y un aumento en las enfermedades crónico-degenerativas de origen alimentario (transición alimentaria).

En el caso de México, la transición alimentaria se hace más evidente por las diversas transformaciones tanto en la industria agrícola como en la industria de alimentos y bebidas (Garza, 2019). En el caso de la industria agrícola la década de los años cincuenta del siglo pasado se caracterizó por su alta productividad. Posteriormente, entre las décadas de los años setentas y ochentas del siglo pasado esa productividad comenzó a disminuir por la deuda externa que enfrentaba el país que trajo como consecuencia la reducción de apoyo económico a esa industria. Por consiguiente, a finales de la década de los años noventa la

producción de la industria agrícola se dirigió a la exportación de productos, así como en la producción de granos y oleaginosas que tienen un menor valor en proteínas de alta calidad en comparación con los productos cárnicos, además de los lácteos.

Con respecto a la industria de alimentos y bebidas, la década de los años cuarenta del siglo pasado se caracterizó por el incremento de alimentos industrializados por su alta disponibilidad en el mercado y su fácil preparación. Debido a esas características fueron ampliamente aceptados por la población mexicana y debido a ello se comenzaron los cambios en los patrones de alimentación (Garza, 2019). Por consecuencia, a finales de la década de los años noventa del siglo pasado los restaurantes de comida rápida, principalmente extranjeros que se establecieron en el país, tuvieron una gran aceptación. Al mismo tiempo la industria de alimentos mexicana redujo la producción de alimentos por la apertura comercial entre mercados, principalmente entre Estados Unidos y Canadá.

Por consiguiente, se reconocen los principales retos sociales que viven las sociedades que adoptaron el proceso de industrialización como principal estrategia de desarrollo económico y social. Eso fue modificando poco a poco sus diversos procesos demográficos, epidemiológicos y alimentarios. En este sentido, se identifica que el desarrollo y uso de la tecnología fue uno de los principales factores que mejoró la atención y el cuidado de la salud ante enfermedades infecciosas y parasitarias. También mejoró la práctica de la agricultura enriqueciendo así la alimentación de la población mexicana. Sin embargo, esas mejoras tecnológicas en aspectos de salud y alimentación trajeron consigo nuevos desafíos. Especialmente cuando se comenzó a registrar un incremento en la esperanza de vida al mismo tiempo que se incrementó la aparición de la diabetes mellitus en la población mexicana.

En definitiva, la morbilidad y mortalidad debido a la diabetes mellitus en la población mexicana se coloca en el centro de la discusión. Eso porque en su evolución se conjuga la interacción de diversos fenómenos demográficos, epidemiológicos y alimentarios que han impulsado su desarrollo. Es importante mencionar que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que no era del todo desconocida para la población mexicana. Sin embargo, antes del siglo XX se consideraba que su principal factor de riesgo era hereditario, porque la padecían en mayor medida los niños, jóvenes y adultos jóvenes. Por lo que se denominaba como diabetes mellitus infantil o insulino dependiente y de este modo la principal estrategia de control era la aplicación de insulina o el consumo de hipoglucemiantes. Debido a esa estrategia de salud se dejó de lado el aspecto alimentario como estrategia de atención y cuidado que a su vez comenzaba a transformarse a medida que avanzaba el proceso de industrialización en el país.

Al respecto, la década de los años setenta del siglo pasado se caracterizó por el uso de la tecnología que llevó a generar nuevos procesos para la producción y distribución de alimentos industrializados. Como consecuencia se adoptaron hábitos alimentarios no saludables, como fue el consumo de alimentos procesados que se caracterizan por su alto contenido en conservadores, por lo que lentamente se comenzó a incrementar el sobrepeso y la obesidad en etapas tempranas de la vida. De esta manera, y a través del paso del tiempo, la población adulta comenzó a padecer sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus al mismo tiempo que fue incrementando su esperanza de vida. Fue hasta finales del siglo XX que el aumento en la morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus, reflejada especialmente en el grupo de las personas adultas mayores, tomó relevancia como problemática social. Eso para impulsar estrategias para la prevención y control de la

diabetes mellitus a través de la identificación de factores de riesgos socio-culturales o ambientales.

Al respecto, diversos estudios han determinado que el diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en las personas adultas mayores se relacionan con aspectos de lugar de residencia y género (INSP, 2013). De acuerdo a un estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2013) se encontró un mayor diagnóstico de diabetes mellitus en personas adultas mayores que vivían en zonas urbanas en comparación con aquellos que vivían en zonas rurales del país. Ese hallazgo es asociando al desarrollo de entornos sedentarios en las zonas urbanas que promueven la falta de actividad física y el sedentarismo en las personas adultas mayores. Así como también un aumento en la promoción del consumo de una dieta occidentalizada¹⁵.

De la misma forma, en ese estudio se detectó que las mujeres adultas mayores tienden a presentar una mayor tasa de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad de riesgo coronario en comparación con los hombres de la misma edad¹⁶. Se refiere que los factores de riesgos biológicos son las principales causas de esta distinción entre hombres y mujeres en la etapa de vejez (INSP, 2013). Entre estos factores de riesgo se destacan los aspectos hormonales y aspectos de la etapa post-reproductiva, para el mantenimiento de órganos y sistemas del cuerpo después de que las mujeres han presentado la menopausia (etapa final del ciclo reproductivo) (Mahan y Raymond, 2017).

En consecuencia, se ha determinado que a pesar de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, 78 años y 73 años respectivamente (INEGI, 2019). Existen diferencias importantes a destacar en la calidad de vida que las hacen más susceptibles a padecer diversos desafíos, principalmente en la etapa de vejez. En ese sentido, se ha detectado que en esa etapa de la vida las mujeres perciben una mayor pérdida de energía, dolor físico y limitaciones en la movilidad. En comparación de los hombres de su misma edad, considerándose que esa percepción distintiva de la calidad de vida obedece a diversos aspectos de género (López et al., 2019). De esta manera, las desigualdades económicas y sociales que se viven desde etapas previas de la vida generan que las mujeres se enfrenten a diversos retos que no solamente repercuten directamente en la salud, sino que también repercuten en otros aspectos relacionados al estado de salud como es la selección y preparación de alimentos saludables.

Al respecto, se reconoce que las mujeres son más propensas que los hombres a una desigualdad alimentaria. Principalmente por el acceso limitado a la adquisición de alimentos, especialmente aquellos que se consideran saludables, debido a limitaciones económicas o de movilidad (Aboud, Ballara y Brody, 2015). De esa manera, se identifica una estrecha relación entre los aspectos de género y la inseguridad alimentaria en las mujeres que las hace más propensas a desarrollar diversos riesgos en el estado nutricional como es la desnutrición oculta. Por consiguiente, las mujeres sufren un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas de riesgo coronario a pesar de que son ellas quienes se dedican a la práctica de preparación de alimentos. Además de ser quienes usan en mayor medida los servicios de salud por ser responsables del cuidado de la salud familiar.

¹⁵ La falta de actividad física es “el no cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales de actividad física para la salud de la población” (Cristi et al., 2015, p. 1089) y el sedentarismo es “la carencia de movimiento durante las horas de vigilia a lo largo del día” (Cristi et al., 2015, p. 1089).

¹⁶ En el año 2010 la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en mujeres fue del 78.4 en comparación con los hombres que fue de 74.6 (Secretaría de salud, 2018).

Asimismo, se ha detectado que en la diabetes mellitus la práctica del autocuidado para la salud es mayor en las mujeres, porque en ellas recae en mayor medida la responsabilidad del cuidado de la salud familiar (Trujillo y Nazar, 2011). Al respecto, se refiere que las mujeres invierten hasta el doble de tiempo en la práctica del cuidado familiar, en comparación con los hombres. Eso especialmente cuando se vive con una persona diagnosticada con una enfermedad crónica (INMUJERES, 2005). Esa situación ocasiona que las mujeres limiten su desarrollo personal y profesional haciéndolas, a su vez, más susceptibles a desarrollar enfermedades de riesgo coronario debido al estrés que produce esa práctica (Arango, 2007; INMUJERES, 2005).

En este sentido, la práctica de autocuidado para la salud está influenciada por aspectos sociales y culturales. En los aspectos sociales destacan la actividad laboral, ingreso y gasto económico, seguridad alimentaria, acceso a los servicios de salud, entre otros aspectos. Mientras que en los aspectos culturales se encuentran la selección y preparación de alimentos, práctica de actividad física, actividades recreativas, aceptar o rechazar la enfermedad, entre otros aspectos (Arango, 2007; Trujillo y Nazar, 2011). De esta forma, el estudio del autocuidado para la salud refleja los factores que influyen en la autonomía e independencia de las personas para mantener la salud durante el proceso de salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento.

1.5. Planteamiento del problema.

El incremento de la diabetes mellitus tomó relevancia social cuando se identificó que a medida que avanzaba el proceso de envejecimiento en una persona esta enfermedad tenía un mayor impacto en su salud (Instituto de Geriátrica, 2010)¹⁷. Ese hallazgo se fundamenta en las transformaciones metabólicas de la diabetes mellitus en los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, además de su conjugación con las transformaciones metabólicas de las enfermedades propias de la etapa de vejez. La interacción de estos elementos genera un factor de riesgo para desarrollar comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus (enfermedades secundarias o multimorbilidades) como cardiopatías, enfermedades cerebro-vasculares, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y discapacidades (amputación de miembros inferiores y ceguera). Como resultado tienden a limitar las actividades de la vida diaria, familiares y sociales de la persona, o muerte prematura que ocasiona un impacto social y económico en la familia, además en la sociedad (González y Ham-Chande, 2007; Peralta, 2006).

Acorde con el impacto social y económico, además en salud de la diabetes mellitus se ha incrementado ese impacto en los últimos meses debido a que se declaró que representa una enfermedad que incrementa el riesgo de contagio, complicaciones y muerte prematura cuando una persona ha enfermado de COVID-19. El COVID-19 es una enfermedad respiratoria de origen viral causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, que se distingue de otras enfermedades respiratorias por la gravedad de sus complicaciones y se relaciona principalmente, con la edad (menores de cinco años y personas adultas mayores), a su vez en la presencia de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario. Debido a su alto grado de infección el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha traspasado las fronteras mundiales y ello ha provocado una pandemia mundial (Paz-Ibarra, 2020).

¹⁷ La Organización Mundial de la Salud (2003) define a la salud “como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2003, p. 11).

En el territorio nacional el SARS-CoV-2 apareció a principios del año 2020 (Paz-Ibarra, 2020). Se estima que a nivel nacional aproximadamente 107, 934 personas han fallecido por COVID-19 durante el periodo marzo-noviembre 2020. De ese número de fallecimientos el 38.46% padecía diabetes mellitus, por lo que representa la segunda comorbilidad asociada. La primera fue la hipertensión arterial que se presentó en el 45.14% de los fallecimientos, mientras que la tercera fue la obesidad en el 24.08% de los fallecimientos. A nivel estatal se estiman 3,928 fallecimientos por esta nueva enfermedad infecciosa, de las cuales el 41.09% padecía diabetes mellitus (la hipertensión arterial se presentó en el 48.09% de los fallecimientos y la obesidad en el 25.28%) (Covid-19 México, 2020).

Por lo tanto, es importante destacar que todas las transformaciones metabólicas que ocasiona la diabetes mellitus en el cuerpo provocan una lenta evolución de la enfermedad, además que no existe una cura definitiva. El tratamiento médico consiste en contener la evolución de manera que se quede en etapas iniciales por consumir medicamentos, consumir una alimentación saludable, así como practicar actividad física o deporte (DOF, 2018a; Mahan y Raymond, 2017). Estas recomendaciones constituyen lo que se le llama adherencia al tratamiento, lo cual se define como el “grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a la prescripción y las recomendaciones del prestador de servicios de atención médica, respecto de la toma de medicamentos, el seguimiento de su régimen alimentario y ejecución de cambios en el modo de vida” (DOF, 2018, p. 4). Ante esa situación surge el siguiente cuestionamiento, ¿Qué sucede si las personas con diabetes mellitus no tienen una adherencia al tratamiento por ser un tratamiento permanente que requiere cambios en los hábitos de salud?

La principal consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es la falta de control de la enfermedad por las interrupciones constantes en el proceso de curación parcial. La falta de control de la enfermedad origina cambios en el tratamiento original que implica que la persona consuma medicamentos más potentes y tóxicos para los órganos y sistemas del cuerpo. Lo que provoca efectos secundarios no esperados y de manera recíproca una falta de adherencia al tratamiento, porque la persona quiere evitar estos efectos secundarios no esperados (Córdova et al., 2008; Martín et al., 2014). Con el tiempo, la falta de adherencia al tratamiento produce que las enfermedades crónicas originen comorbilidades y, por consecuencia, que la persona requiera una atención y cuidado médico especializado a largo plazo para diferentes enfermedades al mismo tiempo. Incrementando así la gravedad de la misma diabetes mellitus, la vulnerabilidad de las condiciones de salud, la dependencia, las consecuencias emocionales y el gasto de bolsillo en salud (Córdova et al., 2008; Gutiérrez, 2020; Peralta, 2006; Puigdemont, 2017).

El concepto de gasto de bolsillo en salud es el gasto que una persona destina para resolver el pago de servicios de salud, compra de productos de curación, equipo médico, así como otros bienes y servicios para la atención y cuidado de la salud (Díaz y Ramírez, 2017). El propósito de ese gasto es que las personas recuperen la salud para mantener las actividades de la vida cotidiana y su integración social. Así como también, para seguir contribuyendo al desarrollo social y económico del país (Díaz y Ramírez, 2017; Salinas et. al., 2019). En este sentido, el incremento del gasto de bolsillo en salud es una de las principales implicaciones sociales y económicas de las enfermedades, porque no solamente afecta a la persona sino también al conjunto familiar (Salinas et. al., 2019).

Se ha determinado que el gasto de bolsillo en salud se convierte en catastrófico cuando los costos para el tratamiento de la enfermedad condicionan la reducción del gasto básico de alimentación, vestimenta, vivienda, educación, entre otros aspectos (Díaz y Ramírez, 2017). Esa situación se refleja cómo el proporcionar atención y cuidado médico especializado a largo plazo debido a comorbilidades. Así como en complicaciones por la falta de control de las enfermedades crónicas, incide en dimensiones económicas y sociales. De ese modo, se ha demostrado que la falta de control de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario, por la falta de adherencia al tratamiento incrementan la probabilidad de padecer un gasto catastrófico en salud (Córdova et al., 2008; Gutiérrez, 2020; Salinas et. al., 2019).

Es preciso mencionar que en las personas adultas mayores las comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus, por la falta de adherencia al tratamiento propician un envejecimiento patológico caracterizado como un gran deterioro de la salud (González y Ham-Chande, 2007). Ese tipo de envejecimiento patológico puede derivar en las personas adultas mayores estrés y depresión, por lo que tienden a desencadenar en trastornos de alimentación, sueño, cansancio permanente, irritabilidad o angustia (Araya, 2004; Peralta, 2006). Por consecuencia, el envejecimiento patológico puede ocasionar pérdida de interés por las relaciones sociales haciéndolos más susceptibles a una exclusión social a nivel familiar y comunitario (López, 2008). De esa forma, en las personas adultas mayores la falta de adherencia al tratamiento médico provoca consecuencias asociadas a su propio proceso de envejecimiento (Instituto de Geriatria, 2010; Márquez et. al., 2011).

En relación al consumo de medicamentos se ha identificado que el uso de medicamentos ocasiona en mayor medida efectos secundarios no esperados en las personas adultas mayores, sobre todo si éstos consumen más de dos tipos de medicamentos a la vez. Los efectos más frecuentes son el sueño, la irritabilidad y el cansancio, especialmente para aquellas personas mayores que padecen de depresión. Siendo esos los principales motivos para que este grupo de edad límite o suspenda el consumo de medicamentos para controlar la enfermedad crónico-degenerativa que padecen (Peralta, 2006).

Con respecto a la alimentación saludable y adecuada en el envejecimiento se refiere a que los hábitos de alimentación de las personas adultas mayores son los más heterogéneos de todos los grupos de edad, porque el proceso de envejecimiento trae consigo cambios en la absorción, así como el metabolismo de los alimentos (Mahan y Raymond, 2017). De esta manera, la interacción del proceso de envejecimiento, la presencia de enfermedades crónicas y el consumo de varios medicamentos acentúan los cambios en los hábitos de alimentación (Ávila et al., 2006). Asimismo, la costumbre de comer solo o acompañado, la selección, el tiempo y el lugar para la preparación de los alimentos. Las circunstancias económicas para la adquisición de alimentos representan factores sociales y culturales que intervienen en mayor medida en los hábitos de alimentación de las personas adultas mayores y en la falta de adherencia al tratamiento en el aspecto alimentario (Exton, 2002).

En relación a la práctica de actividad física y/o deporte se reconoce que las personas adultas mayores se enfrentan a la pérdida de tejido óseo y esquelético. Lo que provoca cambios en la constitución de los músculos y huesos, esa condición tiende a incrementar las actividades sedentarias en vez de la actividad física (Landinez et al., 2012). Asimismo, los aspectos sociales y culturales sustentados en mitos, estereotipos negativos sobre la vejez y la inactividad física repercuten en la falta de programas especializados de actividad física, ejercicio o deporte, para reducir el sedentarismo en las personas adultas mayores

(OPS, 2002). Ante esa situación, es importante preguntarse ¿Qué componentes de la adherencia al tratamiento intervienen en los hábitos de salud para que las personas adultas mayores logren un envejecimiento saludable?¹⁸

Sobre este tema se ha determinado que la adherencia al tratamiento está fundamentada en el comportamiento de la persona enferma (componente comportamental) y si este comportamiento concuerda con los objetivos de salud establecidos en mutuo acuerdo con el personal de salud (Ortega et al., 2009). De este modo, la adherencia al tratamiento requiere motivación y compromiso de la persona enferma (componente personal) y una responsabilidad compartida con el personal de salud (componente relacional). Por ello, la adherencia al tratamiento es un proceso social complejo que puede originar ambivalencias que producen resistencias al cambio y la falta de adherencia al tratamiento (Ortega et al., 2009; Torresani et al., 2011).

El estudio de estas ambivalencias implica examinar el impacto de diversos factores en los componentes de la adherencia al tratamiento (Ortega et al., 2009). Es por este motivo, que las estrategias para la adherencia al tratamiento médico de las enfermedades crónico-degenerativas se fundamentan en la educación del autocuidado para la salud (Castañeda et al., 2015; DOF, 2018a). Lo que involucra “la capacidad de las personas para prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades” (OMS, 2019, p. 10). Esa educación se dirige, principalmente, a los hábitos de salud para el consumo de medicamentos, el consumo de una alimentación saludable y la práctica de actividad física o deporte; para disminuir las ambivalencias que producen la falta de adherencia al tratamiento que conlleva a los efectos negativos de ese tipo de enfermedades.

Los efectos negativos de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en el ámbito laboral de las personas adultas mayores se enfocan en la capacidad de trabajo. Diversos estudios han señalado que el estrés laboral propicia un mayor descontrol metabólico del cuerpo y un mayor cansancio psíquico o físico (García y García, 2005; Mahan y Raymond, 2017). Por todo eso algunas personas adultas mayores mencionaron que la presencia de ese tipo de enfermedades propició su jubilación, por el estrés que les generaba su trabajo aunado al estrés que les producía su enfermedad crónico-degenerativa (García y García, 2005).

En el ámbito económico, la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario impacta negativamente en la economía personal, familiar y en el sistema de salud. El tratamiento médico involucra la compra de medicamentos especializados y una alimentación saludable, caracterizada por una dieta especial con alimentos específicos (bajos en grasa, azúcar, sodio, entre otros requerimientos) (Mahan y Raymond, 2017). Esa alimentación, por lo general, tiene un mayor costo en el mercado, incrementándose el gasto económico de manera permanente. Eso tanto para las personas adultas mayores como para la familia que cuida de ellos. Ese incremento en el gasto familiar aumenta la probabilidad de no seguir el tratamiento médico. En otras palabras, una mala alimentación impacta en una baja adherencia al tratamiento, lo cual provoca complicaciones en la enfermedad que requieren mayor atención hospitalaria incrementando el costo en la atención y el tratamiento médico (García y García, 2005).

¹⁸ El envejecimiento saludable es “el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2019, p. 1).

El impacto económico de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario tienden a repercutir negativamente en el desarrollo social del país, al profundizar la pobreza (INSP, 2009; OMS, 2010). Al respecto, se ha detectado que el desarrollo de ese tipo de enfermedades produce un círculo vicioso que se caracteriza en la pobreza que expone a las personas a factores de riesgo comportamentales. A su vez, las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario tienden a llevar a las personas a la pobreza (OMS, 2010)¹⁹. De esa forma, este círculo vicioso genera falta de recursos económicos y de acceso para la detección temprana, a su vez a limitaciones en la adherencia al tratamiento médico recomendado.

En el ámbito familiar, el desarrollo de comorbilidades asociadas a las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en las personas adultas mayores propicia un aumento en la demanda de atención médica especializada domiciliaria (Espinel et al., 2011; Mahan y Raymond, 2017). Ese tipo de atención médica consiste en que las personas adultas mayores reciban atención de cuidados geriátricos y un tratamiento especializado de carácter hospitalario en el hogar (Espinel et al., 2011).

De igual modo la lenta evolución de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario generan situaciones de estrés no solamente para las personas adultas mayores, sino también para la familia que cuida de ellos (Espinel et al., 2011). Se ha identificado que brindar un atención y cuidado a la salud por períodos prolongados provoca cansancio físico, así como emocional en los miembros de las familias que cuidan de las personas adultas mayores (Fernández, 2004). Por consiguiente, la presencia de ese tipo de enfermedades provoca diversas respuestas familiares adaptativas (funcionales o disfuncionales), para enfrentar esta crisis de salud familiar (Fernández, 2004).

Entre las diversas respuestas adaptativas destacan los cambios en los arreglos, así como en las funciones familiares con la finalidad de otorgar apoyo para la atención y cuidado de las personas adultas mayores enfermas (Fernández, 2004; Montes de Oca y Hebrero, 2009). Diversos autores (Carmona, 2009; Carmona, 2011; Montes de Oca y Hebrero, 2009) mencionan que el tiempo, así como los recursos económicos, materiales, además de los humanos destinados a la atención y cuidado de la persona enferma son los principales elementos que desencadenan la reconfiguración de la estructura y dinámica familiar. Esa reconfiguración origina la reorganización de las actividades internas de las familias para dedicar más tiempo, a su vez de recursos a la atención y cuidado de las personas adultas mayores enfermas (Montes de Oca y Hebrero, 2009).

En definitiva, el aumento en el diagnóstico de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en la población mexicana propició que la estrategia del autocuidado para la salud se impulsara para la prevención y el control de ese tipo de enfermedades. El propósito del autocuidado para la salud es que a través de conocimientos y aprendizajes las personas que viven la enfermedad se motiven y modifiquen las conductas que los hicieron enfermar, para adherirse al tratamiento médico recomendado. Para lograr ese propósito es necesario que las personas eliminen sus propias limitaciones, para adoptar hábitos saludables con el apoyo del personal médico y sus respectivas familias (Aguilar, et al., 2017; Dilla, et al., 2009).

¹⁹ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud las enfermedades crónico-degenerativas o no transmisibles obedecen a cuatro factores de riesgo comportamentales: el consumo de tabaco, de dietas no saludables, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol que reflejan los determinantes socioeconómicos que las originan (OMS, 2010).

Es preciso señalar que los hábitos de salud se construyen en diversos ámbitos, así como durante toda la vida en relación a un sistema de creencias y necesidades de salud (Gonzalbo, 2006; Perera, 2012). Las creencias de salud se fundamentan en el reconocimiento que un comportamiento saludable específico previene la enfermedad o aumenta la probabilidad de recuperar la salud (Moreno y Gil, 2003). Las necesidades de salud se relacionan al grado de salud-enfermedad que las personas experimentan en función a necesidades básicas (salud física, autonomía, entre otras). Además de las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, etc.) según las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población (Torres et al., 2006). De este modo, es preciso examinar cuáles creencias y necesidades de salud tienen las personas que viven con una enfermedad crónica-degenerativa de riesgo coronario para mantener controlada la enfermedad porque se reconoce que en este tipo de enfermedades no se puede recuperar la salud.

Asimismo, los hábitos de salud se aprenden a través del proceso de sociabilización, principalmente en el ámbito familiar. Se refiere que una vez adquiridos son difíciles de modificar porque involucran aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y educativos (Guerrero y León, 2010). Por consecuencia, el aspecto educativo toma relevancia para la modificación de los hábitos no saludables, para mantener la salud en un proceso de enfermedad especialmente si este proceso es crónico-degenerativo y requiere de un tratamiento y cuidado médico especializado a largo plazo (Coral y Vargas, 2014; Guerrero y León, 2010). De esa manera es conveniente estudiar cómo los conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud contribuye a la adopción de hábitos de salud, así como mantener controladas las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario.

El análisis de los hábitos de salud desde el contexto social y de la experiencia del autocuidado de la salud de mujeres adultas mayores permite examinar el complejo proceso de la adherencia al tratamiento médico para el control de la diabetes mellitus, así como de la prevención de comorbilidades asociadas a esta enfermedad. A través de ese análisis se identifica cómo han cambiado los hábitos de salud de las mujeres adultas mayores para mantener la adherencia al tratamiento médico en la diabetes mellitus. Por ello, el propósito de esta investigación es:

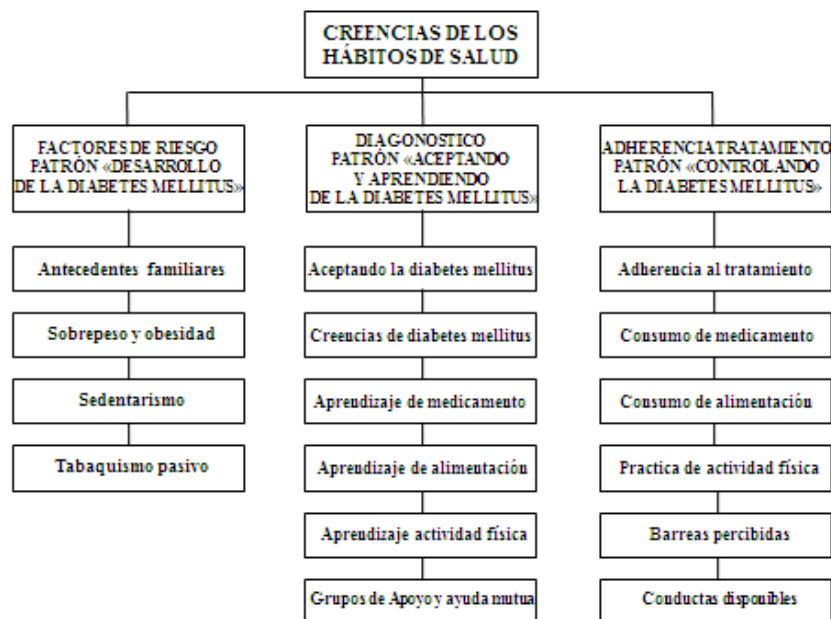
1.5.1 Objetivo general.

Comprender las creencias de los hábitos de salud en las mujeres adultas mayores en el tratamiento de la diabetes mellitus desde su experiencia de autocuidado para la salud.

1.5.1.1. Objetivos específicos

- Distinguir los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores.
- Examinar conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores en el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus.
- Contrastar conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social que intervienen en los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus en las mujeres adultas mayores durante la etapa de vejez.
- Discutir las implicaciones de los conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social en los hábitos de salud en las diversas etapas de vida de las mujeres adultas mayores para la adherencia al tratamiento y el control de la diabetes mellitus.

Ilustración 1. Esquema rector de objetivos de investigación



Fuente: elaboración propia.

1.6. Justificación

Los estudios sobre la adherencia al tratamiento médico de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario han generado un gran interés en la comunidad científica desde la perspectiva social (Martín et al., 2014). La mayoría de estas investigaciones centran su análisis en la relación médico-paciente y el consumo de medicamento y debido a ello existen pocos estudios que examinan los hábitos de salud en el consumo de una alimentación saludable, así como la práctica de actividad física desde la experiencia subjetiva del autocuidado para la salud de personas adultas mayores. Examinar la adherencia al tratamiento médico permitirá comprender este proceso complejo en beneficio de las personas adultas mayores, la familia que cuida de ellos y para el sistema de salud.

Desarrollar estos estudios con la actual pandemia de diabetes mellitus ha generado el interés de diversos organismos de salud nacionales e internacionales, porque cada día se suman más factores de riesgo que se asocian a una mortalidad prematura como ahora es la enfermedad del COVID-19 originada por el coronavirus SARS-CoV-2 (INSP, 2009; OMS, 2018). La interacción de estas enfermedades promueve la investigación científica sobre los factores de riesgo biológicos y socioculturales de este tipo de enfermedades en las diversas etapas de la vida para la prevención de discapacidades y muertes prematuras (Gutiérrez, 2020; OMS, 2018). Estudiar los factores de riesgo de la diabetes mellitus en el proceso salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento en las etapas previas de la vida de las personas adultas mayores permite contribuir al desarrollo de estrategias de prevención para las personas adultas mayores y otros grupos de edad.

A su vez este estudio de los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus contribuirá al conocimiento científico específicamente al tema del derecho a la salud de las personas mayores que es una materia importante del trabajador social, especialmente para aquellos que ejercen su labor en los servicios de salud. En este sentido, trabajo social es una disciplina que tiene como uno de sus principales objetivos analizar las realidades cotidianas de las personas, grupos y comunidades para generar estrategias de intervención que faciliten el cambio social (Commisso, 2015). Esta disciplina cuenta con una especialidad enfocada a las personas adultas mayores, bajo la perspectiva de la gerontología social, cuyo propósito es la promoción de los derechos humanos en la etapa de vejez.

La importancia de comprender los hábitos de salud en las mujeres adultas mayores en el tratamiento de la diabetes mellitus desde su experiencia de autocuidado para la salud es porque las personas mayores diagnosticadas con diabetes mellitus son más susceptibles a desarrollar depresiones, discapacidades y muerte prematura (Araya, 2004; Peralta, 2006). Prevenir esas consecuencias requiere una atención médica especializada que implica un gasto económico individual y social. Identificar los factores inmersos en el proceso de salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento es importante para contribuir a la reducción de las desigualdades sociales en salud en este grupo de edad. Así mismo se tiende a producir empobrecimiento, exclusión social y una desigualdad social en salud de las personas.

Analizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en un grupo de mujeres adultas mayores permite profundizar en los factores diferenciales de este proceso en hombres y mujeres, desde aspectos de salud y preparación de alimentos, para promover que las mujeres cuiden su salud con autonomía e independencia. Eso de acuerdo a que en las últimas décadas ha aumentado la demanda de atención integral en aspectos de salud y sexualidad desde un enfoque de género (INMUJERES, 2005). Debido a ello, se han incrementado los servicios de atención a la salud dirigidos a la población femenina en todos los grupos de edad, y no solamente en la etapa reproductiva, con el propósito de promover el autocuidado de la salud para que las mujeres tomen decisiones de cuidado que favorezcan su salud.

Además, al identificar los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores permitirá examinar cómo la transición alimentaria modificó los patrones de alimentación de las familias. Así como explorar conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores en el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus permitirá analizar las creencias de salud que influyen en las personas para aceptar la enfermedad e iniciar cambios en los comportamientos preventivos y protectores de la salud.

También al interpretar los conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social que intervienen en los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus en las mujeres adultas mayores durante la etapa de vejez permitirá analizar las barreras personales, familiares y de la estructura social que impiden la adherencia al tratamiento. Entender las implicaciones de los conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social en los hábitos de salud en las diversas etapas de vida de las mujeres adultas mayores para la adherencia al tratamiento. Así como el control de la diabetes mellitus permitirá identificar conductas disponibles y las contraindicaciones en el proceso de

diabetes mellitus para promover la adherencia al tratamiento para un envejecimiento saludable.

Por lo tanto, estudiar los hábitos de salud para reducir la falta de adherencia al tratamiento y las comorbilidades de esta enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario es importante para el derecho a la salud de las personas adultas mayores, así como de otros grupos de edad. El análisis de los hábitos de salud para la adherencia de un tratamiento prolongado permite comprender el complejo proceso de la falta de adherencia al tratamiento. El proceso de la falta de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus es complejo porque involucra aspectos económicos y socioculturales (Michalewicz, Pierru y Ardila, 2014).

Entre uno de los principales desafíos que existen en la sociedad actual es transformar la creencia que todas las personas adultas mayores viven el proceso de envejecimiento de manera similar, porque viven las mismas condiciones económicas, sociales, políticas y culturales. En donde el concepto de vejez es entendido como una etapa de la vida que se caracteriza por diversos cambios biológicos, psicológicos, sociales, entre otros; que genera diversos desafíos para las personas adultas mayores (Aguilar et al., 2009; Carmona, 2009). Por esa razón comprender el proceso de envejecimiento desde la experiencia de un grupo de mujeres adultas mayores que viven con el diagnóstico de diabetes mellitus en uno de los estados de la república mexicana que registra un envejecimiento demográfico acelerado, como es el caso de Nuevo León, permitirá evidenciar la heterogeneidad de ese proceso.

Otra situación importante de identificar con mayor precisión son las necesidades de salud de las personas mayores, eso para garantizar un envejecimiento saludable y su inclusión en la sociedad. Eso a partir del estudio de los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus desde la experiencia de las personas adultas mayores. De acuerdo a la política social que refiere que las personas adultas mayores son sujetos de derecho y por ese motivo se ha impulsado la política pública nacional de las personas adultas mayores (Gobierno Federal, 2009). Ésta promueve el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a solucionar los diversos desafíos que vive este grupo poblacional para asegurar un envejecimiento saludable con autonomía e independencia.

La propuesta aportará un análisis de los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en un grupo de mujeres adultas mayores que brindará conocimiento teórico y metodológico. Para contribuir al diseño de programas y proyectos de salud pública dirigidos a la prevención y tratamiento a nivel local o como una aportación nacional. A su vez en el control de esta enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario. Eso se manifiesta de acuerdo a la política de salud pública que promueve la investigación científica, así como especializada de las causas y consecuencias de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario a nivel personal, familiar, además de comunitario. A partir de estos hallazgos se diseñan e implementan programas y proyectos de salud pública.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.

2.1. La atención de enfermedades y la atención y cuidado de la salud.

Desde principios del siglo XX el derecho a la protección de la salud se reconoce como un derecho social indispensable; para el desarrollo económico, político y social de los países (Aguirre, 2009; Uribe, 2009; Uribe y Abrantes, 2013)^{20, 21}. En México, los diversos gobiernos establecidos a partir de los primeros años del siglo XX han tomado decisiones y acciones políticas para cumplir, en mayor o menor medida, con ese derecho fundamental. Esas intervenciones gubernamentales han conformado, a decir de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Antología de la Atención a la Salud en México (OPS, 2017) que permite examinar en qué medida esas decisiones y acciones han contribuido al país.

De este modo, examinar la conformación del sistema de salud es importante para identificar cómo la atención y cuidado de salud se ha transformado con el paso de los años en base a nuevas necesidades de salud de la población. En este sentido, los cambios dinámicos de patrones de salud y enfermedad en el conjunto de la población. Eso ha propiciado el desarrollo e implementación de estrategias de salud con el propósito de enfrentar los retos de la transición epidemiológica para mantener el desarrollo económico y social del país. Por consiguiente, la atención y cuidado de la salud se ha enfocado desde hace décadas a la prevención. Así como en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias y la prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario que se caracterizan por un cuidado de la salud a largo plazo.

2.1.1. Las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En principio, durante la presidencia de Porfirio Díaz (1885-1911) se establecieron los fundamentos normativos para la protección de la salud sustentados en el modelo político-médico de la higiene (Secretaría de Salud, 2017). A través de esa política se intentaban controlar las principales enfermedades infecciosas, porque en esa época eran las primeras causas de morbilidad y mortalidad entre los diversos grupos sociales de la población. Al respecto, se tiene registro que en el año 1893 las epidemias de tifoidea y de viruela ocasionaron la muerte de aproximadamente 50,000 mexicanos. En el año 1899 murieron 38,000 niños durante la epidemia de la viruela (Mexico 2010, 2017).

²⁰ El derecho a la protección de la salud tiene como finalidades “el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social, la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud” (Gobierno Federal, 1984, p. 1).

²¹ De acuerdo con Donnelly (1998) el origen de los derechos humanos son el resultado de los movimientos sociales que buscaban satisfacer las necesidades de la población a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Sobre este tema, Soriano (2003) señala que después de la segunda guerra mundial la principal transformación de éstos se relaciona a la inclusión de criterios de contenido, de fundamento, de titularidad y de naturaleza jurídica que les otorga una exigibilidad al Estado, surgiendo una nueva clase de derechos humanos: de segunda generación o derechos sociales, económicos y culturales (Soriano, 2003, p. 284).

Debido a este contexto epidemiológico, el Consejo de Salubridad crea el primer código sanitario del siglo para enfrentar esos problemas de salud pública (OPS, 2017). Ese código sanitario presentaba la organización de los servicios de salud y reflejaba la política centralista que caracterizada al Porfiriato, porque los servicios de salud estaban distribuidos principalmente en la capital (Secretaría de Salud, 2017). A través de los lineamientos normativos de este código sanitario entre los años 1902 y 1907 se generaron campañas contra la tifoidea, la viruela, la fiebre amarilla, el paludismo, así como la sífilis (OPS, 2017).

Posteriormente, el Estado amplía la competencia federal en materia de higiene y sanidad. En el año 1908 se reformó el artículo 72° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1857 para otorgar a los poderes de la Unión la salubridad general. Así como el derecho del uso y aprovechamiento del agua (OPS, 2017; Secretaría de Salud, 2017). Asimismo, se crearon alianzas con organismos internacionales para la protección de la salud. Siendo un ejemplo de esas alianzas la que se registró en el año 1910 cuando se estableció el decreto 401 que hizo posible la fundación de la Cruz Roja Mexicana que después se incorporó a la Federación Internacional de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Cruz Roja Mexicana, 2017). Con esas intervenciones gubernamentales el tema de la higiene, como fundamento ideológico para el derecho de la protección de la salud, se vinculó con aspectos de carácter ambiental (desastres naturales), de riesgo (hambrunas) y bélicos (Guerras Mundiales).

En el año 1916 un diagnóstico de salud pública determinó que los problemas de higiene se habían agravado por el movimiento de la Revolución Mexicana, específicamente en las zonas rurales, porque la mayoría de los servicios de salud se concentraban en la ciudad de México debido a la política centralista del Porfiriato (Gudiño et al., 2012). Por ese motivo, Venustiano Carranza (1914-1920) continuó con el proyecto de garantizar el derecho a la protección de la salud a través de una ideología socialista que promovía la eliminación de la propiedad privada, para repartir la riqueza justamente e impulsaba la garantía de los derechos sociales de todos los mexicanos (Cárcar, 2013). Por consecuencia, se generaron reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1857, para garantizar el derecho a la protección de la salud de los mexicanos (Gudiño et al., 2012).

En el caso de las reformas de la Constitución Política de 1857 en materia de salud se concretaron en los artículos 73° y 123° de la nueva Constitución Política de 1917 (que sigue vigente en la actualidad) (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2012). La reforma del artículo 73° otorgó al poder legislativo la salubridad general decretándose que el Consejo de Salubridad General dependiera directamente del Presidente de la República con esta acción se evitaba que las Secretarías de Estado intervengan en las decisiones de salud nacional (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2012). Como resultado se estableció que las estrategias generales de salud serían obligatorias en todo el territorio mexicano con la finalidad de impulsar una equidad en la distribución de las condiciones de salud para todos los mexicanos (Cabrera et al., 2011; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2012).

Es preciso mencionar que con la reforma al artículo 73°, el Consejo de Salud General adquirió el compromiso de implementar estrategias preventivas inmediatas ante contingencias que atentaran contra la salud de la población como es el caso de las epidemias (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2012). Entre esas estrategias preventivas se encuentran las medidas de higiene colectiva en espacios

públicos, así como en el desarrollo de sueros y vacunas para el control de enfermedades endémicas y epidémicas (Cárdenas, 2010; Gudiño et al., 2012). Por consiguiente, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se determinó que la prioridad de la protección de la salud en la población se dirige al control de las enfermedades infecciosas originadas por organismos virales o bacterianos por tratarse de una contingencia sanitaria.

En relación a la reforma del artículo 123° de la Constitución Política de 1917, se decretó el derecho a la protección de la salud durante la jornada de trabajo. En este sentido, se reconocía que toda persona tenía derecho al trabajo digno y socialmente útil que le garantizara este derecho social. Además, el artículo constitucional decretaba la protección de la salud a las familias de los trabajadores. Es preciso señalar que a pesar de la voluntad política tanto la Ley Federal del Trabajo como la Ley del Seguro Social no se concretaron en este período presidencial, porque la primera de ellas se instauró el 28 de agosto de 1931 (DOF, 1931) y la segunda de ellas el 12 de marzo de 1943 (DOF, 1943).

De manera que la demora en el decreto de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley del Seguro Social obedeció a diversos conflictos políticos internos y externos (Cárcar, 2013; México 2010, 2017). Los conflictos políticos internos provenían de las secuelas de la Revolución Mexicana, principalmente de los generados por los grupos de poder que estaban ampliamente extendidos por el territorio mexicano. Así como de los conflictos políticos externos procedían de conflictos económicos entre México, Estados Unidos y países de Europa; por el pago de la deuda externa adquirida por México en el año 1911 con el banco Speyer Co de Nueva York (México, 2017). El resultado de esos conflictos fue la ausencia de un marco jurídico que legitimará una base de seguridad social para los trabajadores. Por consecuencia las problemáticas de salud se seguían enfrentando con estrategias sustentadas en la relación patrón-trabajador o de manera individual.

Las intervenciones gubernamentales para garantizar el derecho a la protección de la salud se materializaron durante la presidencia de Álvaro Obregón (1920-1924). Sobre este tema, Meza (2013) menciona que a partir de ese momento se iniciaron los gobiernos posrevolucionarios caracterizados por implementar un proyecto ideológico basado en la reconstrucción nacional. Así como el fortalecimiento de las instituciones del Estado para posicionar a México dentro de la categoría de un Estado moderno. Durante ese período se crearon diversos institutos, comisiones especiales, así como convenciones dirigidos a la higiene. Así mismo en la salud pública como fundamento ideológico, para reducir el desarrollo de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

De ese modo, en el año 1921 se creó el Instituto de Higiene y se estableció una Comisión para promover la Campaña contra la Fiebre amarilla que contaba con la participación de la Fundación Rockefeller (institución privada y de origen estadounidense) (OPS, 2017). Es preciso señalar que esta fundación invirtió recursos, para la formación de profesionales de la salud en Estados Unidos. Generando diversos desafíos cuando esos profesionistas regresaron al país para brindar atención y cuidado para la salud sin contar con los recursos económicos, así como materiales necesarios de acuerdo a su proceso de aprendizaje. Posteriormente, en el año 1922 se inauguró la Escuela de Salubridad con el propósito de formar personal especializado en medicina preventiva para el control de las enfermedades infecciosas y comenzar a intervenir en otros aspectos de salud pública no identificados con anterioridad (OPS, 2017).

En el año 1922 se llevó a cabo la primera Convención Sanitaria Nacional con la finalidad de abordarse diversos temas en relación a las causas, consecuencias y avances tecnológicos; para el tratamiento de la malaria, fiebre amarilla, tuberculosis, entre otras enfermedades infecciosas y parasitarias en el contexto nacional (Secretaría de Salud, 2017). También se abordó la importancia de la desratización (eliminación de ratas y ratones) de los puertos para promover el comercio exterior entre los países y con eso impulsar el desarrollo económico y social de México (OPS, 2017; Secretaría de Salud, 2017). Es preciso señalar que la reciente apertura comercial entre los países propició que el Comité Internacional de Banqueros negociara en Nueva York la deuda externa de México con los países acreedores con el propósito de promover el comercio exterior y el desarrollo económico de las naciones involucradas (Meza, 2013).

Es importante mencionar que el intercambio comercial entre naciones, principalmente por vía marítima, fue uno de los principales factores que impulsaron el avance científico en temas de higiene y salud pública. Se refiere que al inicio de la presidencia de Plutarco Elías Calles (1924-1928), México y diversos países de América Latina registraron ese avance científico (OPS, 2017; Secretaría de Salud, 2017). Ese avance científico se originó, porque los procesos de importación-exportación promovían el control y la no propagación de enfermedades infecciosas entre los territorios.

Sobre ese tema se refiere que la cuarentena fue la principal estrategia político-médica internacional para la regulación de ese tipo de enfermedades en puertos y fronteras. Aunque presentaba algunas desventajas para los procesos de intercambio comercial, principalmente, la demora en las negociaciones (Secretaría de Salud, 2017). Por ese motivo, diversos países de América Latina consideraron prioritario investigar nuevos modelos de control que agilizaran los intercambios comerciales sustentados en estrictas normas de higiene y de salubridad. De ese modo, surge el Código Sanitario Panamericano para impulsar una política de salud continental y mejorar el comercio, así como la economía entre las naciones (OPS, 2017). Por lo que México firma ese acuerdo internacional concretando así uno de los principios de los gobiernos posrevolucionarios que era transformar a México en un Estado Moderno (Cárcar, 2013).

Cuando se cumplió ese principio gubernamental, las estrategias de intervención para garantizar el derecho a la protección de la salud se ampliaron a la etapa de la infancia (OPS, 2017). Durante la presidencia de Emilio Portes Gil (1928-1930), se consideró que la atención, así como el cuidado de la salud durante el embarazo y en la niñez era fundamental para el desarrollo económico, así como social del país realizándose así el Primer Congreso Mexicano del Niño. En donde se abordaron temas relacionados a enfermedades hereditarias (transmisión de genes), infecciosas y parasitarias en las madres e hijos, entre otros temas (Espinosa, 2016). Al mismo tiempo, se constituyó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y el Servicio de Higiene Infantil para ampliar la atención, además del cuidado de la salud para las madres y sus hijos a través de servicios de salud más especializados para posteriormente extender esos conocimientos y aprendizajes a zonas rurales del país (Alanís, 2015; OPS, 2017).

Llegando a este punto es preciso recapitular que las intervenciones gubernamentales para garantizar el derecho a la protección de la salud comprendieron reformas a la Constitución Política de México. La creación de códigos sanitarios, campañas nacionales y decretos de alianza. Así como la organización de comisiones especiales, convenciones, convenios y congresos que dieron origen a institutos nacionales de salud pública. Los diferentes

gobiernos impulsaron el derecho a la protección de la salud fundamentada en la higiene y salud pública para el control de las enfermedades infecciosas asociándola a contingencias ambientales, de riesgo, de conflictos bélicos, así como de intercambio comercial (nacional e internacional). Considerando a los diferentes grupos poblacionales, especialmente, a las madres y sus hijos en contextos urbanos y rurales. Esas intervenciones gubernamentales tenían como propósito el desarrollo económico y social del país. Sin embargo, a finales de los años treinta aún quedaba un tema pendiente por institucionalizar: la seguridad social de los trabajadores.

Sobre este tema, se refiere que después de que concluyó el movimiento armado de la Revolución Mexicana existieron diversos acontecimientos nacionales e internacionales que obstaculizaron la implementación de la seguridad social, para los trabajadores como se había prometido en este movimiento social (Cárcar, 2013; Morales, 2017). Los conflictos políticos internos de los grupos de poder impulsaron movimientos armados posteriores que evitaron establecer un diálogo que unificará los criterios normativos para el decreto de la seguridad social (Cárcar, 2013). Las consecuencias de la crisis mundial de la Gran Depresión de 1929 influyeron en las decisiones económicas nacionales y en las relaciones obreras para llegar a un acuerdo respecto a la seguridad social (Morales, 2017)²².

Por consiguiente, cuando Pascual Ortiz Rubio asume la presidencia de la República (1931-1932), enfrenta las consecuencias económicas, políticas y sociales de la Gran Depresión de 1929. Por ese motivo, decretó una política económica clásica caracterizada por la disminución del gasto público, el no endeudamiento y la reducción de la emisión de la moneda (Morales, 2017). Asimismo, retoma la cuestión de la seguridad social para finalizar las huelgas de obreros y establece las bases normativas que dan sustento a la Ley Federal del Trabajo de 1931 que vinculan el trabajo socialmente útil con los movimientos sindicalistas, los accidentes laborales y las enfermedades profesionales relacionadas con la actividad laboral (Morales, 2017).

Al respecto, Morales (2017) refiere que el decreto de la Ley Federal del Trabajo de 1931 no se concretó a favor de los trabajadores, sino más bien ésta beneficiaba a empresarios y grupos políticos. Eso porque se imponían penalizaciones a los movimientos huelguistas y debido a este aspecto las manifestaciones obreras persistieron. A su vez los movimientos huelguistas aumentaron porque la política económica clásica no estaba mejorando la situación económica del país. Ante esta situación, y por otras cuestiones políticas, el presidente deja su cargo en el año 1932 no sin antes formalizar los primeros convenios de coordinación entre los servicios de salud federales y locales con el propósito de homogeneizar los procesos administrativos para reducir el gasto público en salud (OPS, 2017).

Los años 1933 y 1934 se caracterizaron por un breve período presidencial, a cargo Abelardo L. Rodríguez, y también por las numerosas estrategias gubernamentales para mantener el derecho a la protección de la salud, así como el desarrollo social del país en una etapa de crisis económica. En primera instancia, el Estado sustituyó las medidas económicas clásicas, consideradas restrictivas, por medidas económicas liberales

²² En relación a la influencia de la Gran Depresión de 1929 en las decisiones económicas nacionales, se indica que la economía mexicana estaba ligada a la estadounidense a través de la exportación de materias y el flujo de capitales. De ese modo, esta crisis originó la reducción de la compra de materias nacionales, principalmente minerales, y la disminución en la adquisición de mano de obra mexicana trayendo como resultado la reducción del PIB nacional en un 17 % (representando una caída anual de 4.7% durante los tres años subsecuentes) y una serie de despidos obreros en diversas partes del territorio mexicano. Esos despidos desencadenaron numerosas huelgas a nivel nacional (Morales, 2017).

Keynesianas que incluían el establecimiento de políticas expansionistas como el aumento del gasto público en infraestructura (Morales, 2017). Estas medidas económicas liberales se aplicaban en la mayoría de los países debido a la crisis mundial de la Gran Depresión de 1929 con el propósito de obtener un resultado más positivo, para el progreso económico y social (Morales, 2017).

Al mismo tiempo, se implementaron mayores avances tecnológicos para el control de las enfermedades infecciosas como la Campaña Antituberculosa asistida con quimioterapia con el propósito de que las personas enfermas no fueran atendidas solamente en los hospitales país (Alanís, 2015; OPS, 2017). Por otra parte, se identificó el desarrollo de diversas enfermedades respiratorias como el cáncer de pulmón, fibrosis pulmonares, distintas neumonías (más graves que la ocasionada por el clásico neumococo), bronquitis crónica, enfisema y asma bronquial (estas tres últimas descritas como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC]) (Rivero, 2017). Por consiguiente, se refiere que en esta época se impulsaron estrategias innovadoras para el derecho a la protección de la salud adaptándose a las carencias económicas presentadas, aunque también por el desarrollo paulatino de otro tipo de enfermedades no infecciosas.

2.1.2. El proceso de industrialización y el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario.

A partir del Gobierno de Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940) se establece el plan sexenal presidencial con la finalidad de orientar el programa del gobierno, para satisfacer las demandas económicas y sociales de los mexicanos especialmente la protección de la salud de aquellos que vivían en las zonas ejidales del país. Por consecuencia las estrategias gubernamentales se dirigieron a impulsar el proceso de industrialización (iniciado en las últimas décadas del siglo XIX), en la agricultura para cumplir las promesas adquiridas en la primera reforma del sistema agrario²³. De acuerdo a Cárcar (2013), la primera reforma del sistema agrario, que surge por los enfrentamientos armados de la Revolución Mexicana respecto al tema de la tenencia de la tierra y que tuvo como objetivo impulsar el desarrollo económico, así como social del país. A partir de eliminar la propiedad privada de las tierras para crear un sistema de propiedad colectiva que repartiera la riqueza de las tierras, así como de la agricultura de manera justa entre los campesinos.

Cabe destacar que en esta época aún estaban vigentes las consecuencias económicas, políticas y sociales de la Gran Depresión de 1929. Por ese motivo los objetivos de esa primera reforma del sistema agrario se modificaron generando cambios en el proceso de industrialización de la agricultura trayendo como consecuencia transformaciones en los procesos de producción (Cárcar, 2013). Se refiere que antes de esa crisis mundial la importación de productos era esencial para cubrir la demanda de los mercados internos del país (Cárcar, 2013). Después de que surge esta crisis y se colapsan numerosas empresas extranjeras posicionadas en los diversos países latinoamericanos, incluyendo México. Se generó una nueva visión respecto a la expansión del mercado interno para producir lo que se importaba y así asegurar la estabilidad de los países (Cárcar, 2013; Morales, 2017).

²³ De acuerdo a Cárcar (2013), durante el siglo XX han existido dos reformas agrarias en México. La primera reforma se originó durante la Revolución Mexicana con el propósito de expropiar las tierras a los hacendados y entregarlas a los campesinos para la creación de ejidos bajo la tutela del Estado. La segunda reforma se implementó en 1992 con la finalidad de permitir la privatización de la tierra sin la injerencia del Estado.

De ese modo, el Gobierno de Lázaro Cárdenas determinó que sobrellevar las consecuencias de esa crisis mundial dependía de crear una alternativa de desarrollo económico que mantuviera el desarrollo social del país o de imitar la estrategia del modelo capitalista implementado en otros países industrializados, para impulsar todavía más el desarrollo económico y social (Morales, 2017). De esa forma, las consecuencias de la Gran Depresión de 1929 modificaron el objetivo de la primera reforma del sistema agrario y México ya no se convertiría en un país agroexportador, como se pretendía, sino más bien se integraría al modelo de desarrollo industrial adoptado por otros países (Cárcar, 2013; Morales, 2017). Por consiguiente, el diseño de estrategias para promover la industrialización de México en otros sectores productivos permitieron visualizar una mayor integración con otros países en aspectos económicos, políticos y sociales; para así mantenerse como un Estado Moderno (Cárcar, 2013).

Sin embargo, en el año de 1938 el país vivió una crisis petrolera que ocasionó una caída en la actividad económica y por consecuencia se vieron afectas, principalmente, las exportaciones de combustible, venta de minerales e inversiones del sector privado (Cárcar, 2013). De ese modo, esa crisis petrolera propició que las intervenciones gubernamentales se enfocaran a la producción de materias primas, así como en la creación de infraestructura en las regiones del centro y norte de México. Porque en esas zonas eran en donde se llevaba a cabo en mayor medida el proceso de industrialización, y por este motivo se redujeron estas intervenciones en el sur del país (Cárcar, 2013). De la misma manera, las estrategias de intervención gubernamentales que tenían como propósito garantizar el derecho a la protección de la salud y a la educación se reestructuraron para promover esta industrialización del país.

La reestructuración de las estrategias de intervención gubernamentales para garantizar la atención y cuidado de la salud, así como el derecho a la educación dieron por resultado la implementación de tres iniciativas (Cárcar, 2013; OPS, 2017). La primera de ellas se decretó el 18 de julio de 1936 cuando se declaró de interés público la campaña contra el paludismo, porque era una de las principales enfermedades parasitarias en donde las personas de todos los grupos de edad perdían la vida (Secretaría de salud). De ese modo, se establecieron servicios de salud para proporcionar saneamiento en las principales áreas afectadas, así como en pláticas educativas que orientaban a la población acerca de la prevención y el tratamiento de esa enfermedad (Cárcar, 2013; OPS, 2017).

La segunda iniciativa se formalizó en 1936 y consistió en la implementación del servicio social en los estudiantes de medicina como requisito obligatorio para la obtención del título profesional (OPS, 2017). Con esa iniciativa se esperaba una distribución de los médicos en todo el territorio nacional. Asimismo, se tenía la expectativa de que los estudiantes proporcionaran servicio preventivo y curativo individual, así como colectivo. Se realizara investigación científica aplicable en la práctica y colaboraran con el Departamento de Salubridad para la elaboración de estadísticas, censos, gráficas y mapas (Cárcar, 2013).

La tercera iniciativa era la creación de servicios médicos ejidales para promover la justicia y regeneración social, especialmente de los sectores campesinos, así como obreros (Cárcar, 2013; OPS, 2017). De este modo, se propuso aumentar el presupuesto del sector salud a 5.5% del total de los egresos de la federación para destinar dicho incremento a los servicios de salud de los estados. Así como en las labores de higiene industrial, a la prevención de la mortalidad infantil, al control de las epidemias, a la formación del personal médico en comunidades rurales y a la coordinación de los servicios de salud a nivel federal, estatal y municipal (Cárcar, 2013). Por consecuencia, el Estado incrementó los servicios médicos,

así como en la educación en el sector rural, que en ese momento constituía la mayor parte de la población nacional, cuyas condiciones de vida mostraban el desfase del país respecto de los patrones ideales de modernización (Cárcar, 2013; Morales, 2017).

Después en el año 1937 se decretó la creación de la Secretaría de Asistencia Pública con el propósito de administrar hospitales, dispensarios, consultorios y establecimientos que en ese momento hayan sido atendidos por la Beneficencia Pública en el Distrito Federal mientras en el interior de la República (Diario Oficial de la Federación, 2012; OPS, 2017). Posteriormente, en el año de 1943 la Secretaría de Asistencia Pública se fusiona con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (DOF, 2012a). Es importante mencionar que, a pesar de los esfuerzos para garantizar el derecho a la protección de la salud para el control de las enfermedades infecciosas en los diversos sectores de la sociedad, el tema de los seguros de salud para los trabajadores, y sus respectivas familias, continuaba en un vacío jurídico.

Fue en el año 1943, bajo la presidencia de Manuel Ávila Camacho (1940-1946), cuando se decreta la Ley del Seguro Social y con ella se retoma la institucionalización de la seguridad social (Secretaría de Salud, 2017). El propósito de esa ley era construir una base de protección a la salud (en este rubro denominada como previsión social) a través de seguros de invalidez, vejez, cesación involuntaria del trabajo, enfermedades profesionales, accidentes y de cualquier otro tipo en beneficio de los trabajadores, campesinos, no asalariados y de otros sectores, además a sus respectivas familias (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2012). A partir de ese momento, se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Sociedad Mexicana de Higiene, el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (OPS, 2017).

Es importante mencionar que en esa época de industrialización nacional las principales enfermedades que causaban el mayor porcentaje de mortalidad en la población general seguían siendo las enfermedades infecciosas (Perdigón y Fernández, 2008). Las enfermedades crónicas-degenerativas no figuraban como causa de mortalidad. Sin embargo, aquellas que ocasionaban el mayor número de fallecimientos, especialmente en la población adulta, eran la cirrosis hepática, las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebro-vasculares (Perdigón y Fernández, 2008). En relación a la diabetes mellitus, en esa época el país contaba con una escasa población diagnosticada con esa enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario (Perdigón y Fernández, 2008).

Sobre ese tema, se tiene registro que en el año 1940 el médico Salvador Zubirán realizó una encuesta para analizar los patrones de alimentación y nutrición de la población mexicana especialmente de aquella que vivía en las zonas rurales del país (Perdigón y Fernández, 2008). Los principales resultados de ese estudio determinaron que aproximadamente el 2% de la población vivía con el diagnóstico de diabetes mellitus. Por consecuencia, ese bajo porcentaje ocasionó un escaso desarrollo de literatura científica sobre esta enfermedad de riesgo coronario. Al respecto, se identifica que el primer libro que estudió la diabetes mellitus en el contexto nacional es “Reflexiones médicas sobre la diabetes” que fue publicado en el año 1829 bajo la autoría del médico michoacano Juan Manuel González Urueña (Aguilar, 2016).

La publicación de ese libro fue un hecho trascendental para la medicina hegemónica de esa época, porque los libros de medicina escritos en la Nueva España no mencionaban a esta enfermedad. Existe la probabilidad de que la diabetes mellitus fuera un padecimiento poco frecuente en España y en el México prehispánico, particularmente en la época de los aztecas (Aguilar, 2016). Por lo que este autor se refiere que en el siglo XVIII los médicos graduados de la Real y Pontificia Universidad de México conocían los mecanismos de acción de la diabetes mellitus por información procedente de otros países en donde su estudio era más avanzado, y debido a ello su aprendizaje no correspondía al contexto nacional (Aguilar, 2016). A medida que trascurrió el tiempo y comenzaron a aumentar los porcentajes de morbilidad, así como mortalidad por diabetes mellitus su estudio se incluyó en las instituciones especializadas (Instituto Nacional de Cardiología y Hospital de Enfermedades de la Nutrición) para impulsar el avance científico sobre esta enfermedad.

A partir del año 1948, durante la presidencia de Miguel Alemán Valdés (1946-1952), se retoma la protección social a otros grupos poblacionales anteriormente no incluidos creándose el Instituto Nacional Indigenista. Con el propósito de reducir las principales problemáticas sociales y de salud de ese grupo poblacional, así como promover el desarrollo social del país (OPS, 2017). En el año 1947 se publicó la Ley de Secretarías y Departamentos que otorgó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) la capacidad legal para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, así como en la asistencia y la beneficencia pública, para una mejor administración de los recursos en salud. En el año 1951 se declara la erradicación de la Viruela siendo éste un logro y un antecedente para el control de las enfermedades infecciosas en México (OPS, 2017).

Desde ese momento, y bajo la presidencia de Adolfo Ruíz Cortines (1952-1958), se decretaron diversas intervenciones gubernamentales con el objetivo de erradicar a las enfermedades infecciosas. En el año 1953 se creó el Comité Nacional de Lucha contra la Poliomieltis. En el año 1954 se inicia la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo y en el año 1957 inicia la Campaña Permanente de Poliomieltis. Asimismo, entre los años 1953-1956 se reorganizaron los servicios hospitalarios para crear la Asociación Mexicana de Hospitales y la Comisión Nacional de Hospitales. Esos para brindar atención y cuidado a ese tipo de enfermedades, así como también se creó el Programa de Bienestar Social Rural que se llevó a cabo la transformación de la Escuela de Salubridad, para convertirse en la Escuela de Salud Pública (OPS, 2017).

Posteriormente, cuando Adolfo López Mateos se convierte en presidente de México (1958-1964), se crearon diversos institutos de seguridad social. En el año 1959 se constituye el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el año 1961 se decreta la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM) así como también se constituye el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) (OPS, 2017). Con estas intervenciones gubernamentales se inició la implementación de Seguros Sociales más específicos, para sectores particulares de la sociedad que al mismo tiempo fueron conformando el sistema de salud.

Hasta ese momento se considera que México comenzó a construir una base de institutos de seguridad social cada vez más específicos y especializados que brindaban atención, así como cuidado para la protección de la salud a diversos grupos poblacionales. Por un lado, se contaba con institutos que otorgaban atención a trabajadores del sector obrero, campesino, indígena, estatal, de las fuerzas armadas. Mientras que por el otro lado se

desarrollaron estructuras de salud que proporcionaban atención, así como cuidado a enfermedades infecciosas, respiratorias y coronarias. Además de la nutrición que reflejaban un desarrollo incipiente de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario. No obstante, se comenzaba a registrar una problemática que podría poner en riesgo los esfuerzos para garantizar el derecho a la protección de la salud en los mexicanos: la organización de institutos de seguridad social y dependencias de la Secretaría de Salud.

Las intervenciones gubernamentales para coordinar los diferentes institutos de protección a la salud surgieron a partir del año 1964 durante la presidencia de Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970). En el año 1968 se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública y Seguridad Social para establecer un orden administrativo a la atención y cuidado de la salud en la población general. Al mismo tiempo, se creó la Organización de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) para coordinar la Casa de Cuna, la Casa Hogar para Niñas y el Hospital Infantil, así como establecer un orden administrativo a la atención y cuidado de la salud en la población infantil (OPS, 2017).

Debido al incremento constante de las enfermedades respiratorias, con Luis Echeverría Álvarez en la presidencia de la República (1970-1976). Comienzan las intervenciones gubernamentales para el cuidado ambiental decretándose en el año 1971. La primera Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental otorgando a la Secretaría de Salud la aplicación de la misma (OPS, 2017). Posteriormente, en el año 1974 se decreta la Ley General de Población, sustentada en la reforma al Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para garantizar que “toda persona tiene derecho a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos” (Constitución Política de los Estados Unidos, 2012, p. 9). Ese decreto impulsó la política de población bajo el fundamento ideológico que los programas de planificación familiar facilitarían el desarrollo económico, social, cultural y ambiental de México por existir una interacción entre las políticas demográficas y las políticas de desarrollo (OPS, 2017)²⁴.

2.1.3. Las enfermedades crónico-degenerativas.

El desarrollo del proceso de industrialización en otros sectores productivos del país comenzó a consolidarse y acelerarse a principios de la década de los años setenta. Produciendo una serie de transformaciones en aspectos económicos, sociales, ambientales y culturales (Cárcar, 2013; Ibarra, 2016; Morales, 2017). Por consiguiente, en los últimos años de esa década se comienzan a evidenciar los cambios asociados a la interacción de las transiciones demográfica, epidemiológica y transición alimentaria presentadas en otros países industrializados (Ibarra, 2016; Márquez et al., 2011). Es importante destacar que esos cambios se hicieron más evidentes en el grupo de edad de las personas adultas mayores, porque el aumento de la esperanza de vida al nacer incrementó paulatinamente el

²⁴ La política de población surge como contra propuesta de la política poblacionista implementada en décadas anteriores. En el año 1950 la población mexicana contaba con aproximadamente 25.8 millones de personas; en el año 1974 contaba con 60 millones de personas, la esperanza de vida al nacer era de 64 años, la tasa de mortalidad infantil era alrededor de 65 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, la tasa global de fecundidad era de seis hijos por mujer y la tasa de crecimiento demográfico era menor a 3.5 por ciento anual dando por resultado ciclos de duplicación de la población cada veinte años. Las proyecciones de ese aumento poblacional suponían que los progresos alcanzados, por el desarrollo económico no serían suficientes para satisfacer las necesidades de la población (Ordorica, 2014).

número de personas de ese grupo de edad proyectándose así un envejecimiento poblacional (Ham-Chande, 2010; INEGI, 2017)^{25,26}.

Es preciso indicar que el incremento paulatino de personas adultas mayores, y debido a las características socio-económicas del país. Promovió políticas de envejecimiento sustentadas en un enfoque de pobreza e integración social, para la atención y el cuidado de salud. Por consecuencia, la vejez fue concebida como un asunto de carencias económicas, físicas y sociales, así como también ésta era una cuestión de falta de autonomía y de roles sociales²⁷. Sobre ese tema, se refiere que el enfoque de pobreza e integración social adoptado en esas políticas ocasionó que el papel del Estado se mantuviera cómo aquella institución que otorgaba la asistencia y que las personas adultas mayores eran los objetos pasivos que requerían esa asistencia (Razo, 2013).

De este modo, en el año 1979 se constituye el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) para la atención y cuidado de las personas adultas mayores²⁸. En sus inicios, el INSEN dependía del sector salud porque la Ley General de Salud se modificó para considerar a la Asistencia Social como aspecto de Salubridad General. Así como a las personas adultas mayores desamparadas como sujetos demandantes de asistencia y orientación social, jurídica y de salud. Por ese motivo, el INSEN contaba con un Consejo Directivo presidido por el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a su vez como representantes de las Secretarías de Educación Pública, Trabajo y Previsión Social, Asentamientos Humanos y Obras Públicas. También con la participación de instituciones privadas de atención y cuidado a la vejez (INAPAM, 2010; INAPAM, 2013; Razo, 2013).

A partir de ese momento se crearon una serie de programas asistenciales. Los programas económicos crearon los programas de tarjeta de descuento INSEN, centros de producción, bolsa de trabajo y cursos de capacitación. Los programas sociales se dirigían a la defensa legal de las personas adultas mayores, los albergues y clubes de la tercera edad, entre otros. Los programas educativos se enfocaban a la educación de la familia y la sociedad sobre las personas adultas mayores, así como los centros culturales de la tercera edad, la enseñanza geriátrica y gerontológica, entre otras bajo un enfoque del cuidado a la salud. Los programas psicológicos se dirigían a actividades recreativas, vacacionales, culturales y sociales, talleres de terapia ocupacional y residencias diurnas, entre otros. Los programas de investigación se destinaron a la gerontología en diversos contextos sociales (INAPAM, 2013, Razo, 2013).

Es importante destacar que antes y durante el Porfiriato, la vejez era concebida como una condición natural e individual, porque cada persona mayor vivía o sobrevivía al proceso de envejecimiento de acuerdo a su historia de vida en el seno de su familia o de su

²⁵Registros oficiales de 1870 evidencian la esperanza de vida de la población mexicana era de 25 años (5 a 10 años menor que la observada en países europeos industrializados como Inglaterra, Francia o España), por lo que una persona adulta mayor era aquella que tenía una edad cronológica de más de 50 años (INEGI, 2017).

²⁶ En el año 1950 este grupo de edad representaba al 5.1% de la población total (INEGI, 2017a) y en el año 1970 representaba al 5.5% (INEGI, 2017b).

²⁷ Existen diversas definiciones de vejez, una de ellas refiere que es “la construcción social de la última etapa del curso de vida que define las normas, las funciones y las responsabilidades que cabe esperar de una persona adulta mayor” (DOF, 2018b, p. 2). Otra definición indica que es “el conjunto de procesos biológicos que, conforme se avanza la edad, hacen más sensibles a los individuos ante los factores susceptibles de conducir a la muerte” (García, Rabadán y Sánchez, 2006 citado en Arroyo y Ribeiro, 2009, p. 44).

²⁸ A partir del año 2000 esta institución cambia de nombre a Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2013).

comunidad²⁹. Bajo este fundamento ideológico las diversas problemáticas en esa etapa de vida, entre ellas la atención, así como el cuidado de la salud, correspondía al ámbito privado y familiar (Razo, 2013). Por consiguiente, las personas adultas mayores que recibían la asistencia del Estado eran solamente aquellas que carecían de un apoyo familiar o comunitario y en situación de enfermedad se les brindaba atención médica, además de medicamentos (Vivaldo, 2015).

En consecuencia, en la población de las personas adultas mayores se comenzaron a reflejar unos nuevos patrones de morbilidad y mortalidad (INAPAM, 2010). Las primeras causas de defunciones comenzaron a relacionarse con síntomas y estados de salud mal definidos. Seguido por enfermedades crónicas del corazón y del sistema circulatorio. En último lugar debido a enfermedades infecciosas y parasitarias (Pérez, 1984). Ese nuevo patrón epidemiológico contrastaba con lo registrado en décadas anteriores. Por ese motivo las estrategias de intervención de salud promovían la modificación del modelo médico para tratar estas nuevas enfermedades. Porque su origen no se reconocía como viral, bacteriológico o parasitario requiriéndose así una atención y cuidado de la salud que tomara en consideración los aspectos comportamentales, así como culturales de las personas como las causas de ese tipo de enfermedades.

En relación al aspecto alimentario, autores como Ortiz et al. (2006) refiere que en la década de los años setenta comienza un aumento en el consumo de dietas con alto contenido de grasa, colesterol, carbohidratos refinados, entre otros nutrimentos no saludables. Así como un bajo consumo de grasas saludables y fibra provocando el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas a consecuencia del sobrepeso u obesidad. En ese sentido, se atribuye al proceso de industrialización del país el aumento de este tipo de dietas, especialmente en las zonas urbanas del país (Ibarra, 2016; Márquez et al., 2011; Ortiz et al., 2006). De la misma forma, se refiere un aumento en la disponibilidad de alimentos y de consumo de energía entre los años 1960-1980. Eso de manera constante manteniendo este incremento hasta el día de hoy en aproximadamente 3000 kilocalorías por día (Ortiz et al., 2006)³⁰.

Al mismo tiempo que se registraban esos cambios demográficos, epidemiológicos, a su vez alimentarios, se conformaba formalmente el Sector Salud con el propósito de reducir la centralización de los servicios de salud que evitaba diseñar estrategias integrales para la atención y cuidado de la salud (Diario Oficial de la Federación, 2012; OPS, 2017). Sumado a ese desafío, se cuestionaba que el derecho a la protección de la salud de toda la población se había cumplido en su totalidad (Uribe, 2011; Valencia et al., 2013). En este sentido, diversos institutos de seguridad social brindaban sus servicios de salud a una población que desempeñaba su labor en el mercado formal excluyendo a un amplio sector de la población que trabajaba en el mercado informal, por lo que enfrentaban sus problemas de salud de manera individual (Valencia et al., 2013).

De tal forma, que se consideró prioritario promover cambios estructurales para garantizar el derecho a la protección de la salud y evitar un retroceso en el desarrollo económico y

²⁹ Se tiene registro que en el año 1870 la esperanza de vida de la población mexicana era de 25 años, 5 a 10 años menor que la observada en países europeos industrializados como Inglaterra, Francia o España, por lo que una persona adulta mayor era aquella que tenía una edad cronológica de más de 50 años (INEGI, 2017).

³⁰ La caloría es la unidad estándar de medición de energía para realizar los procesos metabólicos del cuerpo. Las kilocalorías son 1.000 calorías. Los hombres sanos y activos de más de 18 años requieren en promedio 3.067 kilocalorías diarias. Las mujeres sanas y activas de más de 19 años requieren en promedio 2.403 kilocalorías diarias (Mahan y Raymond, 2017).

social del país. En el año 1982 se decretó el derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos. Eso sustentado en los principios del Estado de Derecho (Instituto Nacional de Administración Pública, 2011), reformándose el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para establecer que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2012, p. 9). Sin embargo, situaciones del contexto nacional, e internacional, evitaron la implementación de estrategias gubernamentales para garantizar este derecho social.

En el año 1982 el país vivió otra crisis petrolera³¹. De acuerdo a diversos estudios, esta crisis económica ocasionó transformaciones en el valor de la moneda, en el monto del salario, en el costo de la canasta básica, en la migración del campo a las ciudades y hacia los Estados Unidos de Norteamérica, entre otras consecuencias, que aumentó los desafíos para satisfacer las necesidades de la población (Vargas, 2013; Instituto Nacional de Administración Pública, 2011). Por esa razón, se determinó que el Estado debería ser el principal rector y protector del desarrollo económico y social del país. Con el objetivo de sostener el crecimiento económico se inicia el liberalismo económico y el proceso de globalización en México (Vargas, 2013).

De esta forma, el Estado impulsó que ese desarrollo económico, así como social, liberal y globalizado. Dependía de la planeación democrática porque con ella se establecerían las bases jurídicas para diseñar todos los programas de la Administración Pública Federal (Instituto Nacional de Administración Pública, 2011). En ese sentido, se refería que la planeación democrática respondía a la voluntad política para enfrentar los retos sociales con la participación de la sociedad. Con ese fundamento ideológico y en base a la Ley de Planeación del 5 de enero de 1983 ese mismo año se decretó el primer Plan Nacional de Desarrollo (PND) en México: el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 (Instituto Nacional de Administración Pública, 2011).

Ese primer plan nacional se elaboró empleando un diseño cualitativo en donde solamente se describieron líneas generales de acción que guiaban a los diferentes sectores de la sociedad (Instituto Nacional de Administración Pública, 2011). De este modo, en ese plan nacional se omitió la presentación de cifras precisas y compromisos numéricos a los programas sectoriales de mediano plazo, incluyendo al Sector Salud. Asimismo, el objetivo principal de este plan nacional era reforzar la independencia del país, para construir una sociedad que garantizará libertades individuales, así como colectivas bajo un sistema integral de democracia y justicia social, principalmente ante la crisis petrolera (Instituto Nacional de Administración Pública, 2011).

Esa estrategia gubernamental se implementó a través de dos líneas de acción. La primera línea de acción era la reordenación económica. A través de ésta se diseñaron estrategias con el propósito de eliminar la inflación y la inestabilidad de la moneda nacional. Así como proteger el empleo, la planta productiva, además del consumo básico de bienes y servicios. Además de recuperar la dinámica del crecimiento económico y social sobre bases diferentes a las que habían provocado la inestabilidad económica (Instituto Nacional de Administración Pública, 2011).

³¹ La crisis petrolera de 1982 se originó porque los países capitalistas no lograron un equilibrio entre la caída de los precios del petróleo y los efectos de los factores que determinaban el agotamiento de la demanda petrolera. Para un mayor análisis de este tema consultar a Malavé (Malave, 1982).

La segunda línea de acción era el cambio estructural. Las estrategias diseñadas se dirigían a mejorar aspectos sociales, además de distributivos del crecimiento, reorientar y modernizar el sistema productivo y distributivo. Descentralizar las actividades productivas y el bienestar social, preservar, movilizar, así como proyectar el potencial del desarrollo nacional, adecuar el sistema de financiamiento a las prioridades del desarrollo y fortalecer la rectoría del Estado para impulsar al sector social a su vez el privado (Instituto Nacional de Administración Pública, 2011). Sin embargo, se refiere que las estrategias del PND 1983-1989 se enfocaron principalmente a la reordenación económica, específicamente al combate a la inflación y a la protección del empleo, para sobrellevar los efectos de la crisis petrolera de 1982 dejando de lado los otros aspectos sociales (Vargas, 2013).

Del mismo modo, el PND 1983-1989 diseñó el Programa Nacional de Salud 1984-1988 con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población a través de la cobertura total de los servicios de salud (Diario Oficial de la Federación, 1984; Instituto Nacional de Administración Pública, 2011). Es importante mencionar que en ese período cerca del 80% de la población total contaba con la cobertura de los servicios de salud (DOF, 1984). Al respecto, se indica que, de acuerdo al X Censo General de Población y Vivienda 1980 (INEGI, 1980), la población nacional total era de 66, 846,833 habitantes (49.43% hombres y 50.57% mujeres). Por lo tanto, aproximadamente 13, 369,366 mexicanos no contaba con la atención y cuidado de la salud.

Ante esos datos oficiales se insistió que implementar un programa nacional permitiría constituir un sistema de salud eficiente, para ampliar la cobertura y la calidad de los servicios de salud, así como garantizar la atención y el cuidado de la salud (DOF, 1984). De ese modo, el Programa Nacional de Salud 1984-1988 propuso cinco estrategias de salud que hasta el año 2018 sustentan al sistema de salud. Esas estrategias se dirigen a la descentralización, la sectorización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad social (DOF, 1984).

Por otra parte, se enfrentaban los desafíos epidemiológicos y de salud pública características de esa época. El principal desafío epidemiológico reconocido fue la aparición del VIH/SIDA como enfermedad infecciosa en la población sexualmente activa. Posteriormente se descubrieron otras formas de transmisión viral y se desarrollaron estrategias de prevención y tratamiento (Gutiérrez, 2004). Entre los desafíos de salud pública destacan los terremotos de 1985 (ocurridos en el centro, sur y occidente de México) (García y Rojas, 1992). La distribución nacional de leche en polvo contaminada con radioactividad proveniente del accidente nuclear del 26 de abril de 1986 en Chernóbil, Ucrania (Carrillo, 1997). Los accidentes, la farmacodependencia a sustancias nocivas, la persistencia de hábitos de salud nocivos, así como el incremento en la demanda de servicios de salud curativos por las limitadas medidas preventivas de enfermedades crónico-degenerativas (DOF, 1991).

Al mismo tiempo persistían los desafíos por el deterioro del medio ambiente. Las deficiencias en el saneamiento básico; así como de las viviendas, la falta de abastecimiento de agua potable, de eliminación de excretas y basuras. A su vez del control de la fauna transmisora de enfermedades afectaban al medio ambiente en la producción y control sanitario de los alimentos (DOF, 1991). Por consecuencia, algunas enfermedades infecciosas y respiratorias persistieron en algunos grupos poblacionales.

De igual forma, los desafíos en la atención médica se asociaron a la dispersión de la población en el territorio nacional y a su crecimiento cada vez más acelerado. Esas condiciones constituyeron un reto para la organización administrativa y financiera, además de la cobertura de los servicios de salud. En ese momento los servicios de salud de alta especialidad se concentraban en el centro del país consumiendo altos costos económicos, materiales y humanos. Por lo que existían rezagos para el mantenimiento de los servicios de salud en las áreas rurales (DOF, 1991).

Por consiguiente, se reformó el Código Sanitario para seguir promoviendo la descentralización en la asistencia social, los servicios médicos y salubridad. Debido a ello, desaparece el Código Sanitario y se sustituye por la Ley General de Salud. Al mismo tiempo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia su nombre al de Secretaría de Salud (DOF, 2012a). De esa forma, se concreta el proceso de descentralización para simplificar, además de racionalizar las estructuras, los procedimientos y los sistemas de gestión gubernamental. Además de garantizar la atención y el cuidado de la salud en zonas urbanas, así como rurales acorde al crecimiento poblacional. Como resultado, el Estado de Tlaxcala se convirtió en la primer Entidad Federativa que aplicó el proceso de descentralización de los servicios de salud en el año 1985 (DOF, 1991).

En el año 1990 se inicia la estrategia de Sistemas Locales de Salud (SILOS) y se creó el Programa IMSS-Solidaridad para seguir ampliando la cobertura de los servicios de salud a la población que carecía de seguridad social, especialmente a los grupos más vulnerables³². Posteriormente, en el año 1991 se inauguró el Instituto Nacional de Salud Pública en el Estado de Morelos para generar estudios de salud pública acorde a diversos contextos nacionales. En esta misma época se presentaron los últimos casos de poliomielitis y difteria. También se creó el Programa de Vacunación Universal, el Consejo Nacional de Vacunación y las Semanas Nacionales de Vacunación para seguir manteniendo la reducción de las enfermedades infecciosas (DOF, 2012a).

Es importante mencionar que a pesar de haber implementado estrategias que proporcionaran atención y cuidado de la salud para prevenir, así como controlar las diversas enfermedades registradas en esa época. La morbilidad y mortalidad debido a enfermedades crónicas-degenerativas de riesgo coronario aumentaban constantemente. En el año 1984 se registraron 54,637 personas padeciendo diabetes mellitus (tasa de morbilidad nacional del 71.61) y seis años después el número de personas diagnosticadas con esa enfermedad aumento a 133,456 (tasa de morbilidad nacional del 155.57) (véase tabla 2). De tal forma, que a inicios de la década de los años noventa el número de casos de diabetes mellitus se había duplicado en la población mexicana suponiendo un desafío para proporcionar atención y cuidado de la salud. Para el control de esa enfermedad crónico-degenerativa que requería de atención y cuidados especializados.

Es a partir del año 1997 cuando se incorpora el aspecto alimentario en las estrategias de intervención gubernamental con el propósito de reducir los factores de riesgo y la modificación de hábitos de salud para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario, principalmente en la población vulnerable. Este aspecto alimentario consistía en transferencias monetarias condicionadas a la asistencia a consultas de salud y asesorías educativas sobre salud, así como de alimentación. De este modo, en

³² En el año 1996 comienza formalmente el proceso de descentralización de los servicios de salud, denominado proceso de descentralización de segunda generación. Con el propósito de implementar programas que compensaran la falta de seguridad social en grupos vulnerables de la sociedad (Rangel, 2009).

ese año se conforma en cada Estado de la República un Organismo Público Descentralizado (OPD) encargado de los servicios de salud para implementar estas estrategias bajo el nombre de Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) (Hernández y Gutiérrez, 2019; OPS, 2017).

Posteriormente, en el año 2000 se genera una transformación ideológica de la política pública en México. Aunque se mantienen varios programas implementados anteriormente como el programa de educación, salud y alimentación ahora con el nombre de Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (OPORTUNIDADES). Entre las principales transformaciones de ese programa se encuentran la intervención de las problemáticas de salud acorde a grupos de edad específicos, en el que se incluye a las personas adultas mayores. Asimismo, se abordan las problemáticas de salud implementando un enfoque de género con el propósito de identificar los factores distintivos que intervienen en la atención y cuidado de la salud de las mujeres (Hernández y Gutiérrez, 2019).

Es preciso destacar que en el año 2000 la tasa de morbilidad nacional de diabetes mellitus había aumentado a 288.30 (véase tabla 2) y la tasa de mortalidad ascendió a 47.4 (véase tabla 3). Debido a ello las estrategias se dirigieron a coordinar al sector público, social y privado para implementar acciones preventivas asociadas a los factores de riesgo socioculturales de las enfermedades crónico-degenerativas en diferentes grupos de edad, especialmente para la prevención y control de la diabetes mellitus. Esas acciones se dirigieron a disminuir la obesidad, la desnutrición, el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco. Además del estrés en la población general y en los grupos de riesgo a través de la educación del autocuidado para la salud y la modificación de hábitos no saludables (Secretaría de Salud, 2017).

Esas estrategias requirieron la participación de los medios masivos de comunicación para la difusión de la información. Así como en la creación de grupos organizados integrados por cada uno de los sectores de la sociedad para la elaboración de la información y la elaboración de un programa educativo (DOF, 2018a). El programa educativo incluía la impresión de libros de texto a nivel de educación primaria y superior para la prevención del sobrepeso y la obesidad en niños y jóvenes por ser consideradas poblaciones de riesgo. Del mismo modo, se reforzaron las medidas de control higiénico y alimentario en el 80% de los casos diagnosticados con diabetes mellitus por el sistema de Salud para reducir el desarrollo de comorbilidades asociadas a esta enfermedad (DOF, 2018a).

Para el año 2010, la tasa de morbilidad nacional de diabetes mellitus se había incrementado a 387.49 (véase tabla 2) y la tasa de mortalidad aumentó a 79.3 (véase tabla 3). Estableciendo que esta enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario seguiría incrementándose en los siguientes años. Por consecuencia, en ese año se decreta que la diabetes mellitus era una epidemia de carácter mundial, porque afectaba a todos los países especialmente los países industrializados y a todos los grupos poblacionales (Córdova et al., 2008; OMS, 2018). Al respecto, se refiere que a pesar de no tratarse de una enfermedad infecciosa los hábitos no saludables se transmiten de una persona a otra persona. Debido a ello se continuaron con las estrategias, ahora bajo un enfoque de factores de riesgo, para promover estilos de vida y hábitos de salud para prevenir la diabetes mellitus; principalmente en las poblaciones más vulnerables como son las personas adultas mayores (Exton, 2002; Mahan y Raymond, 2017; Romero, 2009).

2.2. La adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento es un proceso dinámico y complejo que está sustentado principalmente en el comportamiento humano con el propósito de restablecer la salud durante un proceso de enfermedad agudo o crónico (Martín et al., 2014); Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011). De acuerdo a la definición de la adherencia al tratamiento está implica un componente personal, un componente relacional y un componente comportamental para conseguir los objetivos de salud. Por ese motivo se han elaborado diversas teorías para estudiar este proceso. Al respecto, Ortega et al. (2009) proponen una clasificación general de las principales teorías de la adherencia al tratamiento:

- Teoría de la acción razonada
- Modelo de los Sistemas Autorreguladores de Leventhal
- Teoría de la autoeficacia de Bandura
- El Modelo de Creencias en Salud

La teoría de la acción razonada se sustenta en que los factores cognitivos y emocionales de la persona determinan sus normas subjetivas y comportamientos. De este modo, la intención del comportamiento determina de forma indirecta la ejecución y la intensidad de los comportamientos de las personas que viven el proceso de enfermedad agudo o crónico. Por lo tanto, las personas que viven con la enfermedad seleccionan información de su entorno que contienen cuestiones importantes sobre riesgos y beneficios de llevar a cabo determinados comportamientos, para conseguir sus objetivos de salud (Ortega et al., 2009).

El modelo de los sistemas autorreguladores de Leventhal se fundamenta en que la persona enferma es un sujeto activo que está inmerso en un proceso permanente de evaluación, para conservar su estado de funcionamiento a través de la retroalimentación. Debido a ello, el proceso autorregulador genera determinados comportamientos, para conseguir los objetivos de salud. Estos comportamientos se originan por las representaciones o creencias de sentido común acerca de la enfermedad eso por su identidad, causas, consecuencias. También acerca del estado corporal real, estado corporal ideal, la experiencia emocional, entre otros aspectos psicosociales (Ortega et al., 2009).

La teoría de la autoeficacia de Bandura se sustenta en la teoría social cognitiva que refiere la influencia de las expectativas sobre el proceso de modificación de hábitos de comportamientos. Por lo cual las creencias de control regulan la motivación y la acción de la persona. De este modo, las expectativas de acción-resultados y la autoeficacia percibida influyen en mayor medida en la adopción de hábitos saludables y el mantenimiento de las mismas. Por consiguiente, la autoeficacia influye en la motivación de las personas enfermas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, para conseguir objetivos de salud a pesar de las limitaciones del entorno (Ortega et al., 2009).

El Modelo de Creencias de Salud es un marco teórico que se utiliza, para explicar los comportamientos de salud en base a una serie de creencias y valoraciones internas que las personas construyen para comprender las situaciones de salud y enfermedad que experimentan (Moreno y Gil, 2003; Ortega et al., 2009). De esta manera, el propósito del modelo de creencias de salud es analizar las creencias de salud como comportamientos verbales (variables intermedias) en relación a los comportamientos de salud preventivos y comportamientos de salud protectores. Asimismo, este modelo está integrado por dos componentes básicos, cuatro dimensiones de análisis, diversas claves para la acción y la autoeficacia (Champion y Sugg, 2008; Moreno y Gil, 2003).

El primer componente básico es “el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta” (Moreno y Gil, 2003: 94) que es el deseo de prevenir la enfermedad o de recuperar la salud en caso de que la persona padezca una enfermedad. El segundo componente básico es “la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta” (Moreno y Gil, 2003: 94) que lo define como la creencia de que un comportamiento saludable en específico previene la enfermedad o que aumente la probabilidad de recuperar la salud en el caso de padecer una enfermedad. Por este motivo, se identifica que el Modelo de Creencias en Salud se fundamenta en las teorías del valor esperado (Moreno y Gil, 2003).

En relación a las dimensiones de análisis éstas se relacionan a los diferentes tipos de percepciones en relación al proceso salud-enfermedad (Moreno y Gil, 2003). La primera dimensión de análisis es la susceptibilidad percibida que se conceptualiza como la percepción de la vulnerabilidad a enfermar. En este sentido, la persona puede negar la probabilidad de enfermar o aceptar la alta probabilidad de enfermar por lo que esta dimensión se asocia a la percepción subjetiva del riesgo de contraer una enfermedad.

La severidad percibida se conceptualiza como la percepción que la persona tiene respecto a la gravedad de su enfermedad para solicitar atención y cuidado (Moreno y Gil, 2003). En relación a esta dimensión se contemplan dos tipos de consecuencias en la pérdida de la salud. Las primeras consecuencias se dirigen a los aspectos médico-clínicos como la presencia de dolor, el desarrollo de incapacidad o la muerte. Las segundas consecuencias se dirigen a aspectos sociales como disminución de la capacidad laboral, pérdida de relaciones sociales, exclusión social, entre otros aspectos.

Los beneficios percibidos se conceptualizan como la efectividad de los comportamientos específicos para prevenir la enfermedad o recuperar la salud (Moreno y Gil, 2003). Sobre esta dimensión se refiere que es la más importante para generar un comportamiento de salud. Asimismo, se refiere que los beneficios percibidos se rigen bajo una serie de normas sociales y por la influencia del grupo social a la que pertenece la persona.

Las barreras percibidas se conceptualizan como los potenciales aspectos negativos de un comportamiento específico (Moreno y Gil, 2003). Al respecto, se menciona que las barreras percibidas es una dimensión compleja, porque en ella pueden intervenir aspectos ajenos a la persona. En ese sentido, la persona puede percibir los beneficios de un comportamiento específico, pero puede ser costoso, doloroso o inaccesible ocasionando que no se genere un comportamiento de salud.

Las claves para la acción se conceptualizan como los aspectos que contribuyen a generar un comportamiento específico de salud (Moreno y Gil, 2003). Se refiere que estas claves pueden ser internas como son los síntomas físicos o percepciones corporales. También pueden ser externas que provienen de los servicios de salud, medios de comunicación, consejos de familiares, amigos o compañeros de trabajo. Al respecto se indica que la susceptibilidad y la severidad percibida intervienen para determinan la intensidad de las claves de acción para generar un comportamiento de salud específico.

La autoeficacia se conceptualiza como la confianza que la persona tiene de sí mismo para generar un comportamiento específico de salud (Champion y Sugg, 2008). Al respecto, se refiere que ese es otro de los elementos del Modelo de Creencias de Salud que es importante para que la persona inicie la acción del comportamiento específico de salud. En

ese sentido, la autoeficacia de la persona contribuirá a que la persona consiga o no los objetivos de salud.

Conforme a los elementos que constituyen el Modelo de Creencias de Salud que proporciona diversas interpretaciones para analizar los comportamientos de salud. Entre las principales interpretaciones destacan la acción, para un comportamiento específico de salud. Cuando la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son bajos. Otra interpretación es la no acción, para un comportamiento específico de salud cuando la disposición a actuar es baja y los aspectos negativos son altos (Moreno y Gil, 2003).

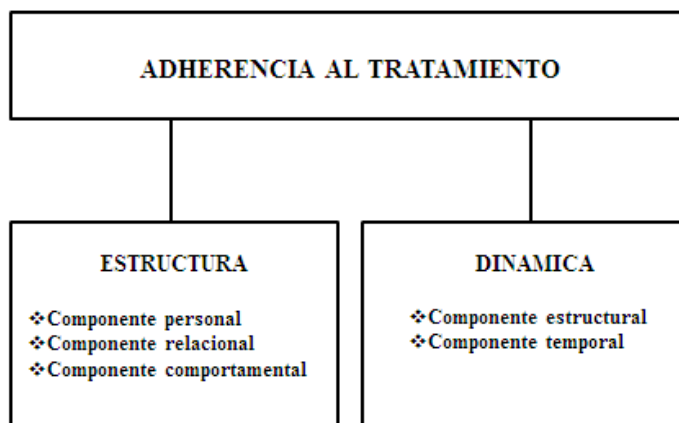
Es así que, a través de ese modelo, se determina que si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son altos. Entonces surge un conflicto que resulta difícil de resolver sin la intervención de otras estrategias para generar la acción y el comportamiento específico de salud. En el caso de que la persona no disponga de otras estrategias, como conductas disponibles que son estrategias alternativas para alcanzar el objetivo de salud, puede desarrollar dos situaciones. La primera es que la persona adopte un comportamiento que no contribuye a solucionar el problema de salud y la segunda es generar una crisis de ansiedad que dificulta aún más el solucionar el problema de salud.

Como resultado el Modelo de Creencias de Salud permite interpretar las percepciones de las personas que producen los comportamientos de salud ante determinado problema de salud. Por consiguiente, utilizar ese marco teórico de análisis contribuye a identificar el sistema de creencias que se construyen en el entorno de la persona para brindar una solución a un problema de salud. En definitiva el Modelo de Creencias de Salud muestra cómo las creencias reflejan los comportamientos verbales de los comportamientos preventivos y protectores de salud.

2.2.1. Componentes de la adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento se constituye en base a un componente estructural y otro temporal (véase ilustración 2). El componente estructural está fundamentado en tres pilares: personal, relacional y comportamental. El personal se refiere a la participación activa y voluntaria de la persona enferma. El relacional se asocia a los acuerdos establecidos entre médico-paciente. Por último, el comportamental se refiere a la conducta que permite realizar las recomendaciones médicas. En el caso del componente temporal que se modifica con el transcurso del tiempo en relación a los factores económicos, sociales, entre otros (Martín et al., 2014). En otras palabras, la adherencia al tratamiento puede variar a lo largo del tiempo es decir que dependen de los comportamientos humanos (Martín et al., 2014; Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011). Esas variaciones originan ambivalencias que producen resistencias al cambio, por lo tanto, se presenta poca adherencia al tratamiento y control de la enfermedad (Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011).

Ilustración 2. Componentes de la adherencia al tratamiento



Fuente: elaboración propia.

Como se ha dicho la adherencia al tratamiento puede variar a lo largo del tiempo, estas variaciones originan ambivalencias que producen resistencias al cambio (Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011). Las resistencias al cambio se presentan en diferentes momentos: la primera se denomina como falta de adherencia al tratamiento primaria que se presenta cuando la persona que vive con la enfermedad no toma la primera dosis del tratamiento recomendado por el profesional de salud. Por lo que la primera etapa de la adherencia al tratamiento, la de iniciación, no se lleva a cabo (Puigdemont, 2017).

La segunda es la falta de adherencia al tratamiento se denomina secundaria y se manifiesta durante el tiempo en el que la persona que vive con la enfermedad avanza en el tratamiento recomendado. Eso significa que la persona comienza la etapa de iniciación (consume su primera dosis de medicamento), pero en la segunda etapa de la adherencia al tratamiento, la de implementación, no hay una continuidad. La falta de adherencia primaria y la falta de adherencia secundaria conducen a la tercera etapa de la adherencia al tratamiento que es la de discontinuación a su vez se define como el final del tratamiento, porque la dosis de medicamento que debía tomarse no se consume (Puigdemont, 2017).

Las variaciones en la adherencia al tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas han sido tema de gran interés, para las ciencias médicas como para las ciencias sociales (Martín et al., 2014; Puigdemont, 2017; Romero, 2009). Debido a ello, se han analizado los factores que influyen en los componentes que conforman la estructura de la adherencia al tratamiento. El propósito de estos estudios es identificar cómo reducir las resistencias al cambio a través de los componentes personal, relacional y comportamental de la adherencia al tratamiento médico.

2.2.1.1. Componente personal.

El componente personal de la adherencia al tratamiento se asocia a la participación activa y voluntaria de la persona que vive con la enfermedad para realizar las recomendaciones médicas (Martín et al., 2014; Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011). En este sentido, la motivación de la persona es importante en las tres etapas de la adherencia al tratamiento médico, principalmente para las etapas de iniciación e implementación. En otras palabras,

la motivación se vincula a las creencias de la persona respecto a su estado de salud y a los objetivos que se esperan conseguir si existe una adherencia al tratamiento (Ortega et al., 2009).

Es importante mencionar que la falta de motivación en la persona que vive con una enfermedad crónica se asocia a la falta de adherencia vinculada a la enfermedad. Ese tipo de falta de adherencia se caracteriza, porque el origen se produce por factores relacionados con la patología en sí (la enfermedad propiamente dicha). Entre esos factores se encuentran la ausencia de síntomas, severidad de la enfermedad, mejoría clínica, tipo de enfermedad, duración de la enfermedad, velocidad de progresión en los órganos y sistemas del cuerpo, grado de discapacidad física, psicológica y social y la disponibilidad de tratamientos efectivos (Ortega et al., 2009; Puigdemont, 2017).

Se ha determinado que motivar la participación activa y voluntaria de la persona implica promover el autocuidado para la salud y con ello facilitar la modificación de los hábitos de salud, para lograr la adherencia al tratamiento médico vinculada a la enfermedad (Araya, 2004; Castañeda et al., 2015). El autocuidado para la salud tiene por objetivo que la persona sea capaz de mantener una vida óptima aún con la presencia de la enfermedad, especialmente si esta enfermedad es del tipo crónico-degenerativo de riesgo coronario (Castañeda et al., 2015; DOF, 2018a). De este modo, el autocuidado debe proporcionar conocimientos y aprendizajes sobre los factores de riesgo hereditarios, biológicos y socioculturales de las enfermedades. Por medio de temas relacionados a la nutrición, salud mental, riesgos de automedicación, uso adecuado de los servicios de salud, entre otros temas (Castañeda et al., 2015).

Al mismo tiempo el autocuidado contempla el auto-monitoreo de la persona para registrar información respecto al avance del tratamiento médico. En caso de ser necesario realizar ajustes acordes a los factores que limitan la falta de adherencia al tratamiento médico (Arango, 2007; Castañeda et al., 2015; DOF, 2018a). A través del auto-monitoreo la persona adquiere conocimientos y aprendizajes sobre sus propios cambios en los niveles de glucosa sanguínea cuando vive con diabetes mellitus. Con este registro la persona se motiva para aprender a distinguir en qué momentos del día las variaciones en los valores sanguíneos son elevadas, muy bajas o se encuentra en niveles normales. Todo eso para facilitar la adherencia al tratamiento médico y prevenir aumentos o disminuciones abruptas de la glucosa sanguínea que producen complicaciones, así como comorbilidades (Castañeda et al., 2015; DOF, 2018a).

2.2.1.2. Componente relacional.

El componente relacional de la adherencia al tratamiento se refiere a los acuerdos establecidos en la relación médico-paciente, para realizar las recomendaciones médicas y conseguir los objetivos de salud (Martín et al., 2014; Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011). A su vez el personal de salud es el responsable de brindar conocimientos y experiencias preventivas, curativas y de rehabilitación para el control de las enfermedades (Arango, 2007). En el aspecto curativo, las acciones del personal de salud se dirigen a establecer junto con la persona que vive con la enfermedad un tratamiento médico para el control de la misma. Además de generar un diagnóstico preventivo de comorbilidades derivadas de las enfermedades crónicas-degenerativas de riesgo coronario (DOF, 2018a).

Es decir que durante el primer contacto del personal de salud responsable con la persona que vive con la enfermedad se establece una relación médico-paciente. Esa relación está inmersa en elementos comunicativos y se fundamenta en una disposición activa, a su vez voluntaria de ambas partes, para conseguir los objetivos de salud establecidos en mutuo acuerdo (Puigdemont, 2017). Sobre este tema, Arrubarrena (2011) refiere que existen diversos tipos de relación médico-paciente:

- Modelo paternalista
- Modelo dominante
- Modelo de responsabilidad compartida
- Modelo mecanicista

El modelo paternalista es aquel en donde el médico responsable mantiene una actitud autoritaria respecto a la atención y cuidado de la salud. En este sentido, el médico es quien dirige las acciones en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Mientras que el paciente es quien recibe de manera pasiva esas indicaciones. Eso sin que se tome en consideración sus opiniones, miedos o interrogantes respecto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. A consecuencia de esa relación activa-pasiva se determina que el paciente no ejerce su autonomía, libertad, capacidad o el derecho a decidir sobre su propia salud (Arrubarrena, 2011).

El modelo dominante se caracteriza porque el paciente es quien pide o exige las acciones en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Se refiere que en la mayoría de los casos esa situación se presenta, porque el paciente tiene un conocimiento o información previa de la enfermedad. Así que cuando se confirma el diagnóstico el paciente decide las acciones a realizar. De este modo, es una relación pasiva-activa en donde se ha identificado que el exceso de autonomía, libertad, capacidad y derecho a decidir del paciente puede ser perjudicial para su propia salud (Arrubarrena, 2011).

El modelo de responsabilidad compartida se identifica; porque en ésta se establece una comunicación constante entre el médico responsable, el paciente y la familia. Por consecuencia, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades se intercambian opiniones respecto a complicaciones, miedos o interrogantes. Con el propósito de seleccionar la mejor decisión para conseguir los objetivos de salud. En vista de que se establece una relación activa-activa que permite al paciente mantener su autonomía, libertad o capacidad. Así como el derecho a decidir en función a lo que se espera conseguir con el objetivo de salud contando con la orientación y participación del médico responsable (Arrubarrena, 2011).

El modelo mecanicista es aquel en donde la atención y cuidado de la salud se realiza en base a disposiciones administrativas estrictas establecidas en protocolos rígidos. Esta situación ocasiona que el paciente no tenga opción de elegir al médico responsable del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Además que en ocasiones que no sea atendido por el mismo médico en cada una de sus consultas médicas lo expone así a diferentes relaciones médico-paciente durante el tratamiento de la enfermedad. Como resultado se ha determinado que el exceso de burocracia y trámites administrativos tiende a originar interrupciones constantes en el tratamiento del paciente. Así como deteriorar la relación médico-paciente que generalmente es activa-pasiva (Arrubarrena, 2011).

Esos modelos han permitido identificar la falta de adherencia al tratamiento médico asociada a la relación médico-paciente. Ese tipo de falta de adherencia al tratamiento se

produce por factores vinculados a la falta de médicos especialistas, información recibida, relación del personal de salud y la persona que vive con la enfermedad. De ahí que hay poca capacidad del sistema para educar a las personas que viven con la enfermedad, falta de seguimiento a las enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y pocas intervenciones efectivas para mejorarla (Ortega et al., 2009; Puigdemont, 2017). Asimismo, destacan la falta de acceso al sistema de salud, centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes. También el número de derechohabientes, largos tiempos de espera, falta de privacidad, horarios limitados, así como falta de medicamentos (Ortega et al., 2009; Puigdemont, 2017).

Otro tipo de falta de adherencia al tratamiento médico asociada al sector salud es la falta de adherencia al tratamiento médico debido al tratamiento médico en sí. Los principales factores asociados a ese tipo de falta de adherencia al tratamiento son la complejidad de las recomendaciones médicas, formulación y envasado de los medicamentos, poli-medicación (consumo de más de dos medicamentos al mismo tiempo), ineffectividad del medicamento, fracasos terapéuticos anteriores, cambios constantes en el tratamiento, efectos adversos y disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (Ortega et al., 2009; Puigdemont, 2017). Ante estas situaciones del personal de salud, se menciona que las intervenciones para promover la adherencia al tratamiento deben adaptarse a las necesidades de salud de las personas que viven con la enfermedad (Ortega et al., 2009).

De este modo, la frecuencia y la calidad de las consultas médicas, con un equipo multidisciplinario, conformado por el médico general, médico especialista, psicólogo, nutriólogo, entre otros. Todos ellos son indispensables para reducir la falta de adherencia al tratamiento médico asociadas a la relación médico-paciente y al tratamiento médico en sí. Se recomienda que esas consultas multidisciplinarias se establezcan al menos dos veces al año en aquellas personas que viven con una enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario. Porque de esas consultas dependerán el grado de cumplimiento de los objetivos de salud, los ajustes del tratamiento y la evolución clínica de la enfermedad (DOF, 2018a). De ahí que se refiere que en la adherencia al tratamiento médico la relación del médico-paciente (idealizada como una relación entre iguales) es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con la enfermedad y disminuir su gasto de bolsillo en salud (Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011).

2.2.1.2.1. Grupos de ayuda.

Los grupos de apoyo y ayuda mutua de enfermedades crónicas contribuyen al desarrollo de aprendizajes, así como de experiencias respecto al proceso de enfermedad en la persona que vive con enfermedad o en la comunidad (Ávila, et al., 2011; Castañeda et al., 2015)³³. El objetivo de la formación de ese tipo de grupos es crear redes de apoyo social y la incorporación de manera activa de las personas enfermas en el autocuidado para la salud. Así como facilitar su capacitación para replicar sus conocimientos a familiares y amigos cercanos (Castañeda et al., 2015; DOF, 2009). Esos grupos deben procurar conocimientos sobre la enfermedad. Así como promover la adopción de estilos de vida saludables, como la práctica de actividad física y elección de alimentos saludables. Además de proporcionar

³³ Estos grupos se definen como “la organización de las y los pacientes que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, facilita la educación y autocuidado de la salud” (DOF, 2018a, p. 10).

recomendaciones para facilitar el automonitoreo de la enfermedad y motivar el cumplimiento de las metas del tratamiento y control (Castañeda et al., 2015).

Sobre este punto Castañeda et al. (2015) y otros indican que los grupos de apoyo y ayuda han impactado de manera positiva en el control de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en las personas. Esos resultados obedecen a un mayor control del peso corporal, evitando con ello los factores de riesgo del sobrepeso y la obesidad para el desarrollo de morbilidades asociadas. También en la seguridad de las personas para seguir las recomendaciones del uso y consumo de medicamentos. Por lo tanto ese tipo de grupos permite identificar a las personas que no logran obtener un control de la enfermedad, clasificándolas como población de riesgo, para referirlas con personal de salud especialistas del tema y así mantener la adherencia al tratamiento médico.

De igual manera Ávila et al. (2011) mencionan que esos grupos de apoyo son espacios que ofrecen la oportunidad de establecer aprendizajes mutuos sin importar el nivel de conocimientos escolares previos. Promoviendo con esa práctica el desarrollo de conocimientos de sentido común aplicables para las personas que asisten. Por consiguiente, ese tipo de aprendizaje se construye por el análisis de significados subjetivos e intersubjetivos y la creación de espacios simbólicos que dan sentido a la problemática de salud en la vida cotidiana de las personas que viven con la enfermedad (Ávila et al., 2011). Por lo tanto, se considera que esos grupos de apoyo son una respuesta profesional a la creciente necesidad de atención y cuidado para la salud debido al incremento en el diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario.

Del mismo modo Lara et al. (2004) refieren que esos grupos de apoyo tienen la particularidad de contar con una mayor asistencia y participación femenina en las actividades que se llevan a cabo. Esa situación es atribuida a aspectos de género y su relación con la utilización de los servicios de salud, porque las mujeres son en mayor medida responsables de la atención y cuidado de la salud familiar (Arango, 2007; INMUJERES, 2005). De este modo, esos grupos de apoyo y ayuda mutua son importantes para el control de las enfermedades crónicas. Además, debido a eso es necesario identificar los factores que producen la falta de participación para implementar estrategias que motiven la participación activa, especialmente de los hombres, en esos grupos. A fin del control de la diabetes mellitus en ambos géneros involucrando factores de riesgo presentes en el ámbito familiar y comunitario.

2.2.1.2.2. Apoyo familiar.

La familia es la principal fuente de apoyo de la persona que vive con enfermedad, especialmente cuando esta última vive con un proceso de enfermedad crónico e incapacitante (Fernández, 2004; Garay; Garay et al., 2019). De igual modo diversos autores reconocen la interacción entre el proceso de enfermedad y la familia que debido a eso establecen la participación de la familia en la modificación de hábitos de salud. Eso es indispensable para el control de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario (Aguilar et al., 2017; DOF, 2018a). De esta forma, el aprendizaje y experiencias de autocuidado para la salud se facilitan cuando existe la participación activa de la familia (o la persona que se haga cargo del cuidado de la persona que vive con la enfermedad). Porque la persona se motiva a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

médico (componente personal), mientras que la familia brinda apoyo social, afectivo y emocional a la persona que vive con la enfermedad (Aguilar et al., 2017).

En relación al apoyo familiar y las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario, se ha encontrado que la falta de apoyo familiar obedece principalmente al desconocimiento del significado de la enfermedad, así como de los cuidados específicos y especializados (González, 2011). Ante esas situaciones familiares, la persona que vive con enfermedad genera pérdida de la autoestima y comienza un proceso de auto-aislamiento (a pesar de contar con un familiar que se haga cargo de su cuidado) (González, 2011). Por lo tanto, este auto-aislamiento causa que la persona se sienta el único responsable de mantener la adherencia al tratamiento médico. Eso por la falta de soporte familiar/social, la falta de redes de apoyo social efectivas (Ortega et al., 2009; Torresani et al., 2011).

De la misma forma diversos autores mencionan que el bienestar social e individual de una persona está estrechamente vinculado al apoyo social. De ahí que éste trae consigo diversos beneficios como el sentido del logro, integración social, aprendizaje, orientación, sentirse amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social (Carmona, 2011)³⁴. De igual modo diversas investigaciones han demostrado que el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud física y mental de la persona. En este sentido, se han estudiado los efectos de las relaciones sociales sobre la morbilidad y la mortalidad de las personas, especialmente en las personas adultas mayores. Los principales resultados apuntan que las personas adultas mayores que viven con enfermedad que tienen relaciones y vínculos sociales tienen mejor salud física, además que viven más que aquellas que no establecen esos vínculos (Carmona, 2009; Fernández, 2004).

Al incluir a la familia de la persona que vive con la enfermedad en el tratamiento médico recomendado implica motivar el cambio de los hábitos de salud en todo el conjunto familiar (Fernández, 2004). Con esta acción se previene o retrasa la aparición de comorbilidades asociadas a las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en la persona que padece la enfermedad. Al mismo tiempo se previene ese tipo de enfermedades entre otros miembros de la familia. En este sentido, la educación de autocuidado para la salud es fundamental para la adherencia al tratamiento. De manera que se recomienda que desde el diagnóstico de la enfermedad y durante toda la vida de la persona que vive con enfermedad se encuentre en compañía de su familia (Lara et al., 2004).

2.2.1.3. Componente comportamental.

El componente comportamental de la adherencia al tratamiento se vincula al comportamiento de la persona que vive con enfermedad para realizar las recomendaciones médicas y alcanzar los objetivos de salud (Martín et al., 2014; Puigdemont, 2017; Torresani et al., 2011). De acuerdo con Ortega et al. (2018), la adherencia al tratamiento comprende cinco comportamientos en la conducta de la persona³⁵:

³⁴ En una definición conductual, el apoyo social se define como “una transacción real entre dos o más personas en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración” (House, 1981, citado en Dura y Garcés, 1991, p. 2).

³⁵ La conducta se define como “la manera con que las personas se comportan en su vida y acciones” (Real Academia Española, 2020).

- Mantenimiento de un programa de tratamiento
- Asistencia a citas de seguimiento
- Uso correcto de la medicación prescrita
- Cambios en el estilo de vida
- Evitar comportamientos contradictorios

En conclusión, examinar estos cinco comportamientos permite analizar la falta de adherencia al tratamiento por factores relacionados a la persona (Ortega et al., 2018). Se ha determinado que la falta de adherencia al tratamiento por factores relacionados a la persona se asocian con la edad, el género, el estado civil, el nivel educativo, la etnia, las creencias religiosas, la vivienda, el abuso de sustancias nocivas, el conocimiento, el deterioro cognitivo, la personalidad de la persona enferma, el deseo de control, la autoeficacia, la falta de percepción en la mejora de la enfermedad, entre otros aspectos (Ortega et al., 2018; Puigdemont, 2017). En el caso de la diabetes mellitus, los trastornos de la conducta alimentaria son una de las principales limitaciones entre las que destacan el síndrome del atracón y el síndrome de alimentación nocturna (Mahan y Raymond, 2017).

Es por este motivo que el autocuidado para la salud tiene por objetivo que la persona que vive con la enfermedad sea capaz de mantener una vida óptima con la presencia de la misma, especialmente si la enfermedad es del tipo crónico-degenerativo (DOF, 2018a). De acuerdo al autocuidado para la salud en las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario existen siete comportamientos fundamentales de auto-cuidado de la persona enferma:

- Comer saludablemente
- Realizar actividad física
- Vigilar valores sanguíneos (auto-monitoreo)
- Consumir medicamentos
- Encontrar soluciones a las barreras percibidas
- Reducir comportamientos de riesgos
- Adoptar hábitos saludables

De la misma forma, se recomienda que los programas de educación para la salud se enfoquen de manera individual o grupal para promover cambios en el comportamiento. De acuerdo al autocuidado para la salud que debe permitir a la persona que vive con la enfermedad ser autónoma e independiente y generar un cambio en la comunidad. Se refiere que la promoción de hábitos saludables es la base para la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, se recomiendan que esas medidas se establezcan desde etapas tempranas de la vida (Mahan y Raymond, 2017; Romero, 2009).

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

3.1. Selección de los participantes.

El presente trabajo de investigación tuvo como fundamento epistemológico el conocimiento de lo particular para comprender el fenómeno de estudio. De modo que comprender el proceso de la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus desde la experiencia del autocuidado para la salud. Debido a eso se utilizó el muestreo intencional para la selección de las doce mujeres adultas mayores que participaron en el presente estudio. Con la intención de priorizar el análisis de los procesos subjetivos e intersubjetivos y no la representatividad de los resultados (Álvarez, 2003; Gundermann, 2001; Sautu, 2003). De este modo, la muestra de estudio se eligió en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

El primer criterio de inclusión fue pertenecer al grupo poblacional que ha registrado el mayor diagnóstico de diabetes mellitus en la entidad federativa en años recientes. De acuerdo a registros oficiales del año 2018 el grupo de personas adultas mayores registró la mayor tasa de morbilidad (Secretaría de Salud, 2018). Se identificó que las personas adultas mayores vivieran con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo I o tipo II y de ese modo analizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento en la etapa de vejez. Por consecuencia se excluyeron a las personas que contaron con menos de sesenta años, aunque vivieran con el diagnóstico de esa enfermedad.

El segundo criterio de inclusión fue pertenecer al género que en mayor medida práctica el autocuidado para la salud como resultado de la acumulación de conocimientos y aprendizajes sobre este tema. Del mismo modo respecto a otros temas como la preparación de alimentos, proporciona información relevante sobre los hábitos de salud en las diversas etapas de la vida y en diferentes dimensiones del tratamiento de enfermedades. De acuerdo a la literatura examinada el género femenino invierte aproximadamente 16 horas a la semana en esa práctica, además cuando cuidan a un familiar que ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica (INMUJERES, 2005). Por ese motivo se seleccionó al grupo de mujeres adultas mayores. Se excluyeron a los varones adultos mayores porque la literatura refiere una menor participación en las diversas actividades del autocuidado de la salud. También se incluye la asistencia a grupos de apoyo y ayuda mutua y en donde las mujeres tienen una alta participación (Arango, 2007; INMUJERES, 2005).

El tercer criterio de inclusión fue seleccionar a mujeres adultas mayores que vivieran un envejecimiento habitual caracterizado, porque las personas adultas mayores viven con el diagnóstico de más de una enfermedad crónico-degenerativa. Ellas presentan una ligera incapacidad funcional sin llegar a la dependencia acorde con su deterioro cognitivo que es leve o no existe. De esta manera, se excluyeron a mujeres adultas mayores que vivieran un envejecimiento ideal (sin diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa) o un envejecimiento patológico (presentaran el diagnóstico de más de una enfermedad crónico-degenerativa con deterioro cognitivo y que necesitaran de terceras personas para sobrevivir) (González y Ham-Chande, 2007).

El cuarto criterio de inclusión fue que las mujeres adultas mayores contaran con seguridad social. Se consideró que el tener acceso a los servicios de salud proporcionaría información respecto a las estrategias de salud, para el control de la diabetes mellitus y reducir el

desarrollo de comorbilidades. Además de información sobre la educación de autocuidado para la salud respecto a la modificación de hábitos de salud para la adherencia al tratamiento médico (Gobierno Federal, 1984). Por consecuencia, se excluyeron a mujeres adultas mayores que indicaron no contar con seguridad social o que no asistían con regularidad a los servicios de salud.

Respecto al sitio de la investigación, los espacios que se seleccionaron fueron las casas en donde vivían las mujeres adultas mayores. Esas casas se ubicaban en colonias urbanas del Área Metropolitana de Monterrey que permitieron el análisis del ambiente que influye en los estilos de vida y en los hábitos de salud de las mujeres adultas mayores (OMS, 2020; Urbina, 2014). Se excluyeron colonias de las zonas rurales del Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

3.2. Las estrategias para obtención de la información.

La obtención de la información se refiere al conjunto de medios utilizados por los investigadores para acercarse al fenómeno de estudio a través de la evidencia empírica (Álvarez, 2003; López y Deslauriers, 2011; Sautu, 2003). Las estrategias que se emplearon en el presente trabajo de investigación fueron de carácter cualitativo con el propósito de analizar la experiencia del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores. Las estrategias implementadas en la obtención de información fueron la observación como participante, la entrevista cualitativa sustentada en una guía de entrevista semi-estructurada y el diario de campo.

La observación como participante.

En el presente trabajo de investigación se empleó la observación como participante como resultado de la observación minuciosa de los espacios de investigación. Luego se procedió a la observación de las dinámicas de las mujeres adultas mayores durante las entrevistas cualitativas. A través de esa observación participante se identificaron principalmente acontecimientos concretos, subjetividades, intersubjetividades, estilos de vida y hábitos de salud en relación a la adherencia al tratamiento médico en la diabetes mellitus. La observación como participante permitió la observación abierta del espacio vital y las dinámicas de las mujeres adultas mayores con el propósito de generar una guía para observaciones posteriores (Álvarez, 2003; Sánchez, 2001).

Entrevista cualitativa con una guía de entrevista semi-estructurada.

La guía de entrevista semi-estructurada contempló inicialmente cuatro periodos de la vida: etapa de niñez, etapa de juventud, etapa adulta y etapa de vejez. El objetivo de esta clasificación era identificar los factores de riesgo en la etapa de niñez y de juventud de las mujeres adultas mayores. Sin embargo, se eliminó la etapa de juventud en la guía de entrevista semi-estructurada, así como en los resultados. De igual modo en las discusiones del presente trabajo de investigación, porque las mujeres adultas mayores no manifestaron desarrollar algún riesgo en esta etapa de la vida.

La etapa de niñez contempló el periodo de la infancia (0-6 años de edad) y el periodo de la niñez (7-12 años de edad). El periodo de la infancia es la etapa de crecimiento en las áreas social, cognitiva y emocional que coinciden con la educación preescolar. El periodo de la

niñez es la etapa de crecimiento en las áreas de percepción, memoria y razonamiento que coincide con la educación escolar. En donde convive con otros seres humanos de su misma edad con iguales derechos, deberes y requerimientos de atención. Las principales enfermedades crónico-degenerativas son el sobrepeso, obesidad, enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes mellitus tipo I (Mahan y Raymond, 2017).

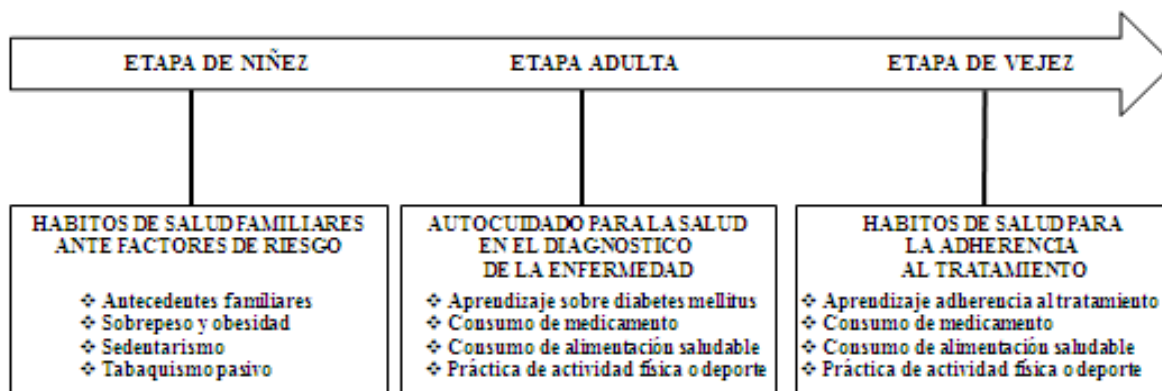
La etapa de juventud contempló la adolescencia (13-19 años de edad) y el periodo de juventud (20-24 años de edad). El periodo de la adolescencia es la etapa de transformación fisiológica, psicológica, cognitiva y emocional que permiten una mayor independencia. El periodo de la juventud es la etapa en donde se intensifica el autoconocimiento, la autoaceptación y el aprendizaje por la capacidad de enfrentarse objetivamente a la realidad. Las principales enfermedades crónico-degenerativas son el sobrepeso, obesidad, enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemias e hipertensión arterial (Mahan y Raymond, 2017).

La etapa de la adultez contempló la edad de los 26 a los 60 años. En este periodo se alcanza la plenitud en la evolución física, biológica y psíquica. Las principales enfermedades crónico-degenerativas son el sobrepeso, obesidad, enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemia, hipertensión arterial, síndrome metabólico (hipertensión, hiperlipidemia y elevación de la glucemia con o sin obesidad), cáncer, osteoporosis, artritis, enfermedad de Alzheimer, nefropatía y trastornos inflamatorios (Mahan y Raymond, 2017).

La etapa de vejez es el periodo de vida de los 60 años de edad en adelante. En esta etapa es en donde el proceso de envejecimiento tiene efectos, síntomas o evidencias visibles distintivos dependiendo del género, estado de salud y nivel de actividad que se haya desempeñado en etapas previas de su desarrollo. Además en esta etapa las principales enfermedades crónico-degenerativas son el sobrepeso, obesidad sarcopenica, enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemias, hipertensión arterial, síndrome metabólico (hipertensión, hiperlipidemia y elevación de la glucemia con o sin obesidad), cáncer, osteoporosis, artritis, enfermedad de Alzheimer, nefropatía, entre otros (Mahan y Raymond, 2017).

De manera que la guía de la entrevista semi-estructurada contempló los temas relacionados a factores de riesgo (preguntas retrospectivas) y la adherencia al tratamiento, para el análisis de los hábitos de salud en las diversas etapas de la vida de las mujeres adultas mayores (véase anexo 1). Por lo tanto, la guía de la entrevista semi-estructurada se dividió en tres apartados (véase ilustración 3).

Ilustración 3. Guía de entrevista semi-estructurada



Fuente: elaboración propia.

El primer apartado tenía la finalidad de distinguir los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores. Por lo tanto, se examinaron los hábitos de salud ante factores de riesgo en el ámbito familiar. A continuación, se presentan las categorías y las subcategorías del primer elemento de análisis (véase tabla 5).

Tabla 5. Categoría y subcategorías para identificar los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en la etapa de niñez de las mujeres adultas mayores

Objetivo general	Objetivo específico	Categoría	Definición de categoría	Sub-categorías
Comprender las creencias de los hábitos de salud en mujeres adultas mayores desde su experiencia de autocuidado para la salud.	Distinguir los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores.	Factores de riesgo	Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento en la probabilidad de ocurrencia de un daño	Antecedentes familiares Sobrepeso y obesidad Sedentarismo Tabaquismo pasivo

Fuente: elaboración propia.

El segundo apartado tuvo la finalidad de examinar conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores en el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus. Debido a ello, se examinaron los conocimientos y aprendizajes adquiridos en la educación de autocuidado para la salud en el ámbito del personal de salud. A continuación, se presentan las categorías y las subcategorías del segundo elemento de análisis (véase tabla 6).

Tabla 6. Categoría y subcategorías para identificar temas de autocuidado para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la etapa adulta de las mujeres adultas mayores

Objetivo general	Objetivo específico	Categoría	Definición de categoría	Sub-categorías
Comprender las creencias de los hábitos de salud en mujeres adultas mayores desde su experiencia de autocuidado para la salud.	Examinar conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores en el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus.	Autocuidado para la salud	La capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica.	Aprendizaje sobre diabetes mellitus Consumo de medicamento Consumo de alimentación saludable Práctica de actividad física o deporte

Fuente: elaboración propia.

El tercer apartado tuvo la finalidad de contrastar conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social que intervienen en los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus en las mujeres adultas mayores durante la etapa de vejez. Por consecuencia, se examinaron los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento médico en el ámbito familiar y del personal de salud. A continuación, se presentan las categorías y las subcategorías del tercer elemento de análisis (véase tabla 7).

Tabla 7. Categoría y subcategorías para identificar los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la etapa de vejez de las mujeres adultas mayores

Objetivo general	Objetivo específico	Categoría	Definición de categoría	Sub-categorías
Comprender las creencias de los hábitos de salud en mujeres adultas mayores desde su experiencia	Contrastar conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social que intervienen en los hábitos de salud para la adherencia al	Adherencia al tratamiento	Grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a la prescripción y recomendación	Aprendizaje sobre adherencia al tratamiento Consumo de medicamento Consumo de alimentación saludable

de autocuidado para la salud.	tratamiento médico de la diabetes mellitus en las mujeres adultas mayores durante la etapa de vejez.	es prestador de servicios de atención médica, respecto de la toma de medicamentos, el seguimiento de su régimen alimentario y ejecución de cambios en el modo de vida	del Práctica de actividad física o deporte
-------------------------------	--	---	--

Fuente: elaboración propia.

Cabe destacar que en la construcción de esta guía de entrevista semi-estructurada se consideró que las preguntas fueran factibles (Álvarez, 2003; López y Deslauriers, 2011). De ahí que se contempló que no existieran preguntas contradictorias que ocasionaran confusión en las mujeres adultas mayores al momento de dar su respuesta. De igual forma, se consideró que las respuestas de las mujeres adultas mayores proporcionarían información susceptible a tener diversas interpretaciones para su análisis posterior (Gonzalbo, 2006; Perera, 2012; Villegas y González, 2011).

Diario de campo.

El diario de campo es una estrategia para la obtención de la información en donde el investigador materializa la narrativa del participante al mismo tiempo que describe lo percibido durante la entrevista, para el tratamiento posterior de la información (López y Deslauriers, 2011). Se refiere que existen tres tipos de notas en el diario de campo. Las primeras son las notas metodológicas dirigidas a describir los pasos seguidos o planificados para el desarrollo de la información. Las segundas son las notas teóricas que describen la reflexión del investigador para dar un sentido a las narrativas que ha obtenido y las últimas son las notas descriptivas que muestran el resultado de la entrevista (López y Deslauriers, 2011).

De donde resulta que en el presente trabajo de investigación se realizaron notas metodológicas en donde se describieron los procedimientos, para la realización de las entrevistas en la fase piloto y en la fase de inmersión al campo. Conforme a lo registrado se mencionan los problemas encontrados, principalmente en la fase piloto en relación a los criterios de inclusión y exclusión. Además de las categorías de análisis de los factores de riesgo y de la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus. Del mismo modo, se anotaron las modificaciones que se presentaron durante el presente estudio.

En las notas teóricas se describieron los principales hallazgos de las narrativas de las mujeres adultas mayores participantes que dieron sentido al marco teórico analizado, especialmente en aquellas mujeres que prefirieron omitir el uso de la grabadora para realizar la entrevista. A su vez, esas notas permitieron profundizar en conocimientos y conceptos teóricos no contemplados con anterioridad. En este sentido, las notas teóricas

fueron un enlace entre los conceptos anteriormente examinados y los resultados obtenidos en la realidad social.

Finalmente, las notas descriptivas permitieron recordar sentimientos, expresiones, comportamientos, modulaciones de voz de las mujeres adultas mayores participantes. A través de esas notas se realizó con mayor profundidad el análisis de las narrativas de las mujeres participantes. También las dudas respecto a los temas a abordar con mayor profundidad en las siguientes entrevistas. De ese modo las notas descriptivas facilitaron la comprensión de la subjetividad e intersubjetividad de las mujeres adultas mayores respecto a la modificación de los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus.

3.3. El trabajo de campo y sus etapas.

El trabajo de campo permite la obtención de fuentes primarias de información, como son los testimonios orales, grabaciones, fotografías, respecto al fenómeno de estudio. A través de este trabajo de campo el investigador analiza su objeto de estudio en su entorno natural. Eso permitió adquirir experiencia, así como un conocimiento detallado, además de profundidad sobre los procesos y fenómenos sociales (Atencio et al., 2011; Pedone, 2000). En el presente estudio el trabajo de campo se realizó en tres fases: fase de contacto inicial, fase de la prueba piloto y fase de inmersión al campo.

Fase de contacto inicial.

La fase de contacto inicial tuvo como objetivo establecer el contacto con los participantes del estudio. Con este propósito se contactó al portero durante el mes de mayo de 2018. El portero tenía contacto con un grupo de mujeres que trabajaba como personal de salud. Este personal de salud atendía a mujeres adultas mayores que vivían con el diagnóstico de diabetes mellitus.

Por consiguiente, se contactó con algunas de las integrantes de ese grupo del personal de salud, para invitarlos a participar en el presente trabajo de investigación. De ese grupo, una de ellas aceptó e invitó a algunas de las mujeres adultas mayores a participar de manera voluntaria en el presente estudio. Algunas mujeres adultas mayores aceptaron y proporcionaron sus datos, a través de llamadas telefónicas, para agendar una fecha para realizar la entrevista.

Durante la fase de contacto inicial se validó la información relacionada a los criterios de inclusión establecidos en la muestra de estudio. A través de llamadas telefónicas se identificó que las mujeres mayores cumplieran con el requisito de edad. De igual modo de padecer diabetes mellitus, de tener un envejecimiento activo o habitual, de contar con seguridad social y que sus hogares estuvieran ubicados en colonias urbanas del Área Metropolitana de Monterrey.

Fase de la prueba piloto.

La fase de la prueba piloto tuvo como objetivo probar los instrumentos de recolección de la información, principalmente la guía de la entrevista semi-estructurada, respecto a los hábitos de salud que cubren las necesidades de salud cotidianas y cómo esos hábitos de

salud han cambiado para mantener la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus. Con esta finalidad se realizaron las entrevistas a las primeras cinco mujeres adultas mayores que habían aceptado participar en el estudio durante la fase de contacto inicial. Esas entrevistas se realizaron durante los meses de mayo-julio de 2018.

Las entrevistas realizadas en la fase de la prueba piloto tuvieron una duración de aproximadamente 60 minutos. Durante esas entrevistas se observaba el espacio vital de la mujer adulta mayor y se anotó en el diario de campo notas descriptiva para el análisis posterior de la información. En caso de ser necesario, se establecía una segunda reunión para aclarar temas o preguntas que brindaran más información para la fase de inmersión al campo.

En esta fase de trabajo de campo se obtuvieron los primeros elementos de análisis sobre la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus. De igual modo se detectaron las preguntas de la guía semi-estructurada que representaron un alto grado de dificultad para comprender y responder por parte de las mujeres adultas mayores, principalmente por la terminología empleada. También se detectaron preguntas que generaban ambigüedad. Además, se crearon preguntas secundarias para profundizar sobre temas específicos de la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.

Los resultados de la fase de la prueba piloto proporcionaron evidencia para actualizar la guía de entrevista semi-estructurada. Entre los temas que se actualizaron destacan la integración de los factores de riesgo de las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en las etapas previas de la vida de las mujeres adultas mayores. Durante esta fase también se identificó el material necesario para el registro de la información (fotografías, ejemplos de dietas, entre otras).

Fase de inmersión al campo.

La fase de inmersión al campo tuvo como objetivo obtener información para conocer e interpretar los hábitos de salud que las mujeres adultas mayores adoptan para cubrir sus necesidades de salud cotidianas. Además de analizar cómo esos hábitos de salud han cambiado para mantener la adherencia al tratamiento médico de su enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario. Con esta intención se realizaron las entrevistas a las siete mujeres adultas mayores restantes que habían aceptado participar en el estudio durante la fase de contacto inicial. Estas entrevistas se realizaron durante los meses de mayo-noviembre de 2019.

En esta fase de campo la duración de las entrevistas fue de 120 minutos, aproximadamente. Durante esas entrevistas se observaron las actitudes de las mujeres adultas mayores y elementos de su espacio vital. También se registró en el diario de campo notas descriptiva. Luego se tomaron fotografías sobre los medicamentos y alimentos consumidos. Así como de los espacios recreativos y de actividad física cercanos a los hogares de las mujeres adultas mayores. En esta fase de campo no fue necesario agendar una segunda reunión para aclarar temas o preguntas que brindaran más información eso porque la información proporcionada por las mujeres adultas mayores cubrió todos los aspectos a analizar.

La fase de inmersión al campo concluyó cuando la información proporcionada por las mujeres adultas mayores llegó a un nivel de saturación teórica. La saturación teórica se alcanza cuando la información que se obtiene de las diferentes entrevistas es igual y por

ello no aporta nada nuevo al desarrollo de las propiedades o dimensiones de las categorías de análisis (Álvarez, 2003; Ardila y Rueda, 2013). De este modo, la saturación teórica se presentó durante la séptima entrevista de la fase de inmersión al campo y por lo tanto no fue necesario realizar la octava entrevista programada.

Los resultados de la fase de inmersión al campo proporcionaron evidencia empírica sobre el objeto de estudio (Gonzalbo, 2006). Esos hallazgos fueron procesados para originar datos de análisis que llevaría a la comprensión del fenómeno de estudio (López y Deslauriers, 2011). Semanas después, se contactaron a las mujeres adultas mayores, vía telefónica, para agradecer su participación, así como mantener el contacto para futuros proyectos de investigación.

3.4. El tratamiento de la información y el proceso de interpretación.

El tratamiento de la información se llevó a cabo seleccionando, simplificando y transformando la información recolectada a través de las diferentes estrategias para la obtención de la información y durante las diversas fases del trabajo de campo. La finalidad fue procesar los datos y así preparar el análisis de la información (López y Deslauriers, 2011). Por consecuencia, se realizó un proceso de análisis para la constitución de los datos.

A través de este proceso de análisis se fragmentó el texto obtenido de las narrativas de las mujeres adultas mayores. Con eso se identificaron unidades de análisis al que se le asignó un código. Este código permitió identificar, reunir y clasificar la información obtenida por entrevista. Por medio de la categorización se elaboró un sistema de categorías y subcategorías en el que se agrupan los textos. A continuación, se presenta un ejemplo de categorías de hábitos de salud (véase tabla 8).

Tabla 8. Ejemplo de categorías de hábitos de salud

Hábitos de salud	Código	Extracto de texto	Parafraseado	Categoría
Alimentación	Consumo de alimentación saludable	“No, éramos muchos integrantes en la familia”.	La familia numerosa limitaba el consumo de la alimentación saludable	Factores de riesgo
Medicamento	Consumo de medicamento	“El medicamento no se deja ni un día, ni un día, ni en la mañana, ni en la noche...no puedes suspender...si quieres tener una constante, tú tienes que ser la constante”.	El consumo del medicamento en los tiempos acordados controla la enfermedad	Adherencia al tratamiento

Fuente: elaboración propia.

3.5. Validez y confiabilidad.

La validez y la confiabilidad de las investigaciones de carácter cualitativo tienen otros requisitos que las caracterizan de las investigaciones de carácter cuantitativo que tienen como objetivo la representatividad de los resultados (Álvarez, 2003; Martínez, 2016; Sánchez, 2001; Sautu, 2003). De acuerdo a Álvarez (2003) la investigación cualitativa debe asegurar “la obtención de la situación real y verdadera de las personas que se investiga” (Álvarez, 2003: 31).

Sobre este tema, Burke (1999) menciona que existen tres tipos de validez (en realidad se mide lo que se propone medir) en la investigación cualitativa. La primera es la validez descriptiva que se presenta cuando existe precisión del contenido. La segunda es la validez interpretativa que se obtiene a través de los puntos de vista de los participantes. La tercera es la validez teórica que se presenta cuando la teoría y la explicación teórica concuerdan con los datos analizados.

En relación a la confiabilidad (obtener los mismos resultados y las mismas conclusiones bajo los mismos procedimientos) las investigaciones de carácter cualitativo emplean la triangulación. La triangulación significa que se deben de utilizar múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observadores para agregar rigor, amplitud y profundidad a la investigación (Álvarez, 2003). La triangulación es de datos cuando se usan diversas fuentes de información. Es metodológica cuando se hace una combinación de métodos y técnicas. Es teórica cuando se contrastan los resultados a partir de diversas ópticas teóricas. Por último, es de investigadores cuando el estudio se debate con otros analistas sociales (Álvarez, 2003; Sánchez, 2001).

La triangulación es el proceso por el cual se logra mayor validez y confiabilidad del estudio (Álvarez, 2003; Burke, 1999; Sánchez, 2001). Es preciso indicar que la validez y la confiabilidad se van logrando en las diferentes etapas de la investigación, esto es, desde la selección de la muestra hasta la presentación de resultados (Sánchez, 2001). La validez del presente estudio se obtuvo a través de la validez descriptiva, interpretativa y teórica. En cuanto a la confiabilidad o triangulación se obtuvo por medio de las diferentes técnicas de recolección de la información. En este caso la observación no participante, la guía de entrevista semi-estructurada y el diario de campo, así como también de la triangulación de datos, teórica y de investigadores (Álvarez, 2003; Sánchez, 2001).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

El interés central del presente trabajo de investigación fue *comprender las creencias de los hábitos de salud en mujeres adultas mayores desde su experiencia de autocuidado para la salud*. Llevar a cabo esta labor requirió examinar la construcción de los hábitos de salud para identificar las creencias de salud en relación a los comportamientos de salud preventivos para evitar la enfermedad y los comportamientos protectores para recuperar la salud (Moreno y Gil, 2003). Las experiencias de vida en el autocuidado para la salud de las mujeres adultas mayores reflejaron las creencias de salud en los comportamientos familiares para la prevención de enfermedades en las etapas tempranas de la vida. Así como en los comportamientos protectores personales para controlar la diabetes mellitus, y no para la recuperación de la salud, porque se reconoce que esta enfermedad no tiene cura definitiva.

Acorde a las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores que permitieron identificar los eventos de situaciones especiales respecto a la pérdida de la salud. Ese tipo de eventos se presentaron en la etapa de niñez cuando un familiar había sido diagnosticado con diabetes mellitus o cuando las mujeres percibieron su sobrepeso u obesidad. En la etapa adulta o de vejez, cuando fueron diagnosticadas con diabetes mellitus. Por consiguiente, esas pérdidas de la salud generaron mecanismos reflexivos y conscientes. Eso por ser eventos imprevisibles, inesperados e irrepetibles, para satisfacer nuevas necesidades de salud a través de hábitos de salud y que a su vez lograran convertir esas situaciones especiales en eventos cotidianos relativos a la calidad de vida como medio para recuperar o mantener la salud (Perera, 2012).

El estudio de las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores permitió identificar patrones en los hábitos de salud que proporcionaron una mayor comprensión de la diabetes mellitus como una problemática social. Los patrones contienen diversos eventos que reflejan las situaciones, temas y problemas relacionados con el fenómeno de estudio (Cabello, 2005; Cabello y Ávila, 2007; Cabello y Zúñiga, 2007). En este sentido, los patrones que se discuten muestran cómo las creencias de salud son comportamientos verbales que reflejan la percepción de las personas para aceptar o rechazar la enfermedad. Eso por medio a la susceptibilidad y severidad percibidas, así como en las acciones para mantener la adherencia al tratamiento en base a beneficios y barreras percibidas (Moreno y Gil, 2003).

El primer patrón se enfocó en el análisis de los eventos que se determinaron como factores de riesgo en las etapas tempranas de vida para el desarrollo de la diabetes mellitus en etapas posteriores de la vida. De igual modo en los eventos que vivieron las mujeres adultas mayores en etapas tempranas de vida se identificaron hábitos familiares no saludables como factores de riesgo socio-culturales en el desarrollo de esta enfermedad. Entre esos se presentaron la ausencia de cambios en la dieta familiar cuando un familiar vivía con sobrepeso u obesidad, las actividades familiares sedentarias y el hábito de fumar dentro del hogar.

El segundo patrón se vinculó al análisis de la aceptación de la diabetes mellitus como eventos cotidianos relativa a la calidad de vida del que surgen diversos aprendizajes para mantener la salud. Del mismo modo las experiencias vividas en el primer contacto de las mujeres adultas mayores con el médico responsable del diagnóstico permitieron que ellas

comenzaran a percibir, por diferentes motivos, su susceptibilidad y severidad ante esta enfermedad crónica-degenerativa. Por consiguiente, se identificaron cómo el consumo de medicamentos y los hábitos alimentarios, así como de la actividad física saludables fueron apreciados por las mujeres adultas mayores como los beneficios percibidos para mantener la salud en la diabetes mellitus.

El tercer patrón se dirigió al análisis de los eventos que mantienen la adherencia al tratamiento para el control de la diabetes mellitus en la etapa de vejez. Por ende, las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores, con el médico responsable y sus respectivas familias reflejaron cómo ellas identificaron los beneficios y barreras percibidas para mantener la salud y prevenir comorbilidades asociadas. Como resultado se identificaron hábitos saludables que interactuaron con hábitos no saludables en los diferentes componentes de la adherencia al tratamiento. Entre los hábitos saludables se encuentran cambios en la dieta familiar, que lograron una mayor adherencia al tratamiento. Entre los hábitos no saludables se encuentran el mantenimiento de las actividades sedentaria que reducen la adherencia al tratamiento integral.

Las categorías emergentes surgieron porque el modelo de las creencias de salud, desde el enfoque de la sociología de la educación, examina las creencias de salud como una variable cognitiva del comportamiento verbal que no explica los determinantes estructurales que originan los comportamientos observables (Moreno y Gil, 2003). Por lo tanto, el modelo de creencias de salud no contempla el estudio de las circunstancias sociales y económicas estructurales que influyen en los hábitos de la salud de las personas. Debido a eso, las categorías emergentes del presente estudio son la ausencia de espacios recreativos en el ámbito comunitario para practicar actividad física fuera del hogar y la interrupción en el consumo del medicamento alópata para consumir medicamento homeópata.

4.1. La vida cotidiana de las mujeres adultas mayores.

El Área Metropolitana de Monterrey es un espacio geográfico ubicado en el estado de Nuevo León, México. Este espacio está conformado por los municipios de Apodaca, Cadereyta Jiménez, El Carmen, García, San Pedro Garza García, General Escobedo, Guadalupe, Juárez, Monterrey, Salinas Victoria, San Nicolás de los Garza, Santa Catarina y Santiago. En algunos de estos municipios del Área Metropolitana de Monterrey viven las doce mujeres adultas mayores que participaron en el presente estudio³⁶.

Pamela, Inés y Estela son originarias de Nuevo León, son solteras sin hijos y, a excepción de Estela quien se dedica al hogar, han trabajado como química y secretaria, respectivamente. Sonia es originaria del Estado de México y llegó a Nuevo León en compañía de sus padres cuando era joven, es madre soltera de un hijo y es maestra de licenciatura. Maribel, María, Nora, Magda e Imelda son originarias de Nuevo León, son casadas y tienen entre dos y cinco hijos y han dedicado su vida al hogar a excepción de María quien ejerce el oficio de estilista. Minerva es originaria del Estado de México y cuando se casó cambió su lugar de residencia a Nuevo León y actualmente es divorciada, vive junto con sus dos hijos y trabaja como maestra de primaria. Carmen es originaria de Nuevo León, es viuda con dos hijos y es secretaria jubilada. Mayra es originaria de

³⁶ Para fines de confidencialidad el nombre de las mujeres adultas mayores fue modificado.

Coahuila y llegó a Nuevo León en compañía de sus padres, es viuda sin hijos y se dedica al hogar (véase tabla 9).

Tabla 9. Características de las mujeres adultas mayores entrevistadas

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	No. de hijos/as	Lugar de nacimiento	Tiempo de vivir en el AMM*
Pamela	62 años	Licenciatura	Química	Soltera	0	N.L.	62 años
Inés	69 años	Técnica	Secretaria	Soltera	0	N.L.	69 años
Carmen	64 años	Técnica	Secretaria	Viuda	2	N.L.	64 años
Maribel	61 años	Secundaria	Hogar	Casada	3	N.L.	61 años
María	61 años	Licenciatura	Estilista	Casada	2	N.L.	61 años
Minerva	62 años	Licenciatura	Maestra	Divorciada	2	Edo. Méx.	24 años
Sonia	60 años	Licenciatura	Maestra	Soltera	1	Edo. Méx.	28 años
Nora	61 años	Secundaria	Hogar	Casada	3	N.L.	61 años
Magda	70 años	Secundaria	Hogar	Casada	5	N.L.	70 años
Imelda	65 años	Secundaria	Hogar	Casada	4	N.L.	65 años
Mayra	76 años	Secundaria	Hogar	Viuda	0	Coah.	75 años
Estela	64 años	Secundaria	Hogar	Soltera	2	N.L.	64 años

Fuente: elaboración propia.

*Área Metropolitana de Monterrey.

Aunque todas las mujeres adultas mayores viven en diferentes contextos socio-económicos que producen y reproducen una vida cotidiana particular todas ellas tienen en común haber sido diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II por el sistema de salud. De este conjunto de mujeres, Minerva y Mayra expresaron haber presentado bajo peso al nacer como uno de los factores de riesgo de la diabetes mellitus. Inés, Sonia, Nora, Magda y Estela manifestaron provenir de familias con antecedentes de diabetes mellitus.

Maribel, María y Minerva tuvieron hijos con más de 4 kilogramos al nacer que en el caso de Minerva éste se convierte en el segundo factor de riesgo para haber desarrollado diabetes mellitus. María, Sonia, Magda, Imelda, Estela y Mayra mencionaron haber vivido un tabaquismo pasivo en etapas previas de la vida porque un familiar cercano fumaba dentro del hogar, aunque solamente Mayra menciona que adquirió el hábito de fumar desde su juventud hasta hace dos años. Pamela y Carmen expresaron no haber presentado ninguno de estos factores de riesgos de la diabetes mellitus (véase tabla 10).

Tabla 10. Factores de riesgo para la prevención y el control de la diabetes mellitus en mujeres adultas mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II

Nombre	Bajo peso al nacer	Antecedentes familiares de la enfermedad	Edad de primer embarazo	Hijo con más de 4 kg al nacer	Consumo de tabaco activo
Pamela	No	No	--	--	No
Inés	No	Sí	--	--	No
Carmen	No	No	25 años	No	No
Maribel	No	No	23 años	Sí	No
María	No	No	22 años	Sí	No*
Minerva	Sí	No	28 años	Sí	No
Sonia	No	Sí	26 años	No	No*
Nora	No	Sí	26 años	No	No
Magda	No	Sí	19 años	No	No*

Imelda	No	No	19 años	No	No*
Mayra	Sí	No	--	--	Sí*
Estela	No	Sí	20 años	No	No*

Fuente: elaboración propia.

Carmen, Nora, Magda, Imelda y Estela fueron diagnosticadas con diabetes mellitus en la etapa de vejez. De esta forma, Pamela, Inés, Maribel, María, Minerva, Sonia y Mayra fueron diagnosticadas con esta enfermedad en la etapa adulta. Con el tiempo, Pamela, Inés, Maribel, María, Sonia y Mayra desarrollaron una comorbilidad asociada a esta enfermedad como glaucoma, problemas de riñón, hipertensión arterial o embolia (véase tabla 11).

Tabla 11. Control de la diabetes mellitus y comorbididades asociadas en mujeres adultas mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II

Nombre	Año de diagnóstico	Comorbilidad asociada	Cuenta con Seguridad Social	Frecuencia de consulta
Pamela	2005	Problemas de riñón (desde 2007)	Sí	Cada mes
Inés	2004	Glaucoma (desde 2004)	Sí	Cada mes
Carmen	2014	Ninguna	Sí	Cada mes
Maribel	1997	Problemas de riñón (desde 2016)	Sí	Cada mes
María	2000	Sobrepeso (desde 1970) Hipertensión arterial (desde 2015)	Sí	Cada vez que se siente mal
Minerva	2018	Ninguna	Sí	Cada tres meses
Sonia	2002	Obesidad (desde 1970) Asma (desde 1990) Hipertensión arterial (desde 2017)	Sí	Cada mes
Nora	2010	Ninguna	Sí	Cada mes
Magda	2009	Ninguna	Sí	Cada mes y medio
Imelda	1995	Ninguna	Sí	Cada mes
Mayra	1990	Embolia (desde 2018)	Sí	Cada mes y medio
Estela	2000	Ninguna	Sí	Cada mes

Fuente: elaboración propia.

La vida cotidiana de las mujeres adultas mayores trascurría principalmente en sus hogares. Estos hogares estaban ubicados en colonias urbanas de los municipios de Apodaca, Guadalupe, Monterrey y San Nicolás de los Garza. En donde se observaron calles pavimentadas, algunas con uno o dos baches (agujeros), grandes avenidas y casas construidas con materiales resistentes (paredes de block o ladrillo, pisos de cemento o azulejo). Todas las casas de las mujeres adultas mayores contaban con los servicios básicos (agua potable, drenaje, energía eléctrica y gas natural), algunas casas tenían dos pisos (planta baja y alta). La mayoría tenían un mantenimiento constante porque estaban pintadas en el exterior e interior y el porche o jardín estaban bien cuidados (véase ilustración 4).

Ilustración 4. Características de los hogares



Fuente: Fotografía tomada por el investigador.

De manera semejante las mujeres comparten el espacio con otras personas en la mayoría de los casos con otros adultos mayores, porque algunas de esas colonias urbanas fueron de las primeras que se establecieron en el Área Metropolitana de Monterrey. A pesar de esa circunstancia las calles y banquetas carecían de accesos, para que las personas adultas mayores que ahí residían se movieran con mayor autonomía (véase ilustración 5). Esta situación refleja una desigualdad en el desplazamiento, porque las banquetas y calles en donde ellas viven no están adaptadas a las necesidades de ese grupo de edad (segregación socio-espacial) (Zamorano et al., 2012).

Ilustración 5. Áreas comunes de tránsito peatonal



Fuente: Fotografía tomada por el investigador.

En estos espacios se observaron también servicios públicos como alumbrado y recolección de basura. También se detectó un fácil acceso para el sistema de transporte colectivo, aunque, en la mayoría de los casos, las familias de las mujeres adultas mayores contaban con vehículo propio para trasladarse en la comunidad. Finalmente, en estos espacios se encontraron áreas recreativas como parques públicos con aparatos fijos para realizar ejercicio (véase ilustración 6), además de áreas religiosas como iglesias y templos.

Ilustración 6. Áreas recreativas y de actividad física



Fuente: Fotografía tomada por el investigador.

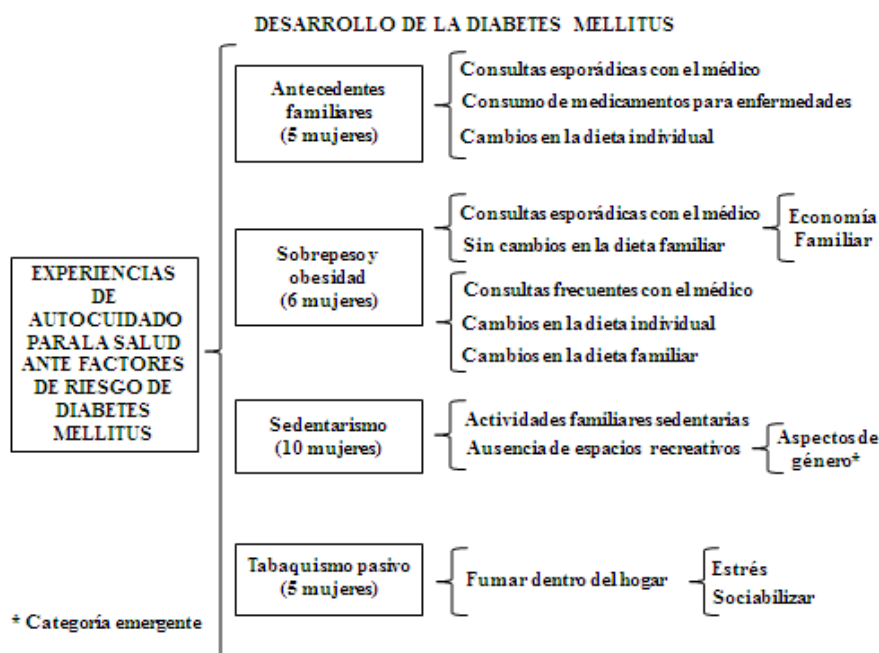
4.2. Desarrollo de la diabetes mellitus: factores de riesgo y hábitos de salud familiares en la niñez.

Es preciso señalar que todas las mujeres adultas mayores que participaron en el presente estudio vivieron su etapa de niñez entre las décadas de los años cincuenta y setenta del siglo pasado. Cuando el proceso de industrialización comenzaba a consolidarse en las diferentes regiones del país (Carcar, 2013; Gómez, 2003). Debido a ese contexto social, las mujeres comenzaron a experimentar los cambios incipientes de la transición epidemiológica principalmente en la presencia de familiares que habían sido diagnosticados con diabetes mellitus. Aunque las primeras causas de enfermedad en la familia seguían siendo las enfermedades infecciosas y parasitarias (Perdigón y Fernández, 2008). Por consecuencia, los hábitos de salud familiares se orientaban a la práctica de la higiene y el consumo de medicamentos para prevenir y controlar a las mismas. Eso sin tomar en consideración otro tipo de hábitos de salud para las enfermedades crónicas-degenerativas de riesgo coronario (Perdigón y Fernández, 2008).

Es por ese motivo que uno de los principales objetivos de investigación fue *distinguir los hábitos de salud familiares ante los factores de riesgo de la diabetes mellitus en las etapas previas de vida de las mujeres adultas mayores* para analizar si ellas percibían la susceptibilidad y severidad para desarrollar diabetes mellitus con el paso del tiempo. En ese sentido, el análisis se enfocó en las experiencias de vida respecto a los antecedentes familiares de la diabetes mellitus. Es decir, cuando las mujeres adultas mayores mencionaron que un familiar de primer grado padecía la enfermedad, así como en la

percepción de sobrepeso u obesidad, las actividades familiares sedentarias y el tabaquismo pasivo, porque un familiar de las mujeres adultas mayores tenía el hábito de fumar dentro del hogar. De esta forma, se construyeron patrones de los hábitos de salud familiares que tienen la particularidad de haberse construido en un contexto epidemiológico en donde los factores de riesgo de esta enfermedad no eran del todo conocidos en esa época (véase ilustración 7).

Ilustración 7. Desarrollo de la diabetes mellitus



Fuente: elaboración propia.

4.2.1. Antecedentes familiares.

Se reconoce que uno de los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus es el hereditario porque esta enfermedad tiene una propensión hereditaria que se manifiesta cuando la persona tiene una exposición constante con otros factores de riesgo socioculturales (ambientales) (DOF, 2018a; Mahan y Raymond, 2017). Por consecuencia, el tener padres o hermanos que padezcan diabetes mellitus es considerado un antecedente familiar que es importante para esta enfermedad.

Inés, Sonia, Nora, Magda y Estela mencionaron que sus padres padecieron diabetes mellitus cuando ellas eran niñas convirtiéndose así en un familiar de primer grado con esta enfermedad crónica. Una vez identificado ese evento en las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores se detectaron los patrones de hábitos de salud familiares que tenían como propósito el mantener la salud de ese familiar. Este análisis dio como resultado dos tipos de patrones: uno en donde los comportamientos de salud protectores consistían en el consumo de medicamentos para tratar la diabetes mellitus y, otro, en el cual este comportamiento se conjugaba con cambios en la dieta del familiar que padecía la diabetes mellitus (cambios en la dieta individual).

Respecto a los comportamientos de salud protectores sustentados en el consumo de medicamento las mujeres adultas mayores mencionaron:

Sonia: “Sí...se le recordaba que tomaba sus medicamentos”.

Nora: “Sí, sus pastillas para el azúcar (diabetes mellitus)”.

Inés: “Sí, mi madre le recordaba a mi padre de sus pastillas”.

Magda: “Sí (consumo de medicamentos), pero no se cuidó.... lo llevaban al médico, le recordaban los horarios de sus medicamentos...pero no”.

Sobre este tema Estela fue la única que mencionó que los hábitos de salud familiares se enfocaban en el consumo de medicamento, además al consumo de una alimentación saludable:

Estela: “Sí, ... (El familiar enfermo) también controlaba la enfermedad con medicamento y una buena alimentación”.

Como resultado la mayoría de las mujeres percibieron desde la niñez que el consumo de medicamentos era la estrategia principal en el control de la diabetes mellitus que padecía su familiar. Solamente Estela mencionó que el consumo de una alimentación saludable complementaba este tratamiento a largo plazo. De esta manera, en estas experiencias de vida se reconoce que el apoyo de la familia fue importante para contribuir a la adherencia al tratamiento y el cuidado del familiar enfermo.

En definitiva, esas experiencias de vida reflejan que las mujeres no percibieron a la diabetes mellitus como una situación que generará conflicto familiar, ni que ameritara el recurrir a otras estrategias de salud para el control de la diabetes mellitus. Por consiguiente, todas las mujeres mencionaron que reconocieron algunos signos y síntomas de la enfermedad cuando ellas fueron diagnosticadas con la misma. De este modo, el haber participado en el cuidado del familiar con diabetes mellitus permitió que las mujeres adquirieran conocimientos y aprendizajes generales de la enfermedad.

Sin embargo, la experiencia de vida de Magda describe que a pesar de que su familiar había sido diagnosticado con diabetes mellitus y recibía medicamentos para controlar la enfermedad él no consumía el medicamento. Debido a este comportamiento de salud de este familiar se identificó una falta de adherencia al tratamiento secundaria que lo hacía susceptible a desarrollar comorbilidades asociadas con el tiempo y necesitar un cuidado familiar a largo plazo. De la misma forma, se considera que este cuidado familiar pudo haber originado diversas situaciones de estrés y conflictos en la familia.

En este sentido, estas experiencias de vida describen patrones de salud que se vinculan a estrategias disponibles para percibir los beneficios y barreras no percibidas en la adherencia al tratamiento del familiar que padecía la diabetes mellitus. El apoyo familiar para recordar la hora del consumo del medicamento se percibió como una estrategia disponible para mantener el consumo del medicamento. La omisión en el consumo de medicamentos se identifica como una barrera de la persona que no fue identificada por el personal de salud.

4.2.2. Sobrepeso y obesidad.

La interacción de factores de riesgos hereditarios, biológicos y socioculturales (o ambientales) tiende a originar factores de riesgo en el estado nutricional. Principalmente el

factor de riesgo del sobrepeso y la obesidad en las etapas tempranas de la vida (DOF, 2018^a; Mahan y Raymond, 2017). Respecto a los factores de riesgo hereditarios que influyen en el sobrepeso y la obesidad, se refiere que si ambos padres padecen de obesidad la probabilidad de que sus hijos la padezcan se incrementan en más de un cincuenta por ciento (Martínez y Navarro, 2013). En cuanto a los factores de riesgo socioculturales (o ambientales), se ha detectado que los cambios de hábitos alimentarios a la hora de consumir los alimentos incrementan la probabilidad de desarrollar sobrepeso y obesidad en todos los miembros de la familia (Martínez y Navarro, 2013).

Sobre el factor de riesgo del sobrepeso y obesidad durante la niñez de las mujeres adultas mayores, la mayoría de ellas mencionaron que percibieron su presencia. De este modo, se detectaron dos patrones de hábitos de salud familiares ante este factor de riesgo. El primero fue que la familia recurrió a los servicios de salud de manera frecuente y así realizó cambios en la dieta familiar o individualmente (exclusiva para la mujer adulta mayor).

Este fue el caso de Magda diagnosticada con diabetes mellitus tipo II en su etapa de vejez. Expresó antecedentes familiares de la enfermedad y contó con el apoyo familiar para controlar su sobrepeso en su etapa de niñez:

Magda: “Sí (padece), desde muy chica el sobrepeso, pero mi familia me apoyaba alimentándome mejor”.

Sin embargo, Sonia que vive con diabetes mellitus desde hace dieciocho años e hipertensión arterial desde hace tres años. Mencionó que durante su niñez su familia se asesoró frecuentemente con un profesionalista quien proporcionó un plan de alimentación saludable. Destacó que sintió una falta de integración familiar para implementar y dar seguimiento a ese plan de alimentación:

Sonia: “Sí, sí la padecía (obesidad), una vez me llevaron con nutriólogo, pero (ellos) simplemente decían: ¡tú ya no comas!”.

De donde resulta que las experiencias de vida de Magda y Sonia presentan distintas dimensiones de análisis a pesar de estar presentes en el mismo patrón. En el caso de Magda y otras mujeres adultas mayores percibieron que el apoyo familiar fue importante en esa etapa de la vida al enfrentar ese factor de riesgo nutricional. Es importante destacar que la mayoría de las mujeres que recibieron apoyo familiar al reducir el sobrepeso y la obesidad en la etapa de niñez fueron diagnosticadas con diabetes mellitus hasta en la etapa de vejez.

En el caso de Sonia cuya familia buscó diversas estrategias de salud disponibles para el control de su sobrepeso, percibió que la falta de apoyo familiar no facilitó la adopción de hábitos alimentarios saludables cuando fue asesorada por un especialista en nutrición. De igual modo se identificó que las mujeres que no recibieron apoyo familiar fueron diagnosticadas de diabetes mellitus en la etapa adulta. De esta manera se reconoce que el apoyo familiar contribuye a reducir las barreras que un niño puede percibir para llevar a cabo acciones que le permitan mantener la salud en una etapa de crecimiento.

El segundo patrón fue que la familia intentó buscar atención y cuidado de los servicios de salud, pero la frecuencia fue esporádica y debido a ello no hubo cambios en la dieta familiar o individualmente (exclusiva para la mujer adulta mayor). Eso sucedió con María, quién padece diabetes mellitus desde hace veinte años e hipertensión arterial desde hace cinco años. Manifestó una sensación de falta de apoyo familiar para haber disminuido ese factor de riesgo a través de la adquisición de hábitos alimentarios saludables:

María: “Sí, sí lo padecí (sobrepeso) pero mi familia no me apoyaba con eso (dieta)... era de voluntad propia... la familia no se encargaba de eso”.

Inés e Imelda recibieron atención y cuidado por parte del personal de salud de manera esporádica. Ambas percibieron que los conocimientos proporcionados no se adecuaron a su lenguaje y debido a ello no generó aprendizajes o cambios en los hábitos de salud ante esos factores de riesgos:

Inés: “Sí, tenía el sobrepeso y recibía información, pero nunca le entendí porque hablaban con términos muy formales”.

Imelda: “Sí, supongo que es algo que te dice el doctor, aunque nunca comprendí bien sus conceptos, pero me lo explicaban para entenderlos”.

En síntesis, las mujeres adultas mayores que vivieron en familias que no modificaron los hábitos de alimentación no saludables comprendieron desde muy jóvenes que tenían que tratar a estos factores de riesgo con hábitos de alimentación saludables de manera individual. Por lo tanto, refieren que fue complicado adoptar hábitos alimentarios saludables. Se reconoce que ellas percibieron su susceptibilidad, así como la severidad ante el sobrepeso y la obesidad. Además de no percibir el beneficio de limitar el consumo de alimentos no saludables como dulces y pastelitos.

Por todo eso es preciso destacar que algunas mujeres adultas mayores mencionaron que en la etapa de niñez sus familias tenían barreras económicas para llevarlas con frecuencia a los servicios de salud. Así como proporcionarles una dieta o atención individual. De esta forma, el comportamiento preventivo de salud para reducir el sobrepeso y obesidad no se llevó a cabo por factores externos a las mujeres adultas mayores.

Por consiguiente, se examinaron las respuestas de las seis mujeres adultas mayores que expresaron desconocer si ellas padecían sobrepeso u obesidad en la etapa de niñez. Al profundizar sobre este tema, las respuestas llevaron a identificar los hábitos de salud familiares en donde las mujeres sintieron que su familia no daba prioridad a ese factor de riesgo:

Nora: “No, no sé, no nos fijábamos en eso”.

Imelda: “No, realmente no es que fuera algo cotidiano hablar de eso”.

Al preguntarles si esta falta de conocimiento sobre un posible sobrepeso u obesidad en su niñez influyó en la manera en cómo sus padres las alimentaban. Las respuestas de estas mujeres manifestaron una percepción de que independientemente si ellas tenían sobrepeso u obesidad sus padres no les brindaban una alimentación nutritiva por diferentes motivos:

Nora: “No, por la economía del hogar”.

Imelda: “No era un tema muy común... la sana alimentación en esos tiempos”.

Se identificó que en la mayoría de las mujeres los hábitos de salud familiares no se construyeron en base a una necesidad de salud para reducir el sobrepeso y obesidad real o percibida. El ingreso económico influyó en los hábitos de salud familiares, porque establecieron diferencias en la atención y cuidado de esos factores de riesgo nutricionales. En algunas familias el ingreso económico permitió la asistencia con frecuencia a los servicios de salud y acceder a alimentos, para modificar la dieta familiar o individual (exclusiva para la mujer adulta mayor). Por otra parte, en otras familias los escasos recursos económicos fueron barreras para adoptar cambios en los patrones de alimentación, por el difícil acceso a alimentos saludables, para todos los miembros de la familia.

Es preciso señalar que los ingresos económicos y el acceso a alimentos no garantizan una alimentación saludable. Las comidas preparadas fuera del hogar por lo general tienen un costo accesible para la mayoría de la población. Sin embargo, contienen un alto porcentaje de grasas y azúcares que contribuye al aumento del peso corporal. Eso principalmente porque ese tipo de comidas promocionan su consumo a través de porciones cada vez más grandes a un precio económico. La alta disponibilidad de comidas preparadas fuera del hogar produce que las personas sustituyan el consumo de comidas caseras, que contienen un mayor valor nutrimental por ser elaboradas con alimentos frescos sin conservadores, además que estén expuestas al sobrepeso y obesidad.

La transformación en la disponibilidad de alimentos lleva a destacar la importancia del aprendizaje sobre los alimentos saludables y no saludables como factor que determina la selección, así como en la preparación de alimentos a consumir diariamente. Ese aprendizaje es fundamental para adquirir hábitos alimentarios saludables y que permanezcan a través del tiempo. Porque las personas cambian sus hábitos de alimentación en relación a gustos y preferencias alimentarias que se conjugan con el costo y la disponibilidad de alimentos. Las mujeres refieren un aprendizaje sobre ese tema cuando eran niñas. Sin embargo, la información no se adaptó a los gustos y preferencias familiares o personales, por lo cual esa situación no facilitó la construcción de hábitos de salud en una etapa de vida en donde la imagen corporal era importante para la autoestima.

Sobre ese último concepto se refiere cuando los niños son más susceptibles a presentar insatisfacción por su imagen corporal cuando viven con sobrepeso u obesidad. La imagen corporal es una representación del cuerpo que influye en lo que una persona piensa de sí mismo impactando en su autoestima y personalidad. De este modo la insatisfacción en la percepción física en los niños que padecen sobrepeso u obesidad produce una barrera que evita que ellos acepten los comportamientos de salud protectores expresando sentimientos de soledad y falta de solidaridad.

Algunas mujeres adultas mayores reconocieron que su problema de sobrepeso y obesidad no fue atendido por la familia, porque los hábitos de alimentación saludables no formaban parte de la cultura alimentaria de esa época. La transición alimentaria generó muchas transformaciones en la producción y acceso de alimentos que impactaron en la familia, porque éstas cambiaron su manera de comer. En esta nueva manera de comer no existió un reconocimiento que el consumo de alimentos industrializados y comidas preparadas fuera del hogar fueran factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus en la etapa de niñez.

Las mujeres adultas mayores vivieron su niñez en un sistema de alimentación diferente al que se vive en la actualidad. Ellas consumieron alimentos que contenían nutrimentos naturales y la manera de preparación era artesanal, elaborada en casa por las mujeres de su familia. Por lo que el acceso a alimentos industrializados y comidas preparadas fuera del hogar comenzó a cambiar sus hábitos alimentarios sin que ellas lo percibieran. De esa manera las mujeres no tuvieron una concepción de hábitos de alimentación saludables, porque la transición alimentaria no estuvo presente en el discurso de las familias y ni en los miembros más jóvenes de las familias.

4.2.3. Sedentarismo.

Sobre el tema de los hábitos de actividad física se refiere que los factores de riesgos socioculturales o ambientales, tal es el caso de los ambientes sedentarios, tienden a producir hábitos de actividad física no saludables como lo son la falta de la práctica de ejercicio o deporte (Granda et al., 2018). El principal hábito de actividad física no saludable es el sedentarismo que acelera los procesos metabólicos del sobrepeso y obesidad y de otro tipo de enfermedades crónicas (Granda et al., 2018; Mahan y Raymond, 2017). Al respecto, se refiere que las actividades sedentarias en las etapas tempranas de la vida influyen en el desarrollo del sobrepeso u obesidad infantil. También disminuyen las oportunidades para que los niños y personas establezcan contacto con el entorno que rodea (Cigarroa et al., 2016).

Respecto a los hábitos de salud familiares para motivar la actividad física o el deporte para disminuir el sedentarismo la mitad de las mujeres adultas mayores que presentaron sobrepeso u obesidad en su etapa de niñez se presentaron dos tipos de patrones. María y Magda sintieron un apoyo familiar para generar hábitos de actividad física familiares:

María: “Sí, mi padre me incentivaba a practicar box”.

Magda: “Sí, porque el beisbol le gustaba a mi papá”.

El resto de las mujeres no sintieron un apoyo familiar para generar hábitos de actividad física familiares. Como fue el caso de Sonia que percibió una falta de apoyo familiar por no ser una costumbre de salud familiar:

Sonia: “No, no sé, quizá porque ellos tampoco lo hacían”.

De igual forma, se preguntó al resto de las mujeres adultas mayores quienes manifestaron no haber presentado sobrepeso u obesidad en su niñez. Además de cuáles habrían sido los hábitos de salud familiares respecto a la actividad física o el deporte. Minerva, diagnosticada con hipertensión arterial desde hace dos años, expresó que el número de hijos en la familia limitaba la práctica la actividad física o el deporte familiar:

Minerva: “No, éramos muchos hijos y no había tiempo para hacer ejercicio o deporte”.

En el caso de Nora, con hipertensión arterial desde hace diez años y antecedentes familiares de la enfermedad. Los factores económicos limitaban la práctica la actividad física o el deporte:

Nora: “No, por la economía del hogar”.

Para Imelda, quien vive con diabetes mellitus tipo II desde hace veinticinco años, percibió que la falta de espacios públicos limitaba la práctica la actividad física o el deporte en la familia:

Imelda: “No, porque no había muchos lugares donde practicar deportes para las mujeres.”

Estela, diagnosticada con diabetes mellitus tipo II desde hace veinte años y con antecedentes familiares de la enfermedad, sintió que la falta de práctica de actividad física o deporte era por un desinterés familiar:

Estela: “No era un tema de interés en mi familia”.

Al respecto, es preciso señalar que las mujeres adultas mayores vivieron en mayor medida la asignación de estereotipos y roles de género en la práctica de actividad física, ejercicio y deporte característicos del siglo pasado (Granda et al., 2018). En este sentido, las mujeres consideraban que el estilo de vida físicamente activo correspondía a los hombres, porque los padres eran los encargados de las actividades físicas, así como recreativas dentro y fuera del hogar. De esta forma, los padres motivaban a otros miembros de la familia a construir hábitos de actividad física saludable acorde a sus gustos. Además de sus preferencias de género, y no por capacidades físicas, resultando frecuente que las mujeres no se sintieran motivadas a practicar ejercicio o deporte. En caso de llevarlo a cabo correspondía a actividades de gran esfuerzo y desgaste físico (Cigarroa et al., 2016; Granda et al., 2018).

Por consecuencia los hombres realizan actividad física fuera del hogar, porque corresponde a lo establecido en los estereotipos y roles de género. A partir de esta ideología, se construyeron actividades deportivas en torno a la integración masculina. Como una manera de representar el desarrollo de habilidades y fuerza que requiere el hombre proveedor. De esta forma las mujeres se ejercitan realizando actividades físicas relacionadas al cuidado y el trabajo doméstico, por lo que las mujeres crecen y envejecen realizando estas actividades dentro del hogar.

Se identificó que los hábitos de actividad física familiares no se modificaron cuando las mujeres presentaron sobrepeso u obesidad en su niñez y la mayoría de ellas vivieron una etapa de niñez con escasa actividad física. Esta situación impidió que ellas eliminaran estos factores de riesgo en el ámbito familiar que al mismo tiempo disminuyó su capacidad para conocer su entorno y practicar actividad física fuera del hogar (Cigarroa et al., 2016; Granda et al., 2018). Por consiguiente, los estereotipos y roles de género que giran en torno a la práctica de actividad física desde la niñez imposibilitó construir hábitos de actividad saludables para estas mujeres en su edad adulta.

Es importante considerar que la falta de espacios públicos para practicar actividad física, ejercicio o deporte en niñas, jóvenes y mujeres de esa época limitó también la construcción de hábitos de actividad física saludables. De esta forma, la falta de espacios públicos para practicar actividad física surge como una categoría emergente que refleja el aspecto socio-económico y cultural de esa época (Granda et al., 2018; Urbina, 2014).

4.2.4. Tabaquismo pasivo.

En años recientes ha tomado relevancia el tabaquismo pasivo como factor de riesgo socio-cultural (ambiental) para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo II (Lugones, 2006). Respecto a este factor de riesgo algunas mujeres adultas mayores mencionaron haber vivido su niñez con un familiar que practicaba el tabaquismo activo dentro del hogar. Debido a eso se detectaron dos patrones. El primero se relaciona a la práctica de este hábito por el estrés de la vida cotidiana:

María: “Sí, mi madre fumaba, aproximadamente 6 cigarros diarios”.

Sonia: “Sí, mi padre fumaba por ansiedad”.

El segundo patrón se relaciona a la práctica del hábito por sociabilizar con otras personas de la comunidad:

Magda: “Sí, mi padre... por estar con una amistad”.

Mayra: “Sí, mi padre, era muy normal en esa época”.

Estela: “Sí, mi padre fumaba desde muy chico de edad”.

Sobre estos patrones es preciso destacar, que con el tiempo, Sonia y Magda presentaron diversas enfermedades respiratorias, como el asma, en la etapa de niñez (Mahan y Raymond, 2017). De modo que la presencia de esas enfermedades respiratorias limitó la capacidad pulmonar de estas mujeres para practicar actividad física, ejercicio y deporte en la niñez. Eso específicamente en las mujeres que mencionaron haber padecido sobrepeso u obesidad desde la niñez hasta la edad adulta (Araya, 2004). Por lo tanto, el tabaquismo pasivo que vivieron las mujeres en su etapa de niñez se puede identificar como un factor de riesgo que contribuyó al desarrollo de la diabetes mellitus con el tiempo (Lugones, 2006).

De manera semejante Mayra mencionó que ella fue fumadora activa desde joven porque era un hábito familiar. Es preciso mencionar que ella fue diagnosticada de diabetes mellitus en etapa adulta y no dejó de fumar hasta hace apenas dos años cuando desarrolló diversas comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus. De este modo, se identifica que el consumo de tabaco no fue percibido como una barrera que le impidió mantener la adherencia al tratamiento.

Es por esto que el tabaquismo pasivo en la niñez se puede considerar como un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus desde dos dimensiones. La primera es la indirecta por la pérdida de las capacidades biológicas, principalmente las respiratorias, por lo que se tiende a reducir la actividad física. Además, con ello se incrementa el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad. La segunda es la directa que es la transición de un tabaquismo pasivo en la niñez a un tabaquismo activo en la edad adulta.

De esta manera, el análisis de las experiencias de autocuidado para la salud ante factores de riesgo de diabetes mellitus trajo como hallazgo que las mujeres adultas mayores estuvieron expuestas a diversos riesgos para desarrollar la enfermedad crónica. Los principales factores fueron los hereditarios, por la presencia de un familiar de primer grado, y los socio-culturales (ambientales). Ante estos factores de riesgo, las mujeres y sus respectivas familias construyeron hábitos de salud para solucionar sus principales problemas de salud.

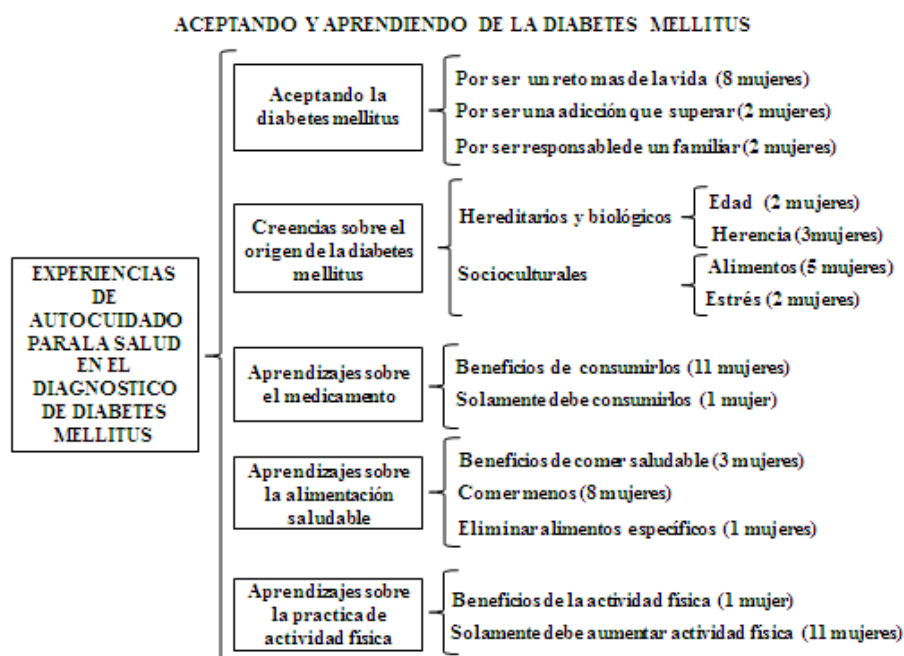
Las principales estrategias de salud fueron el consumo de medicamentos para controlar la diabetes mellitus. Así como consumir una alimentación saludable cuando se percibía sobrepeso u obesidad. Destacando que cuando se contaba con el apoyo familiar se adoptaron hábitos de salud familiares. Sin embargo, algunas mujeres presentaron factores de riesgo que no recibieron una atención y cuidado como fue el sedentarismo, así como el tabaquismo pasivo. De esta manera, esos factores no fueron percibidos como barreras adoptar comportamientos de salud y por ese motivo algunas mujeres adultas mayores continuaron con estos hábitos no saludables.

4.3. ¿Ahora cómo me cuido? Aceptando y aprendiendo de la diabetes mellitus.

El diagnóstico de la diabetes mellitus fue un evento de situación especial negativo en la vida cotidiana de todas las mujeres adultas mayores. La mayoría de ellas vivieron ese evento negativo entre los cuarenta o cincuenta y cinco años de edad, es decir en la etapa adulta. Por lo que han vivido entre diez y veinte años con la enfermedad y han desarrollado comorbilidades asociadas. Las otras mujeres adultas mayores mencionaron haber vivido ese evento negativo cuando iniciaron su etapa de vejez, por lo que llevan menos de cinco años padeciendo diabetes mellitus.

En este sentido, la pérdida de la salud generó en todas las mujeres adultas mayores mecanismos reflexivos que les hizo cuestionar su vida cotidiana. Al mismo tiempo realizar cambios paulatinos en los hábitos de salud para satisfacer sus nuevas necesidades de salud (Gonzalbo, 2006; Perera, 2012). Por este motivo, uno de los principales objetivos de investigación fue *examinar conocimientos y aprendizajes del autocuidado para la salud en las mujeres adultas mayores en el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus* para identificar cómo los conocimientos y aprendizajes respecto a esta enfermedad contribuyeron a que las mujeres percibieran la susceptibilidad y severidad de esta enfermedad. Además de aceptarla para generar comportamientos de salud protectores en base a los beneficios percibidos. Por consecuencia el segundo patrón de análisis está vinculado a la aceptación de la diabetes mellitus como un evento cotidiano relativo a la calidad de vida del que surgen diversos aprendizajes para mantener la salud (véase ilustración 8).

Ilustración 8. Aceptando y aprendiendo de la diabetes mellitus



Fuente: elaboración propia.

Las mujeres adultas mayores refieren que durante el primer contacto con el médico responsable del diagnóstico y tratamiento generaron mecanismos reflexivos que les permitió percibir la susceptibilidad y severidad de esta enfermedad crónica. De esta manera, las mujeres mencionaron que a partir del diagnóstico de la diabetes mellitus comenzaron a aceptar la enfermedad, así como aprender de ella, porque comprendían que tenían que cambiar hábitos de salud para regresar a su vida normal (Moreno y Gil, 2003). De estos mecanismos reflexivos se obtuvieron tres patrones para analizar cómo es aceptada la diabetes mellitus y se transforma en un evento cotidiano de la vida.

En el primer patrón la mayoría de las mujeres adultas mayores percibieron a la diabetes mellitus como un reto más de la vida (Castañeda, y otros, 2015). Debido a eso, se expresaron sentimientos de esperanza y motivación. De esta manera, Inés, diagnosticada con diabetes mellitus tipo II desde hace dieciséis años y con glaucoma durante este mismo tiempo, mencionó que sus mecanismos de reflexión se orientaron a sentir:

Inés: “me entró una obsesión, eso fue lo que me sacó adelante...y más cuando comencé a bajar de tallas...no tengo consciencia de que fue, sino que dije: “esto no me va a ganar a mí, ósea, la enfermedad no puede ser más fuerte que yo ni puede poder conmigo” yo sola tengo que echarle las ganas de salir”.

En el segundo patrón Pamela y Nora mujeres percibieron a la diabetes mellitus como una adicción que se tiene que superar, porque ellas están conscientes de las recaídas constantes en el tratamiento de la enfermedad (Lugones, 2006). Los principales sentimientos mencionados son la tristeza y la frustración. Al respecto, Pamela, diagnosticada con diabetes mellitus tipo II desde hace quince años, además con problemas de riñón desde hace trece años, expresó que sus mecanismos de reflexión se enfocaron a pensar:

Pamela: “pues fue pensar cuidarnos día a día, ahora sí, como los alcohólicos ¿no? cada día es un día que Dios te presta y que hay que cuidar”.

En el tercer patrón Maribel y Estela aceptaron a la diabetes mellitus porque ellas eran las personas responsables de un familiar cercano que necesitaba atención y cuidado (Arango, 2007). Por consiguiente, el mecanismo reflexivo se dirigió a reprimir sentimientos por una responsabilidad emocional. Por lo tanto, Maribel diagnosticada con diabetes mellitus tipo II después del parto, hace veintitrés años, además con problemas de riñón desde hace cuatro años, mencionó que sus mecanismos de reflexión y crítica se encauzaron a percibir:

Maribel: “no me fue difícil comenzar (el tratamiento) ... mi hijo estaba chiquito, recién nacido, y yo sabía que necesitaba a su mamá, sino ¿quién me lo iba a cuidar?”.

De este modo, la aceptación de la diabetes mellitus muestra que la susceptibilidad y severidad percibidas se asocian a una serie de sentimientos. Los principales sentimientos expresados son la tristeza, obsesión, angustia y soledad. Es importante destacar que estos sentimientos negativos se reconocen como barreras, para aceptar la enfermedad por lo que requieren de atención y cuidado especializado.

En resumen, se reconoce que la falta de aceptación de la enfermedad dificulta el conseguir los objetivos de salud, porque no se logran percibir los beneficios de llevar a cabo una acción de salud para mantener el control de la enfermedad. De este modo, las mujeres que han aceptado la enfermedad expresan que son un reto en el que deben actuar. Por lo tanto, los retos pueden ser personales o involucrar a algún miembro de la familia para sentir que es necesario recuperar la salud que se ha perdido.

4.3.1. Creencias sobre la diabetes mellitus.

El percibir la susceptibilidad y severidad de la diabetes mellitus ocasiona que se empiece a aceptar la enfermedad. Por lo tanto, la susceptibilidad y severidad percibida dependen de un conjunto de creencias respecto al origen de la enfermedad (Moreno y Gil, 2003). Las mujeres adultas mayores mencionaron diversas creencias aprendidas desde la niñez, especialmente en aquellas que convivieron con un familiar diagnosticado con diabetes mellitus, por lo que estas experiencias de vida reflejan el aspecto cultural de la enfermedad (Campos, 1992; Junghans, Meza y Gómez, 2017; Salazar et al., 2018).

De esta manera, las creencias sobre el origen de la diabetes mellitus generaron dos patrones. El primer patrón algunas mujeres adultas mayores expresaron que el origen de su

enfermedad obedecía a factores de riesgo hereditarios y biológicos (Mahan y Raymond, 2017). Estela, Sonia y Nora refirieron una causa hereditaria y Magda y Maribel refirieron una causa biológica relacionada a la edad o por un aspecto de género (por haberse embarazado). Por consecuencia ellas consideraron que esta enfermedad era inevitable y, debido a eso, ellas estaban conscientes de que algún día podrían vivir el diagnóstico de diabetes mellitus (Trujillo y Nazar, 2011).

Al respecto, las respuestas de Magda y Maribel se orientaron a creer en los factores biológicos como el origen de su enfermedad:

Magda: “Por mi edad...y porque después de un embarazo batallé mucho para bajar de peso”.

Maribel: “Tenía la esperanza que después de que naciera mi hijo se me quitara, porque me decían que era una enfermedad muy fea, pero no, no se quitó después del embarazo”.

El desarrollo de la diabetes mellitus durante el embarazo refleja la complejidad de la atención y cuidado de la salud en las mujeres. El haber vivido ambos procesos indica que las mujeres adultas mayores no atendieron de manera integral el aspecto alimentario y de actividad física en esa fase de la vida, a pesar de aceptar que tenían un factor de riesgo hereditario. Por lo tanto, no se percibieron susceptibles a desarrollar la diabetes mellitus de manera permanente, por las creencias en torno a la enfermedad durante la etapa reproductiva, por lo que generaron una barrera que no les permitió percibir los beneficios de iniciar un tratamiento preventivo.

De ahí que las creencias del origen de la enfermedad fueron por factores de riesgos hereditarios y biológicos que reflejaron las mujeres. Además, percibían la susceptibilidad y severidad para desarrollar diabetes mellitus en algún momento de su vida, porque era una enfermedad que no dependía de ellas haber sido diagnosticada. En ese sentido, las mujeres aceptaron la enfermedad, porque la causa era ajena a su propia voluntad; no llevando a cabo una acción para reducir las posibilidades de desarrollar la enfermedad.

En el segundo patrón, la mayoría de las mujeres adultas mayores mencionaron que el origen de su enfermedad obedecía a factores de riesgo socioculturales (Mahan y Raymond, 2017). Para la mayoría de ellas la causa de la diabetes mellitus se debió al consumo de alimentos no saludables (chocolates, refrescos, tabaco, entre otros) y la falta de actividad física y para Pamela y Carmen el origen obedeció al estrés y miedo sufrido por aspectos laborales y de la vida cotidiana. De este modo, ellas consideran que el origen de la diabetes mellitus fue por una libre elección de la causa y no por la exposición a estos factores de riesgo (Guerrero y León, 2010).

Entre las respuestas de factores de riesgo socioculturales destacan las creencias de Inés, Mayra, Pamela y Carmen:

Inés: “Por un atracón de chocolates que me di en navidad”.

Mayra: “Por el cigarro”.

Pamela: “Nuestro mismo exceso, nuestro mismo estrés, nuestro mismo miedo”.

Carmen: “Porque nunca me cuidé realmente”.

Las creencias de origen socio-cultural (ambiental) reflejaron que la persona eligió de manera consciente la manera de vivir y enfermar. De esta forma, se identifica que en etapas previas de la vida las mujeres no sintieron la susceptibilidad y severidad de padecer

la enfermedad crónica. En ese sentido existen aspectos de la estructura social que no se consideraran factores de riesgo, por la falta de reconocimiento en la población para la prevención y control de la enfermedad.

El comer y fumar en exceso, así como tener una vida con estrés fueron factores de riesgo que no tuvieron un reconocimiento de las mujeres para el desarrollo de la diabetes mellitus. Por consecuencia las mujeres adultas mayores se percibieron susceptibles para desarrollar la enfermedad, pero percibieron una baja severidad de la enfermedad, además de que no solicitaron la atención y cuidado para adquirir comportamientos de salud preventivos. Por lo tanto, el mismo estrés, además de los miedos que vivían funcionó como barreras emocionales, para aceptar la severidad de esta enfermedad crónica.

4.3.2. Aprendizajes sobre la diabetes mellitus.

Es preciso señalar que este proceso de autocuidado en una enfermedad crónico-degenerativa inicia aprendiendo qué es la enfermedad que se vive. Debido a ello el médico responsable brinda conocimientos acerca del origen de la enfermedad, consecuencias, tratamiento y otros temas relacionados. Al formular esta pregunta a las mujeres adultas mayores se expresaron dos tipos de patrones. En el primero, la mayoría percibieron los beneficios y consideraron que el médico responsable les había explicado que era la diabetes mellitus:

Nora: “Sí, que es hereditario y por lo mismo me iba a dar y por eso me debo de cuidar de aquí en adelante”.

Mayra: “Sí, y que había sido por el exceso de trabajo y por un estrés crónico que tenía que quitar”.

De ahí que ese patrón se caracteriza porque las mujeres percibieron los beneficios de iniciar un tratamiento médico comprendiendo cuál era el origen de su enfermedad. Por consecuencia, las creencias del origen de la enfermedad es un elemento importante para adoptar comportamientos de salud. En este sentido el origen de la enfermedad que puede ser hereditario o sociocultural, no condiciona la acción, para el comportamiento de la salud. Sino más bien es la percepción de los beneficios percibidos.

En el segundo patrón, María, Minerva y Magda no percibieron los beneficios y debido a ello sintieron que el médico responsable no les explicó en qué consistía su enfermedad:

María: “No, solamente me dijo que debería de agarrar las cosas con más calma”.

Minerva: “No, solo me dio medicamento”.

Magda: “No, solo me dio el diagnóstico y me comento que por mi edad”.

En síntesis, ese patrón se caracterizó, porque las mujeres no percibieron los beneficios de iniciar un tratamiento médico al no comprender con precisión el origen de su enfermedad. Por consecuencia, las mujeres inician el tratamiento médico sin percibir los beneficios del mismo por lo que no se construyen comportamientos de salud protectores en base de la aceptación de la enfermedad. De esta manera, es frecuente la falta de adherencia al tratamiento primaria o secundaria, por no comprender la complejidad de la atención y cuidado de esta enfermedad.

Es preciso mencionar que todas las mujeres adultas mayores fueron diagnosticadas en los servicios públicos del sistema de salud. Debido a eso la relación médico-paciente que se

desarrolló en ese momento fue del tipo mecanicista (Arrubarrena, 2011). Por consecuencia, las mujeres no tuvieron la opción de elegir al médico responsable de su atención y cuidado. Identificándose que vivieron una relación médico-paciente activa-pasiva en donde ellas solamente seguían las indicaciones médicas. Por este motivo, algunas mujeres no se sintieron con la confianza para preguntar acerca de aspectos específicos sobre la diabetes mellitus y de estrategias de salud respecto a la creencia que dio origen a la diabetes mellitus.

Las experiencias de autocuidado para la salud en una enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario inician durante el primer contacto entre el personal de salud y la persona que ha sido diagnosticada con la enfermedad. A través de ese contacto inicial se establece una relación médico-paciente que tiene como propósito acordar una serie de objetivos de salud, para controlar la enfermedad crónico-degenerativa (DOF, 2018a; Castañeda et al., 2015). De este modo, la relación médico-paciente contribuye a percibir los beneficios de iniciar un tratamiento médico.

De esta forma los beneficios que perciban sobre el tratamiento médico es importante para llevar a cabo comportamientos protectores de salud. Por consiguiente, la relación médico-paciente que se establezca determinará si existe una retroalimentación de información científica y de sentido común. Para establecer tratamiento médico permanente en el que se incluyan cambios en los hábitos de salud (Arrubarrena, 2011; Coral y Vargas, 2014). En ese sentido, todas las mujeres adultas mayores tenían acceso a los servicios públicos de salud permitiendo que al momento del diagnóstico comenzaran un proceso de educación para el autocuidado de la salud.

4.3.3. Consumo de medicamento.

Las experiencias de vida en relación a los conocimientos y aprendizajes de autocuidado para la salud con respecto al consumo de medicamentos generaron un solo patrón dirigido a los beneficios de consumir los medicamentos para controlar la enfermedad. Por lo tanto, todas las mujeres percibieron que el personal de salud destinó una mayor cantidad de tiempo en proporcionarles esos conocimientos y aprendizajes para controlar la diabetes mellitus (Peralta, 2006). Esa percepción se obtuvo porque la información sobre el modo de uso de los medicamentos, horarios de consumo, efectos secundarios y otros temas relacionados se proporcionó de manera clara, así como específica. Generando en las mujeres una confianza para iniciar el tratamiento médico recomendado.

Asimismo, la mayoría de las mujeres percibió que el médico les explicó el uso y las recomendaciones de sus medicamentos:

Sonia: “Sí, la importancia de tomarlos en el horario y frecuencia”.

Magda: “Sí, que debo seguirlos para que la glucosa en sangre baje”.

Imelda: “Sí, para que son y cada cuando usarlos”.

Maribel: “Sí, me dijo que tenía que tomar mis medicamentos, aunque no me sintiera mal”.

Inés: “Sí, me dijo: vamos a tener que darte medicamento. Me explicó todo”.

Solamente María percibió la falta de información sobre este conocimiento:

María: “No, solamente me explicó cómo tomarlos, únicamente”.

El hábito del consumo de medicamento fue una práctica constante en todas las mujeres adultas mayores, aunque no comprendieran del todo los beneficios de este comportamiento de salud. La percepción de confianza mostrada por parte del personal de salud hizo que las mujeres consideraran que el uso de medicamentos era la principal estrategia para controlar la diabetes mellitus. Además, con ello prevenir comorbilidades asociadas por lo que en este aspecto superaron las barreras que se percibieron para iniciar el tratamiento farmacológico. Cabe destacar que el consumo de medicamentos se recomienda cuando no se obtenga una respuesta positiva con un plan de alimentación saludable (DOF, 2018a). Eso para reducir los efectos secundarios de los medicamentos que tienden a presentarse cuando se consumen diversos medicamentos por un tiempo prolongado. Por lo que ese fue un aspecto que no se identificó en las narrativas de las mujeres adultas mayores.

4.3.4. Consumo de alimentación saludable.

Respecto a las experiencias de vida en relación al autocuidado para la salud sobre los conocimientos y aprendizajes para el consumo de una alimentación saludable generó tres patrones para controlar la enfermedad. En el primero se percibió el beneficio de comer saludable. En el segundo se percibió la reducción en el consumo de alimentos y en el tercero se percibió la eliminación alimentos específicos para bajar o mantener el peso corporal evitando el desarrollo de comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus.

En el caso de una alimentación saludable para el autocuidado, la mayoría de las mujeres sintieron que el médico les explicó sobre el tema. Algunas manifestaron haber esperado recomendaciones más precisas o que las refirieran con el especialista:

Inés: “El médico me dijo: inmediatamente a dieta, 1200 calorías al día, aquí está la dieta, la vas a tener que llevar al pie de la letra”.

Sonia: “Sí, me dio una dieta de 1200 kcal”.

Maribel: “Que debía comer sano, como quién dice, ya no comer tantas cosas con grasas, ni café, me dijo que el café tampoco no, ni manteca de cerdo y esas cosas que a fuerza una usa al cocinar, solamente eso”.

María: “No, solo dijo que debía disminuir la sal”.

En este sentido, la mayoría de las mujeres percibieron que estos conocimientos y aprendizajes eran recomendaciones y no formaban parte del tratamiento integral para controlar la diabetes mellitus (Castañeda et al., 2015). De este modo, las mujeres esperaban recomendaciones más precisas o que las refirieran con un médico especialista en el área de la nutrición, porque esas recomendaciones no se ajustaban a sus necesidades de alimentación (Mahan y Raymond, 2017). Por lo tanto, las mujeres percibieron que las recomendaciones alimentarias proporcionadas por el médico general no consideraron su etapa de vida y sobre todo su contexto socio-económico. Por ese motivo Pamela e Inés recurrieron con un especialista (con sus propios recursos económicos) para iniciar un plan de alimentación saludable identificándose de este modo una desigualdad en las condiciones de salud (Cabrera et al., 2001).

Las mujeres adultas mayores que no cuestionaron las recomendaciones del médico general sobre la alimentación reflejaron la relación médico-paciente que ellas vivían en ese momento. En esa relación ellas solamente escuchaban las recomendaciones, porque comprendían que el médico no era especialista en el tema. Además, sus recomendaciones

solamente orientaban lo que debían o no debían comer para no complicar aún más la enfermedad y ante estas percepciones no había más cuestionamientos. El consumo de una dieta de 1200 calorías y la eliminación de alimentos específicos fueron las principales recomendaciones que se sugirieron para cambiar los hábitos alimentarios.

Esas recomendaciones alimentarias indican los conocimientos básicos respecto a un plan de alimentación para la reducción de peso corporal, pero no personaliza las recomendaciones alimentarias para las personas que viven la etapa de vejez. El consumo de una dieta reductiva de 1200 calorías puede producir descompensaciones metabólicas y complicaciones de salud en personas vulnerables. La eliminación de alimentos específicos sin considerar los gustos y preferencias de las personas genera una barrera que evita la modificación de hábitos alimentarios, así como la percepción de fracaso ante un plan de alimentación.

La atención y cuidado de la alimentación de la diabetes mellitus en la etapa de vejez implica que un especialista en nutrición se haga responsable. Sin embargo, ninguna de las mujeres adultas mayores recibió esta atención. Las mujeres reconocen que el sistema de salud no brinda el acceso a este especialista, porque el personal de salud sigue protocolos de atención y cuidado estrictos en donde la orientación alimentaria es proporcionada por el médico general. Ante esa situación, las mujeres prefieren recurrir a otras conductas disponibles, para mantener el peso corporal. Como el uso de remedios caseros en el que se incluyen una variedad de alimentos y bebidas para bajar de peso o controlar la diabetes mellitus.

La orientación alimentaria proporcionada por el médico general no es cuestionada como parte de la calidad de los servicios de salud para la atención y el cuidado de la diabetes mellitus. La orientación alimentaria especializada de acuerdo a enfermedades y etapas de la vida es un aspecto fundamental para la construcción de comportamientos de salud alimentarios, porque a través de ésta se identifican alimentos saludables y no saludables en la preparación de comidas a un precio accesible. La falta de orientación alimentaria en las personas adultas mayores que padecen diabetes mellitus los expone a factores de riesgo que pueden producir complicaciones en la salud, así como hacer más complejo el proceso de enfermedad.

Los servicios de salud brindan cuidados básicos de atención para el control de la diabetes mellitus. Principalmente proporcionando medicamentos de ese modo la cuestión alimentaria se aborda en menor medida por lo que las mujeres no cuestionan ni destacan la importancia de ese aspecto, porque son ellas las que principalmente preparan los alimentos dentro del hogar. El no destacar esa importancia permite que el uso de diversos remedios caseros se emplee como estrategia de salud generando así una barrera, para mantener la adherencia al tratamiento integral de la diabetes mellitus.

4.3.5. Práctica de actividad física o deporte.

Sobre las experiencias de vida en relación al autocuidado para la salud sobre los conocimientos y aprendizajes en la práctica de actividad física o deporte se generaron dos patrones como medio de control de la enfermedad. En el primero existe la percepción del beneficio de la actividad física. En el segundo la mayoría de las mujeres adultas mayores

percibieron que solamente deberían de aumentar la actividad física dentro del hogar para disminuir el sobrepeso y obesidad.

En el caso de la actividad física, la mayoría de las mujeres percibió que el médico recomendó la práctica de actividad física sin profundizar en conocimientos especializados:

María: “Sí, que tenía que caminar mínimo media hora al día”.

Magda: “Sí, que debo de hacer ejercicio de bajo impacto”.

Imelda: “Sí, Como el ejercicio ayudaba a prevenir que se complicara más”.

Mine: “Sí, pero nada más, solo me dijo que hiciera ejercicio”.

Mayra: “Que fuera a rehabilitación para poder regresar el movimiento en mi parte derecha del cuerpo”.

En definitiva, todas las mujeres consideraron que la práctica de actividad física era un apoyo y no una de las principales estrategias del tratamiento integral para el control de la diabetes mellitus. Porque esos conocimientos y aprendizajes se proporcionaron de manera general (Castañeda et al., 2015). Por lo expuesto las mujeres consideraron que las actividades recomendadas forman parte de su vida cotidiana (caminar, salir a pasear, mantenerse activas en las labores del hogar) percibiendo que ese tipo de actividades no se deberían de modificar (Granda et al., 2018). El médico no contempló un plan de ejercicio o deporte específico acorde a la etapa de vida de las mujeres. Por consecuencia las mujeres no iniciaron un plan de actividad física que incluye 150 minutos de ejercicios anaeróbicos para iniciar el tratamiento médico integral de la diabetes mellitus (Cristi et al., 2015; DOF, 2018a).

Es importante mencionar que un tema fundamental en las creencias de salud es la percepción de barreras. Los eventos relacionados a la depresión, alcoholismo, tabaquismo y otras dependencias son barreras que limitan el tratamiento médico. Estas barreras producen resistencias al cambio de estilos de vida y hábitos de salud que tienden a retrasar el inicio del tratamiento médico (Dilla et al., 2009; Castañeda et al., 2015; Lara, 2004; Moreno y Gil, 2003; Torresani et al., 2011).

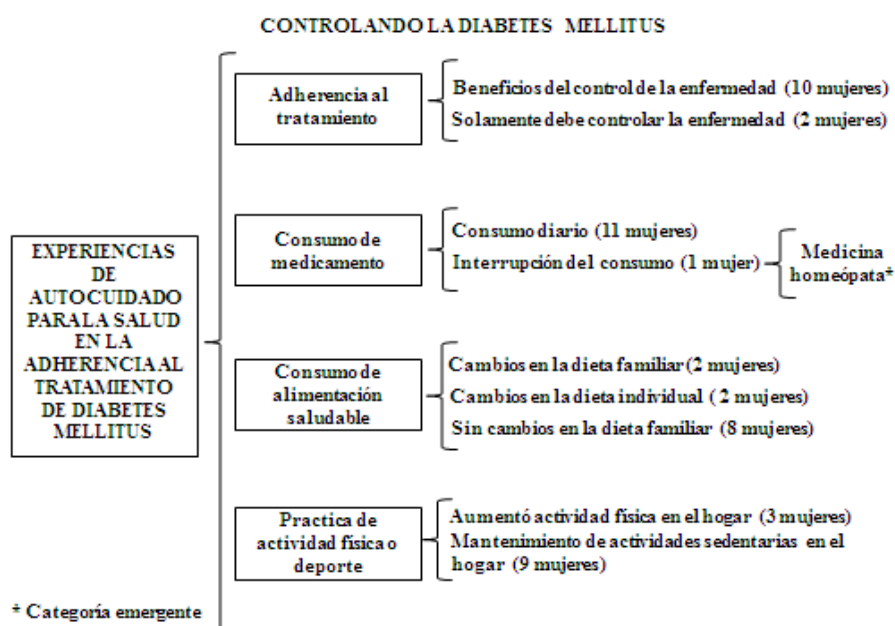
Al respecto, todas las mujeres expresaron que el médico no abordó esos temas y debido a eso, ellas no percibieron un apoyo por parte del médico responsable cuando llegaron a presentar depresión por su proceso de enfermedad crónica. Entre esas percepciones se incluye la de Mayra quien fue diagnosticada con diabetes mellitus desde hace más de veinte años. Fue fumadora activa hasta hace dos años cuando sufrió una embolia, por lo que refiere una falta de adherencia al tratamiento primaria en los primeros años de la enfermedad y una falta de adherencia al tratamiento secundaria a través del tiempo (Puigdemont, 2017).

El autocuidado para la salud propone la integración a grupos de ayuda y apoyo mutuo como conducta disponible en las creencias de salud para construir nuevas relaciones sociales y así continuar con el proceso de aprendizaje de la diabetes mellitus en un ámbito informal (Arango, 2007; Castañeda et al., 2015; Lara et al., 2004). Al respecto, todas las mujeres expresaron que el médico no sugirió su integración a este tipo de grupos y por consecuencia no se sintieron motivadas para buscar conocimientos y aprendizajes en otros aspectos del tratamiento como la elaboración de platillos saludables, tipos de ejercicios a practicar, entre otros temas. Al momento del diagnóstico algunas mujeres adultas mayores presentaban limitaciones o comorbilidades asociadas por lo que su integración a este tipo de grupos era importante para prevenir discapacidades como fue el caso de Mayra (Arango, 2007; Castañeda et al., 2015).

4.4. Controlando la diabetes mellitus: hábitos de salud y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la etapa de vejez.

Reducir la presencia de comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus es un reto constante en las personas adultas mayores, porque son más susceptibles a desarrollar pérdida de interés por las relaciones sociales a nivel familiar y comunitario por esas complicaciones de salud (Araya, 2004; López, 2008; Peralta, 2006). Por este motivo, uno de los principales objetivos de investigación fue *contrastar conocimientos, aprendizajes, limitaciones y apoyo social que intervienen en los hábitos de salud para la adherencia al tratamiento médico de la diabetes mellitus en las mujeres adultas mayores durante la etapa de vejez* porque esos elementos constituyen los comportamientos de salud protectores. A través de este análisis se generó el tercer patrón que examinó los eventos que mantienen la adherencia al tratamiento para el control de la diabetes mellitus (véase ilustración 9). Debido a ello las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores, con el médico responsable y sus respectivas familias, reflejaron el cómo ellas perciben los beneficios, las barreras, así como las conductas disponibles para mantener la adherencia al tratamiento y controlar la diabetes mellitus.

Ilustración 9. Controlando la diabetes mellitus



Fuente: elaboración propia.

Debido al tiempo transcurrido entre el día del diagnóstico de la diabetes mellitus y el tiempo presente algunas mujeres adultas mayores mencionaron haber cambiado de centro de salud para recibir la atención y el cuidado médico. El principal motivo de ese cambio fue laboral porque buscaron tener una mayor cercanía entre el centro de salud y el lugar de trabajo. De igual manera Pamela e Inés decidieron asistir a servicios privados del sistema de salud originando cambios en la relación médico-paciente.

Pamela cambió de una relación en donde el médico era quien proponía las estrategias de salud a una relación en donde ella era quien decidía que estrategia de salud elegir. Eso de acuerdo a sus estudios de nivel licenciatura en el área farmacéutica que le permitió adquirir, además de actualizar conocimientos científicos acerca de la diabetes mellitus y el uso de medicamentos. Su nivel educativo generó una autonomía en la toma de decisiones unilaterales como fue el suspender el tratamiento alopático e iniciar un tratamiento alopático en diferentes momentos del tratamiento. Estableciéndose así una falta de adherencia secundaria (Arrubarrena, 2011). La autonomía para la toma de decisiones de salud es importante porque conlleva a establecer una responsabilidad compartida entre el profesional de la salud y el paciente. Siendo necesario mantener una comunicación constante sobre las diversas implicaciones que conllevan a suspender el tratamiento especialmente cuando el paciente busca alternativas en el control de la enfermedad.

Inés cambió de una relación en donde el médico era quien proponía las estrategias de salud a una relación en donde ella también proponía que estrategia de salud elegir. En este caso ella sintió confianza con el médico responsable y estableció una comunicación constante con él. Este nivel de confianza permitió el intercambio de preguntas, miedos y opiniones respecto al tratamiento recomendado, así como el uso de tratamientos alternativos (Arrubarrena, 2011). La relación médico-paciente de responsabilidad compartida permite que la persona que vive la diabetes mellitus tenga la confianza de decidir de manera informada sobre otras alternativas para conseguir los objetivos de salud.

De la misma forma, Sonia y Maribel se mantuvieron en los servicios públicos del sistema de salud desarrollando con el tiempo una relación de responsabilidad compartida (activa-activa). Eso porque se incrementó la confianza entre ellas y el médico responsable del tratamiento. Asimismo, las mujeres adultas mayores restantes refieren que han continuado con la relación médico-paciente mecanicista (activa-pasiva), por lo que han cambiado médico responsable varias veces en todo este tiempo (Arrubarrena, 2011). Por consecuencia, las mujeres percibieron una menor confianza al preguntar sobre recomendaciones alternativas para el consumo de una alimentación saludable y práctica de actividad física:

Magda: “Siempre es la misma....por eso ahora voy con un doctor que me explica mejor todo”.

Mayra: “Siempre es lo mismo, a veces lo cambian (al doctor), pero siempre es lo mismo”

El mantener una relación médico-paciente mecanicista generó a través de los años una falta de confianza en las mujeres respecto al personal de salud, por los cambios constantes de personal y de recomendaciones médicas. Por lo mismo las mujeres evitan sugerir cambios en las estrategias de atención y cuidado, porque saben que en poco tiempo cambiarán de médico responsable. Estos cambios administrativos ponen en riesgo la calidad de vida de las mujeres por los cambios frecuentes en las recomendaciones médicas que pueden originar comorbilidades. Además de exponer a las mujeres a diversas repercusiones biológicas y sociales como es la exclusión social por ese problema de salud.

Es preciso señalar que hasta el día de hoy ninguna de las mujeres adultas mayores había sido referida con un médico especialista o geriatra y seguían recibiendo atención médica proporcionada por un médico general. De la misma manera, esa falta de atención y cuidado médico especializado expone a las mujeres a diversos desafíos de salud. Eso porque las estrategias de salud no son personalizadas y pueden complicar el control de la diabetes

mellitus en esta etapa de la vida. Debido a ello, la calidad de vida de las mujeres puede verse afectado en diversas dimensiones y no solamente en el aspecto de salud.

En definitiva, la mayoría de las mujeres mencionó que durante las valoraciones médicas el personal de salud proporciona medicamentos específicos para controlar diariamente su enfermedad. Así como recomendaciones sobre alimentos permitidos y no permitidos, y sobre actividad física. Todo eso solamente cuando sus niveles de glucosa sanguínea eran más altos de lo que ellas conocían que era lo normal. Por consecuencia, las mujeres consideraron que la calidad en la atención médica estaba garantizada, porque contaban con seguridad social que les proporciona consultas sin costo cada vez que las requieren. Además de que recibe conocimientos específicos por parte del personal de salud. De esta manera, las mujeres perciben que la calidad en los servicios de atención está conformada por una valoración médica y por la prescripción. A su vez en la entrega de medicamentos omitiendo otros aspectos como ser referidas con especialistas, la prescripción de valoraciones bioquímicas frecuentes, entre otros aspectos.

4.4.1. Aprendizajes sobre la adherencia al tratamiento.

El Modelo de Creencias en Salud examina los comportamientos de salud a través del análisis de la susceptibilidad percibida (percepción de la vulnerabilidad a enfermar), la severidad percibida (percepción de la gravedad de la enfermedad para solicitar atención y cuidado), los beneficios percibidos, (percepción de la efectividad de los comportamientos específicos para prevenir la enfermedad o recuperar la salud) y las barreras percibidas (potenciales aspectos negativos de un comportamiento específico). Es necesario que la persona reconozca su susceptibilidad y severidad para aceptar la enfermedad. Sin embargo los comportamientos de salud se construyen cuando la persona percibe los beneficios de actuar para conservar la salud aunque las barreras percibidas impiden esta acción. Las conductas disponibles como el apoyo familiar o grupos de apoyo y ayuda mutua ayudan a superar estas barreras percibidas.

La adherencia al tratamiento es un proceso social complejo constituido por un componente personal, relacional y comportamental que interactúan constantemente a través del tiempo con el propósito de conseguir los objetivos de salud (Martín et al., 2014; Torresani et al., 2011). Sobre este tema, todas las mujeres expresaron que en la actualidad ellas mantenían la adherencia al tratamiento para controlar la diabetes mellitus y así prevenir el desarrollo de las enfermedades del riñón, porque aprendieron que éstas eran las principales y más graves complicaciones de la enfermedad (Mahan y Raymond, 2017). De esta forma, las experiencias del autocuidado para la salud de las mujeres adultas mayores refieren dos patrones que definen el control de la enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario a través de la adherencia al tratamiento.

Los beneficios del control de la enfermedad a través de la adherencia al tratamiento se percibieron porque el médico responsable explicó el tema:

Maribel: “Sí, sí me dijo, me dijo que si no me cuidaba me iba a enfermar más, iba a, a tener problemas en el riñón, nada más”.

Sonia: “Sí, sí me explico los riesgos potenciales”

Magda: “Sí, que puedo tener pie diabético, afectarme los ojos, o tener que ir al hospital por estar en coma”.

Nora: “Sí, que me puede dar un infarto”.

Estela: “Sí, que si no hay un control la enfermedad se puede agravar y muchos órganos pueden dejar de funcionar correctamente”.

En este sentido, el beneficio de la adherencia al tratamiento se percibió, porque la mayoría de las mujeres asume que el personal de salud cumple con el propósito de informar la relevancia de esta estrategia para conseguir el objetivo de salud. Es preciso destacar que en esos discursos se enfatizan las consecuencias negativas, por no mantener la adherencia al tratamiento en aspectos biológicos. En definitiva los mensajes expresan el temor a la enfermedad que en algunas personas podrían generar sentimientos de angustia y depresión que se convierten en una barrera para iniciar el tratamiento de salud.

En el segundo patrón no se percibió los beneficios del control de la enfermedad. En ese patrón Pamela y Minerva consideraron que la adherencia al tratamiento controla la enfermedad, pero no porque el médico explicara el tema, sino porque es algo que aprendieron en otros ámbitos de la vida cotidiana:

Pamela: “No, no me explicó, quizás por mis estudios (Licenciatura)”.

Minerva: “No, no me explico”.

En relación a este patrón, se considera que no se percibió el beneficio de la adherencia al tratamiento porque la negación de ese aprendizaje se origina por una barrera no identificada entre las mujeres adultas mayores y el personal de salud durante las valoraciones médicas. De este modo, los beneficios difícilmente son percibidos por las mujeres. Por ese motivo no se genera un comportamiento de salud protector para mantener la adherencia al tratamiento. En este caso, el personal de salud establece estrategias que logran que algunas personas perciban los beneficios de la adherencia al tratamiento, pero también que otras personas aún no logren identificar con exactitud esos beneficios.

También se reconoce que la mayoría de las mujeres perciben el beneficio del aprendizaje de la adherencia al tratamiento. Principalmente porque es un tema que se aborda en los diferentes centros de salud a los que asisten las mujeres. De esta manera, se asume que el personal de salud explica su importancia en cada consulta a la que asisten las mujeres. Reflejando que el aprendizaje sobre la adherencia al tratamiento es un tema central en las políticas de salud y las mujeres lo perciben de esa manera.

4.4.2. Consumo de medicamento.

La práctica de la adherencia al tratamiento se fundamenta principalmente en el consumo de medicamentos para controlar la enfermedad (Martín et al., 2014; Torresani et al., 2011). Debido a ello, se han identificado en este proceso resistencias al cambio en relación a la frecuencia en el consumo de las dosis del medicamento que con el tiempo tiende a producir la falta de adherencia al tratamiento (Martín et al., 2014; Torresani et al., 2011). En este sentido, las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores en relación al consumo de medicamentos se mantuvieron en un solo patrón dirigido a los beneficios de consumir los medicamentos. Además de controlar la enfermedad después de muchos años de haber adquirido la enfermedad.

Sin embargo, Mine y Mayra expresaron que el médico responsable solamente le decía que debían de tomar el medicamento sin explicar las resistencias que surgen en ese proceso a través del tiempo. Sobre ese tema, se indica que el médico deberá actualizar regularmente, al menos una vez al año, conocimientos y aprendizajes sobre nuevos medicamentos. Así

como dosis, efectos secundarios y otros temas en relación a la evolución de la diabetes mellitus. De esta manera, reconoce que actualizar constantemente estos temas contribuye a mantener la adherencia al tratamiento en el consumo de medicamento. En particular porque esos nuevos conocimientos y aprendizajes motivan el consumo constante de medicamentos para conseguir los objetivos de salud.

Al respecto, la mayoría de las mujeres expresaron que el médico realiza esos ajustes aunque en algunos casos no explica el motivo:

Inés: “Sí, me hace ajuste al medicamento...porque me dijo que el medicamento que me estaba dando me podía hacer daño al riñón y al hígado”.

Magda: “Sí, dependiendo de mis niveles de glucosa”.

María: “Sí, a veces cambia el medicamento”.

Mayra: “Sí, que voy muy bien en cuanto la diabetes no tengo glucosa elevada y que lo de la embolia, pues solamente no puedo mover el brazo derecho”.

Nora: “Sí, y me manda a hacer exámenes de laboratorio cada 6 meses para monitorear”.

En el caso de Minerva, ella mencionó:

Mine: “No, solo me da el medicamento, pero no me envía por estudios al menos que yo se lo pida”.

En este sentido, la mayoría de las mujeres expresaron que el médico responsable hace el ajuste de la dosis cuando ellas tienen la iniciativa de solicitar estudios de laboratorio. Eso principalmente cuando ellas perciben una falta de control de la glucosa sanguínea. Esta situación indica que las principales estrategias para mantener la adherencia al tratamiento se fundamentan en ajustar la dosis de medicamento en los pacientes de manera anual o en brindar aprendizajes y conocimientos actualizados aunque esas acciones que no se realizan de manera constante. En la mayoría de los casos no son sugeridas por el personal de salud. De igual modo este es otro aspecto de calidad de atención y cuidado en la salud que es imperceptible para las mujeres adultas mayores. Además de que les permitiría tener una mayor adherencia al tratamiento y control de la enfermedad.

Por consecuencia, todas las mujeres adultas mayores mencionan tener una adherencia al tratamiento dirigiendo su percepción al consumo de medicamentos y por ese motivo la adherencia al tratamiento no se realiza de manera integral en otros aspectos. Asimismo, ellas reconocen haber vivido una falta de adherencia al tratamiento secundaria, porque reconocen haber iniciado el tratamiento y dejarlo un tiempo después especialmente en los primeros años de la enfermedad. Los motivos a esta falta de adherencia al tratamiento se remiten a no comprender totalmente los objetivos de salud, a su vez a las recomendaciones en el consumo de medicamentos.

En resumen, todas las mujeres adultas mayores refirieron haber vivido la falta de adherencia al tratamiento por factores relacionados a la persona. En este sentido, los factores se perciben en aspectos que no involucran la relación médico-paciente. Así mismo en otros aspectos de calidad de los servicios de salud que permitiría identificar con mayor exactitud los factores relacionados con la relación médico-paciente. En definitiva las mujeres manifestaron que han superado esos desafíos personales por lo que actualmente consumen diariamente el medicamento.

4.4.3. Consumo de alimentación saludable.

En el caso de las experiencias de vida en relación al autocuidado para la salud sobre los conocimientos, aprendizajes y apoyo para la adherencia al tratamiento con respecto al consumo de una alimentación saludable. Se determina que el principal objetivo de salud es adquirir hábitos de alimentación saludables. Estos hábitos de alimentación saludables tienen como finalidad mantener el control de peso para disminuir el riesgo de sobrepeso u obesidad. Así como reducir el consumo de sal para prevenir la hipertensión arterial y reducir el tabaco o alcohol para disminuir la presencia de barreras que impidan la adherencia al tratamiento (Mahan y Raymond, 2017). Por consiguiente, el consumo de alimentación saludable requiere adaptarse a las nuevas necesidades de salud en el control de la diabetes mellitus.

Al realizar este análisis se identificaron tres patrones en las mujeres adultas mayores. En el primer patrón Inés e Imelda manifestaron cambios en la dieta familiar para mantener el plan de alimentación saludable. Los patrones anteriormente mencionados surgen principalmente por las percepciones de las mujeres respecto al aprendizaje de qué es una alimentación saludable para controlar la diabetes mellitus de acuerdo a la información proporcionada por el médico responsable del tratamiento.

Asimismo, ellas mencionaron que contar con el apoyo familiar facilitó el cambiar hábitos de alimentación familiares y también fue un apoyo para asistir con un especialista en nutrición. Contar con el apoyo de la familia genera una motivación para comenzar y mantener un plan de alimentación saludable y al mismo tiempo un apoyo para identificar diversas estrategias de salud para eliminar barreras en la adherencia al tratamiento alimentario. Asimismo, el contar con recursos económicos propios permite el acceso a diversos especialistas del área de la salud para mantener la adherencia al tratamiento.

En el segundo patrón Minerva y Carmen mencionaron que se produjeron cambios solamente en su propia alimentación, por lo tanto los cambios se produjeron en la dieta individual, porque ellas comenzaron a eliminar alimentos no permitidos. Entre esos alimentos destacaban las bebidas carbonatadas, los alimentos con sal en exceso, así como el consumo de comidas preparadas fuera del hogar. Esta situación generó que sus familias no se integraran a este nuevo plan de alimentación de ahí que consideraban que ellos no padecían la enfermedad y no necesitaban cambiar su plan de alimentación. Por lo que no percibieron que ellos eran susceptibles a desarrollar la diabetes mellitus por su predisposición hereditaria.

En el tercer patrón la mayoría de las mujeres adultas mayores expresaron que no se produjeron cambios en la dieta familiar, por lo que ellas tampoco comenzaron un plan de alimentación saludable. Aunque podían distinguir que alimentos eran saludables, porque el médico responsable de su atención y cuidado había explicado el tema.

Carmen: “No, pero yo no como lo que sé que me hace daño, como tortilla, a veces fruta, ya no como como lo hacía antes, tanta grasa, ni refresco, solo de vez en cuando, cuando hay fiestas o cuando se me antoja”.

Las mujeres adultas mayores mencionaron que la adherencia al tratamiento en el aspecto alimentario se percibe como un complemento del consumo diario de medicamentos. En esta percepción se involucran los conocimientos y aprendizajes proporcionados por el

médico responsable de la atención y cuidado a la salud. En este sentido, estos conocimientos y aprendizajes no son especializados de acuerdo a la etapa de vida y a las preferencias culturales de las mujeres adultas mayores y debido a esta situación los beneficios para adoptar hábitos de alimentación saludables no son percibidos.

Sin embargo, las mujeres adultas mayores refieren que la falta de adherencia al tratamiento alimentario obedece a factores relacionados a la persona. Entre esos factores destacaron el que ellas no podían realizar cambios en la dieta familiar, por cuestiones de gustos o preferencias alimentarias aunque ellas eran las responsables en mayor medida de la preparación de los alimentos en la familia. Esa situación se asocia al papel del hombre proveedor de alimentos y la mujer que se dedica a la preparación de los mismos, para satisfacer las necesidades alimentarias de la pareja o los hijos sin percibir el propio deterioro de la salud por perpetuar esa práctica de alimentación familiar.

Las mujeres adultas mayores expresan que durante las consultas con el médico no se les había recomendado el uso de complementos o suplementos alimenticios que tienen como propósito restituir los nutrientes que se pierden cada día, por no consumir alimentos saludables. Esos productos son necesarios en la etapa de vejez para mejorar el plan de alimentación cuando se presentan situaciones de enfermedades crónicas que afectan a diversos órganos del cuerpo. Desafortunadamente esas alteraciones son imperceptibles para las mujeres por lo que ellas consideraban que la falta de adherencia al tratamiento alimentario no era un elemento que complicara en mayor medida su salud, sino más bien la falta en el consumo de medicamento.

El considerar que el consumo de medicamento era un comportamiento de salud más efectivo para el control de la enfermedad que la alimentación. También reflejó la percepción de las mujeres de eliminar la barrera de la falta de ingreso económico para acceder al consumo de una alimentación saludable. La falta de ingresos económicos, que en algunas mujeres experimentó a lo largo de su vida, se percibe como una limitante para comprar alimentos saludables como el aceite de oliva, pescado, carne de res, entre otros alimentos. La preparación de platillos con combinaciones de cereales integrales y leguminosos de alta calidad proteica no se reconoció como una alimentación saludable, sino como una alimentación para personas de escasos recursos, porque son de bajo costo económico y fácil acceso.

Esa situación refleja el reconocimiento de algunos alimentos que son promovidos, principalmente en los medios de comunicación, por su valor agregado. El valor agregado es la transformación de alimentos en productos de mayor complejidad ocasionando que solamente algunas personas tengan acceso a los mismos. Esa situación produce que las personas que consumen este tipo de alimentos perciban que pertenecen al mismo grupo social que tiene acceso y poder alimentario.

Las bebidas carbonatadas, panes y pasteles, sopas instantáneas, además de las botanas industrializadas son algunos ejemplos de ese tipo de alimentos. Se promueven para adquirirse en todos los hogares, además de consumirse de preferencia cuando se celebran reuniones familiares. Algunas mujeres adultas mayores mencionaron que el consumo de esos alimentos se produjo cuando eran visitadas por familiares en fechas importantes. Ante esa situación ellas sabían que ese día no mantendrían el plan de alimentación recomendado por el médico responsable, porque sus nietos les compartían sus pastelitos y bebidas carbonatadas.

Todas las mujeres perciben las barreras que este tipo de alimentos representan para mantener controlada la diabetes mellitus. Sin embargo, ellas consideran que el convivir con sus familias es más importante que cuidar su alimentación. Para las mujeres adultas mayores el consumo de alimentos de valor agregado representa un momento de unión con sus familias. Las mujeres no perciben que ese comportamiento replica hábitos de alimentación no saludables para otros miembros de la familia, porque la diabetes mellitus es una enfermedad que se hereda al igual que los hábitos de alimentación.

4.4.4. Práctica de actividad física o deporte en la vejez.

Sobre las experiencias de vida en relación al autocuidado para la salud sobre los conocimientos y aprendizajes en la práctica de actividad física o deporte. El objetivo es seguir un plan de estilo de vida físicamente activo para reducir las actividades sedentarias. De acuerdo a eso se generaron dos patrones para controlar la enfermedad. El primero fue el aumento de la actividad física en el hogar en el caso de algunas mujeres (Mahan y Raymond, 2017). El segundo fue el mantenimiento de las actividades sedentarias en el hogar en la mayoría de las mujeres adultas mayores (Mahan y Raymond, 2017).

Por consiguiente, el aumento de la actividad física en el hogar surge de las percepciones de las mujeres que se dividen en dos categorías. La primera es aquella en donde la mayoría de las mujeres percibieron que el médico explicó el tema para aumentar la actividad física dentro del hogar:

Inés: “Sí, me subió (el médico) a la bicicleta, tuve que comprar una estacionaria”.

María: “Sí, que camine”.

En definitiva, las mujeres adultas mayores perciben que la actividad física tiene un beneficio para el control de la diabetes mellitus, especialmente porque el médico responsable explica con detalle esos beneficios. De este modo, las mujeres asocian la actividad física con caminar o hacer ejercicio en aparatos estacionarios. Sin embargo, las mujeres no logran definir con exactitud qué tipo de ejercicio en específico pueden realizar o la intensidad del ejercicio. Esa situación indica que las mujeres perciben un beneficio de esa actividad aunque perciben barreras de información para realizar la actividad física.

Estas situaciones se presentaron con Nora, Magda, Sonia, Minerva y Carmen:

Nora: “Sí, que es muy importante para mi salud”.

Magda: “Sí, que debo de hacer ejercicio para mantener un peso saludable”.

Sonia: “Sí, que así se disminuirá el riesgo”.

Minerva: “Sí, que es bueno realizar ejercicio”.

Carmen: “Pues me comenta que debo hacer ejercicio, una dieta sana, hacer ejercicio, no tener estrés, eso me dice que debo de hacer”.

Mientras en la segunda en donde el resto de las mujeres percibieron que el médico no mencionó el tema con mayor profundidad o no lo explicó y por ello se mantienen las actividades sedentarias en el hogar:

Imelda: “No, no me dijo nada”.

Imelda como el resto de las otras mujeres adultas mayores considera que ese tema no se explicó, porque la actividad física que propone el personal del sistema de salud para las mujeres no se distingue de las actividades que se realizan dentro del hogar. En este sentido, la falta de información sobre tipo de ejercicios o actividades deportivas, horarios de

práctica, técnicas de calentamiento en la etapa de vejez es un tema que difícilmente se aborda en los sistemas de salud. Esa falta de orientación produce la percepción en las mujeres que la adherencia al tratamiento se asocia al consumo de medicamentos y en menor medida a las actividades físicas.

En este sentido, todas las mujeres expresaron mantener una adherencia al tratamiento en la actividad física porque constantemente estaban activas en las labores de su hogar. De este modo, ellas consideraban que no era conveniente realizar ejercicio o deporte anaeróbico, principalmente, porque se sentían cansadas debido a su edad y porque el médico no había recomendado un plan de actividad física en. El mantener la adherencia al tratamiento a través de la actividad física para disminuir el riesgo de sobrepeso y obesidad no fue percibido como un elemento importante principalmente por las barreras de edad que el proceso de envejecimiento representó.

4.4.5. Modelo de Creencias en Salud: Barreras percibidas.

De acuerdo al Modelo de Creencias en Salud existen diversas conductas disponibles para generar la acción de un comportamiento saludable de salud. En este sentido es importante identificar cuáles son las barreras percibidas y las conductas disponibles para mantener la adherencia al tratamiento. Se refiere que la depresión, el alcoholismo, el tabaquismo y otras dependencias son las principales barreras que puede experimentar una persona para evitar la adherencia al tratamiento en una enfermedad crónico-degenerativa. Por lo que se debe de contemplar en los conocimientos y aprendizajes de la adherencia al tratamiento.

Debido a ello, las mujeres mencionaron que el médico no explicó que éstas eran barreras que limitaban la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus. Ante esa situación ellas no consideraban que estos aspectos les impidieran adherirse al tratamiento médico recomendado, porque consumían diariamente el medicamento para la diabetes mellitus (Aguilar et al., 2009).

Al respecto, algunas de ellas mencionaron que cuando llegaban a presentar estas barreras, especialmente la depresión y falta de sueño, consumían medicamentos alternativos o empleaban remedios caseros recomendados por familiares. Siendo ésta una práctica familiar recurrente (Junghans, Meza y Gómez, 2017), considerando que no afectaba en la acción del medicamento. Asimismo, no consideraban que la alimentación y actividad física contribuía a mejorar estas limitaciones reconociendo que es necesario reforzar estos conocimientos y aprendizajes en esta etapa de la vida (Aguilar, 2013).

Por consiguiente, los conocimientos proporcionados por el médico responsable se enfocaron en el consumo de medicamentos como estrategia principal, aunque una de ellas consumía medicamentos alternativos y varias de ellas usaban remedios caseros. Entre estos últimos se encontraban el consumo de diversos tipos de té, miel de abeja, sábila líquida o la aplicación de ungüentos o pomadas medicinales (Véase ilustración 10).

Ilustración 10. Consumo de medicamentos y remedios caseros



Fuente: Fotografía tomada por el investigador.

Los temas especializados respecto a la alimentación y la actividad física en la etapa de vejez se omitieron. Por consecuencia, las mujeres adquieren alimentos industrializados reducidos en azúcar y frutas de temporada aunque descartan el consumo de complementos o suplementos acorde a sus necesidades nutrimentales (Véase ilustración 11).

Ilustración 11. Consumo de alimentos

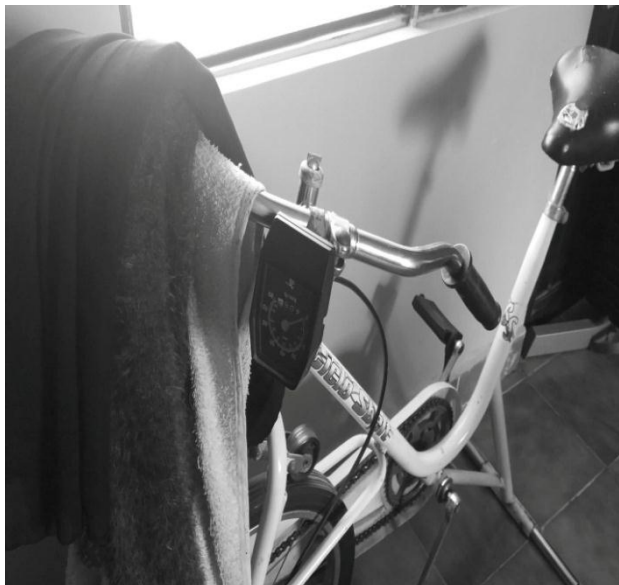


Fuente: Fotografía tomada por el investigador.

En relación a la práctica de actividad física las mujeres prefieren adquirir el equipo deportivo sin profundizar en especificaciones técnicas de uso en relación a las capacidades físicas. Eso ocasiona una falta de uso del equipo (Véase ilustración 12). De la misma forma, todas las mujeres expresaron que seguían sin integrarse a grupos de apoyo y ayuda mutua para mantener la adherencia al tratamiento porque el médico responsable no

mencionaba esta recomendación. En este sentido, Pamela, Inés, Maribel, María, Sonia y Mayra se han acostumbrado a mantener la adherencia al tratamiento de manera individual aun con la presencia de comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus.

Ilustración 12. Práctica de actividad física



Fuente: Fotografía tomada por el investigador.

Las barreras percibidas por el consumo de medicamentos se relacionan a no comprender los objetivos de salud en su totalidad. Las mujeres adultas mayores reconocen que se limitan al consumo de medicamento, porque el médico lo recomienda, pero no cuestionan al médico responsable cuando un medicamento debe dejarse de tomar por una reacción adversa. Ellas deciden de forma unilateral sustituir por otro medicamento hasta que el médico autorice el cambio del mismo de acuerdo a la disponibilidad en el servicio de salud.

Esa situación se asocia a una barrera que las mujeres perciben por la falta de medicamentos en los servicios de salud, pero por la importancia de ese aspecto para la adherencia al tratamiento ellas reducen esa barrera al adquirir el medicamento por su propia cuenta. Los discursos que destacan las consecuencias negativas de no mantener la adherencia al tratamiento representan el temor a la enfermedad y la percepción de que las pastillas solucionan esa problemática de salud. Por lo que ajustar la dosis de medicamento es un tema recurrente para las mujeres. Aunque en pocos casos se realiza de manera consensuada con el médico responsable, por lo general son las mujeres quienes tienen que insistir para ajustar la dosis del medicamento.

En el caso de las barreras percibidas por el consumo de alimentación saludable se relacionan a los conocimientos y aprendizajes proporcionados por el médico responsable. Esos conocimientos, así como los aprendizajes no son especializados a la etapa de vida de las mujeres adultas mayores. Debido a esa situación los beneficios para adoptar hábitos de alimentación saludables no son percibidos. Sin embargo, las mujeres adultas mayores refieren que la falta de adherencia al tratamiento alimentario obedece a factores relacionados al ingreso familiar y a los gustos, además de las preferencias familiares por el consumo de alimentos industrializados.

Mientras que las barreras percibidas por la actividad física se relacionan a la falta de información especializada sobre este tema en la etapa de vejez. Las mujeres asumen que a su edad es preferible mantener una vida inactiva para mantenerse saludables, porque están expuestas a fracturas o lesiones musculares. Debido a esta falta de orientación la mayoría de las mujeres expresaron mantener una adherencia al tratamiento en la actividad física a través de actividades dentro de su hogar. El mantener la adherencia al tratamiento a través de la actividad física, para disminuir el riesgo de sobrepeso u obesidad, no fue percibido como un elemento importante principalmente por las barreras de edad que el proceso de envejecimiento representó.

Igualmente en las barreras de la relación médico-paciente se relacionan principalmente a la relación mecanicista que se establece en la mayoría de los servicios de salud debido a protocolos en el servicio. Ese tipo de relación no genera confianza para que las mujeres cuestionen las recomendaciones de salud a pesar de los años de tratamiento de la enfermedad. Las mujeres siguen sus valoraciones médicas con un médico general, por lo que no reciben atención y cuidado de un médico geriatra o especialista en la atención de personas mayores que padecen una o más enfermedades crónico-degenerativas con sus respectivas comorbilidades asociadas.

4.4.6. Modelo de Creencias en Salud: Conductas disponibles.

La identificación de las barreras permite examinar las conductas disponibles de las personas, para reducir estas barreras que generan la falta de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus. Las conductas disponibles proporcionan una acción para promover el comportamiento de salud preventivo o protector en las mujeres adultas mayores. De igual manera se cuestionó qué decisiones les habían funcionado para mantener controlada la diabetes mellitus. Este cuestionamiento llevaría a identificar las creencias de salud en función a las nuevas necesidades de salud y a partir de estas percepciones se analizó si existían estas conductas disponibles. Por medio de estas respuestas se obtuvieron cuatro patrones. El primer patrón se asoció a decisiones motivacionales:

Pamela: “Pues es una enfermedad que hay que asumirla... el no reconocer que tenemos una enfermedad y que podemos vivir por el resto de la vida bien...si aceptas y buscas las alternativas a esa enfermedad”.

María: “Mantenerme más relajada, seguir trabajando y tomando el medicamento”.

El percibir la susceptibilidad y severidad de la diabetes mellitus, además de reducir las barreras percibidas son dimensiones indispensables para iniciar un comportamiento de salud protector. Esos comportamientos protectores se asocian a sentimientos positivos para encontrar alternativas que permitan mantener la salud. Las mujeres se mantienen relajadas, realizando sus actividades diarias y participativas para mantener la adherencia al tratamiento.

El segundo patrón, expresado en nueve mujeres adultas mayores, se asoció a decisiones vinculadas a construir nuevos hábitos de salud para cubrir las nuevas necesidades de salud:

Inés: “Me hice de mi glucómetro, de todo, para estarme monitoreando...es la bitácora que tenía que llevar...tarde un mes y quince días para estar normal...claro que con medicamento y llevando ya una dieta... y de repente ves que te estas

checando periódicamente y dices tú: hígole ya la tengo en 122 tengo que bajar un poquito más. Entonces ya pescas una semana ya la dieta y sigues en rango”.

Magda: “Ir al médico, tomar sus medicamentos y el estar haciendo actividades recreativas como bailar y cantar que me mantienen positiva”.

Maribel: “Yo pienso que son los medicamentos, eso me dijo el doctor”.

Sonia: “Tomar medicamentos y hacer ejercicio”.

Mayra: “No fumar”.

En estas narrativas reflejan diversos comportamientos disponibles. En el caso de Inés adquirir un equipo médico casero para medir su glucosa sanguínea brinda la percepción de reducir barreras para mantener la adherencia al tratamiento. En el caso de Magda, la asistencia frecuente con el médico es una conducta disponible que la motiva a seguir con el objetivo de salud. Mayra expresa que dejar de fumar es un comportamiento disponible que permite controlar la diabetes mellitus y en el caso de Sonia es realizar actividades recreativas como cantar y bailar.

El tercer patrón se asoció a decisiones familiares como fue el caso de Carmen quien expresó que estas decisiones no dependen solamente de ella:

Carmen: “Pues, honestamente, pues todo lo llevo a medias, porque estar tranquila y no tener estrés no depende tanto de mí, depende de mis hijos, sobre la dieta y ejercicio.... la verdad solo hago caminar todos los días y en cuanto a la dieta no tengo tanto dinero para llevar una dieta estricta ni los tiempos para comer”.

En este sentido, el no percibir comportamientos disponibles generó diversas barreras. La principal fue sentir la ausencia de un apoyo familiar y también que la falta de recursos económicos evita el consumo de una alimentación saludable. Por lo tanto Carmen refiere que las decisiones no dependen de ella sino de sus hijos y del ingreso económico. De esta manera, no percibe los beneficios que podrían obtener con otras conductas disponibles como asistir con médicos especialistas que expliquen cómo eliminar esas barreras percibidas en aspectos alimentarios para mantener la adherencia al tratamiento a un costo accesible.

Debido a ello, se cuestionó cómo la familia ayudaba a satisfacer las nuevas necesidades de salud. Ante este cuestionamiento se obtuvieron dos tipos de patrones. El primero, expresado por la mayoría de las mujeres adultas mayores, se caracterizó por sentir un acompañamiento en este proceso salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento:

Inés: “Pues no cambio mucho, porque si tengo un acompañamiento, porque si no estás acompañada te pierdes, una persona sola que no tienes con quien acompañarte... te cambia todo (la diabetes mellitus) ... si es uno más (quien haga los cambios) entonces uno dice: que hacemos esto y hacemos lo otro (para cambiar)”.

Estela: “Me acerqué más a mi familia”.

Magda: “Nos unimos más”.

Mayra: “Se acercaron más, pero solo pocos (miembros de la familia), no todos”.

El segundo, mencionado por Pamela, Sonia e Imelda, se caracterizó por no sentir este acompañamiento:

Pamela: “Pues yo me he ajustado a ellos...porque yo sé que dependo de mí, yo no dependo de ellos...le digo a mi papá: no me gusta venir a la casa porque aquí hay muchas tentaciones. En cambio, en mi casa no hay tentaciones”.

Sonia: “No hubo cambios, todo sigue igual entre nosotros”.
Imelda: “Ninguna, todo siguió igual”.

El apoyo familiar es importante en etapas tempranas del diagnóstico, principalmente en la fase del aprendizaje sobre el uso de los medicamentos, para que las personas adultas mayores establezcan rutinas de autocuidado. Una vez que las mujeres aprenden las indicaciones médicas reflejan una mayor autonomía para mantener esta adherencia. El apoyo familiar se vuelve necesario a medida que avanza la enfermedad. También se comienzan a manifestar comorbilidades asociadas por lo que es indispensable la integración de la familia en el aprendizaje de recomendaciones médicas complejas en el control de la diabetes mellitus cuando se tienen muchos años de padecerla.

De esta manera, las experiencias de vida de las mujeres adultas mayores respecto al apoyo familiar para mantener la adherencia al tratamiento en el consumo de una alimentación saludable refleja la complejidad de este tipo de adherencia por los diferentes patrones que adoptan las familias. Se reconoce que el apoyo que otorga la familia brinda un mayor soporte para adquirir hábitos de alimentación saludables para el control de la enfermedad y que la falta de apoyo familiar genera el sentirse excluidos de las prácticas alimentarias familiares y que se acepte el mantener los mismos patrones alimentarios familiares. Por consecuencia, es preciso reconocer que el control de la diabetes mellitus implica no solamente cambios en los hábitos de alimentación personales, sino que también implica que la persona comprenda el papel que juega la familia para facilitar o limitar la adherencia al tratamiento en el aspecto alimentario para evitar sentimientos de exclusión familiar.

En relación al tema del apoyo familiar para realizar actividad física en esta etapa de la vida todas las mujeres expresaron no recibir el apoyo. Ante esta situación, ellas mencionaron tener una motivación personal para intentar practicar alguna actividad física en espacios privados, sin supervisión médica, por lo que algunas de ellas adquirieron equipo deportivo y otras aumentaron sus actividades del hogar como subir y bajar escaleras cuando su movilidad se lo permitía.

El apoyo familiar fue importante cuando las mujeres experimentaron sentimientos de tristeza y depresión característicos de una enfermedad crónico-degenerativa. Sobre el tema del apoyo familiar para la integración de la familia a grupos de apoyo y ayuda mutua para la adherencia al tratamiento, todas las mujeres expresaron que el médico responsable no recomendó la integración a este tipo de grupos. Debido a ello, la familia tampoco inició la búsqueda de este tipo de grupos privados estableciéndose así una falta de integración en el aprendizaje familiar del autocuidado de la salud para el control de la diabetes mellitus.

En este sentido, se determina que el apoyo familiar influyó de manera positiva para que las mujeres adultas mayores mantuvieran la adherencia al tratamiento en el consumo de medicamentos, especialmente para aquellas que percibían que no tenían una autonomía e independencia para el autocuidado de su salud. En el caso de la adherencia al tratamiento en el consumo de una alimentación saludable el apoyo familiar fue indispensable para cambiar la dieta familiar, porque la familia se integró a los hábitos saludables para satisfacer las nuevas necesidades de salud. En los casos que no se logró esta integración familiar generó en las mujeres adultas mayores una percepción de diversas barreras para adherirse al tratamiento, específicamente al consumo de una alimentación saludable y en la práctica de actividad física.

El cuarto patrón se relaciona a la integración a grupos de ayuda mutua como otra conducta disponible para mantener la adherencia al tratamiento, porque en esos grupos las personas pueden expresar sus sentimientos, dudas y temores sobre su proceso de enfermedad sin sentir que están siendo evaluado o juzgado. Todas las mujeres expresaron que a pesar de los años de tratamiento de la diabetes mellitus el médico responsable seguía sin recomendar su integración a ese tipo de grupos de apoyo y ayuda mutua. De esta manera, todas las mujeres mantenían la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus con conocimientos y aprendizajes adquiridos de manera individual, a través de la relación médico-paciente. Especialmente aquellas mujeres que viven con la presencia de comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus que son más vulnerables a desarrollar discapacidades o muertes prematuras por la evolución de la diabetes mellitus (Córdova et al., 2008; DOF, 2018a).

Las mujeres expresaron que sus respectivas familias no las habían apoyado en la búsqueda de ese tipo de grupos privados, para ampliar conocimientos y aprendizajes e intercambiar experiencias de la diabetes mellitus en la etapa de vejez. En este sentido, la integración de las personas que viven con diabetes mellitus y de sus respectivas familias se identifica como una conducta disponible que permite ampliar las redes de apoyo. Eso para que la persona y la familia en su conjunto no se sientan solas en este proceso de enfermedad crónico. Las personas que asisten a esos grupos amplían sus relaciones sociales formando lazos de amistad para intercambiar experiencias con personas que viven el mismo proceso de enfermedad eso podría orientar sobre otras conductas disponibles para el control de la diabetes mellitus.

Cuando existe un apoyo familiar la persona que vive con diabetes mellitus se siente acompañada porque acepta que la diabetes mellitus es un proceso complejo y requiere no solamente de una atención y cuidado de la salud sino también de un apoyo emocional para enfrentar las nuevas necesidades de salud. Asimismo, la falta de apoyo familiar tiende a generar sentimientos de soledad y desesperanza en la persona que vive con esta enfermedad crónico-degenerativa por lo que percibe su vida con monotonía y una desunión familiar. De este modo, se reconoce que la adherencia al tratamiento no solamente se constituye por la relación médico-paciente, sino que también involucra al conjunto familiar.

La adherencia al tratamiento es un proceso complejo porque está constituido por comportamientos de salud preventivos y protectores que varían con el tiempo de acuerdo a las necesidades de salud que demanda cada proceso de enfermedad que se padece. Por este motivo, es frecuente detectar resistencias al cambio de hábitos de salud por aspectos personales, familiares o de la estructura social. Estas resistencias al cambio y/o contradicciones se hacen más evidentes en las enfermedades crónicas, debido a que el tratamiento de este tipo de enfermedades requiere, además del consumo permanente de medicamentos, adoptar hábitos saludables en la alimentación y actividad física para mantener la salud y reducir la aparición de más enfermedades (comorbilidad) lo cual, requerirá mayor atención médica, cuidado especializado, pérdida de autonomía u posible dependencia y un gasto de bolsillo de salud familiar.

A través del Modelo de Creencias en Salud se pudo profundizar en las creencias de salud enunciadas en las reflexiones de las mujeres entrevistadas, las cuales, reflejaron los comportamientos preventivos y protectores de salud asumidos. Asimismo, también permitió identificar condiciones estructurales que influyeron en los comportamientos de

salud. Dentro de dichas condiciones estructurales se identificaron dos categorías emergentes que permearon la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en las mujeres adultas mayores.

La primera categoría emergente fue la ausencia de espacios recreativos en el ámbito comunitario para practicar actividades físicas fuera del hogar durante la niñez. Sobre este tema, se reconoció que existen aspectos sociales y culturales como los estereotipos y roles de género, que establecieron una distinción entre hombres y mujeres para practicar actividad física, ejercicio o deporte fuera del hogar (Granda et al., 2018). Se encontró que la actividad física y el deporte en las mujeres mayores, tanto en la niñez como en otras etapas de su vida, no se les habían motivado y/o cultivado como un hábito, ya que “la actividad física, ejercicio o deporte son cosas de hombres”. Por lo tanto, en la vejez mantenían la misma creencia y en el momento de que el personal médico sugirió aumentar la actividad física a través del ejercicio, no encontraron opciones y/o espacios para realizarlas o se limitaron al ámbito privado.

La segunda categoría emergente fue la interrupción en el consumo del medicamento alópata para consumir medicamentos homeópatas durante el tratamiento de la diabetes mellitus, esta decisión ocasionó una falta de adherencia al tratamiento secundaria que derivó en complicaciones posteriores (Puigdemont, 2017). La atención y el cuidado de la salud involucró una relación directa y constante de información biomédica (alópata) e información naturalista (homeópata), ambos conocimientos determinaron los significados atribuidos culturalmente a su padecimiento (Junghans, Meza y Gómez, 2017). De esta forma, las mujeres adultas mayores se enfrentaron a la disyuntiva entre que tratamiento utilizar cuando el sistema biomédico no logró controlar la diabetes mellitus de manera efectiva.

Las condiciones estructurales tienen la particularidad de ser imperceptibles, por lo tanto, las mujeres entrevistadas asumieron que la falta de adherencia al tratamiento se debió principalmente, a aspectos personales como la edad, el estado civil, su nivel educativo y la presencia de comorbilidades asociadas (Mahan y Raymond, 2017; Ortega et al., 2018; Puigdemont, 2017). Por lo que, ser adulta mayor, sin apoyo de la pareja (soltera, viuda o divorciada), tener educación básica (dificultad para comprender las recomendaciones médicas complejas), vivir con más de dos enfermedades fueron las principales causas que originaron la falta de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.

Las condiciones estructurales relativas a la calidad en la relación médico-paciente, la ineficacia del medicamento proporcionado por los servicios de salud. Las interrupciones constantes en el tratamiento por disposiciones administrativas que producen cambios en el médico responsable de la atención y el cuidado. Además de la ausencia de médicos especialistas en geriatría, gerontología, nutrición, deporte; el escaso conocimiento sobre la práctica de la adherencia al tratamiento y las pocas intervenciones efectivas para lograr la adherencia al tratamiento no se consideran ni reconocen (Ortega et al., 2009; Puigdemont, 2017). Tampoco son mencionadas la falta de accesibilidad y disponibilidad de alimentos saludables, así como de otras condiciones estructurales como causas que limitan la adherencia al tratamiento (Márquez & otros, 2011).

Las mujeres adultas mayores percibieron que la responsabilidad de la adherencia al tratamiento recae exclusivamente en ellas, por lo que, deben encontrar las estrategias y

motivaciones necesarias para mantener la salud. Esta visión individual que deslinda de la responsabilidad a la familia y al sector salud repercute en la efectividad de la adherencia al tratamiento a largo plazo. A través de sus narrativas las mujeres diagnosticadas mencionaron que la adherencia al tratamiento se centró principalmente en el consumo de medicamentos y, en menor medida, en el consumo de alimentos saludables pero no incluyeron la actividad física. Esta percepción reducida de que el medicamento representa el único pilar en el control y cuidado de la diabetes impide percibir los beneficios para adoptar comportamientos protectores de salud.

Al reflexionar sobre las experiencias de autocuidado para la salud, se evidenciaron la presencia de factores de riesgo que permitieron desarrollar la diabetes mellitus. Los principales factores fueron la presencia de un familiar de primer grado, el consumo de una alimentación no saludable, el sedentarismo y el tabaquismo pasivo. Sin embargo, estos factores no fueron percibidos como barreras adoptar comportamientos de salud y por este motivo, algunas mujeres adultas mayores continuaron con estos hábitos no saludables.

Las experiencias de autocuidado para la salud en la diabetes mellitus permitieron descubrir que las mujeres mayores diagnosticadas aceptaron y aprendieron de esta enfermedad crónica. En otras palabras, las creencias sobre el origen de su enfermedad y otros temas relacionados a la diabetes mellitus permitieron que las mujeres percibieran su susceptibilidad y su vulnerabilidad. Sin embargo, existe ambigüedad en relación al aprendizaje de las estrategias de salud que se requieren para controlar la enfermedad, a los pilares fundamentales en los que se cimienta el tratamiento de la diabetes mellitus, al aprendizaje del tratamiento y los beneficios del mismo, y lo que involucra la adherencia al tratamiento. Algunas mujeres mencionaron que no percibieron el beneficio de aprender sobre estas estrategias de salud, y al no considerarlas esenciales no se generaron cambios significativos que permitieran una adherencia al tratamiento integral; debido a esta ambigüedad iniciaron el consumo de medicamentos sin considerar los otros dos pilares fundamentales ni adoptaron estrategias en salud básicas.

El consumo de medicamentos para el control de la diabetes mellitus representó el hábito de salud que la mayoría de las entrevistadas adoptó como comportamiento protector de salud. No obstante, considerando la complejidad de esta enfermedad, no es suficiente sólo el consumo de medicamentos para controlar la diabetes mellitus, por lo que esta situación derivó en el desarrollo de futuras comorbilidades. Dado que los resultados esperados para el control de la enfermedad no se lograron se generaron resistencias para seguir consumiendo el medicamento. Estas resistencias se asociaron a la búsqueda de soluciones efectivas para intentar controlar a esta enfermedad, principalmente fue el uso de la medicina homeópata; esta falta de consistencia se tradujo en una falta de adherencia al tratamiento que produjo complicaciones en el estado de salud.

La alimentación apropiada para el control de la diabetes mellitus fue el hábito de salud que solamente algunas mujeres adoptaron como comportamiento protector de la misma. Las mujeres que no modificaron su dieta argumentaron la presencia de obstáculos en las relaciones familiares para adaptar su dieta. Debido a las dificultades para empatar la dieta familiar con la sugerida por el médico para el control de la diabetes, las entrevistadas optaron por conservar la dieta familiar a pesar de que son ellas las responsables de la preparación de los alimentos.

Es importante destacar dos aspectos significativos, por un lado, la percepción de la autonomía de las mujeres para decidir qué alimentos pueden preparar considerando que son las responsables de la preparación de los mismos y las prioridades aun cuando existe alguna situación especial como una enfermedad crónica. Por el otro lado, la dieta familiar generó, de manera inicial, el sobrepeso y obesidad en las entrevistadas, por lo tanto, existe la posibilidad de que algún miembro de la familia pueda enfermar. En ambos aspectos no se asume la importancia de la alimentación como un pilar fundamental para el control y/o la aparición de la enfermedad, ni se integra la gravedad de las complicaciones posteriores al no adherirse al tratamiento.

La práctica de actividad física para el control de la diabetes mellitus es el hábito de salud totalmente ausente, ya que ninguna de las mujeres consideró como un comportamiento protector de salud. Uno de los principales motivos para no adoptar este hábito saludable fueron los estereotipos y roles de género relativos a la actividad física y a la vejez. Por un lado, las mujeres reconocieron los beneficios de la actividad física para la salud pero se los confirieron a las actividades propias del hogar, por lo tanto, su estilo de vida permaneció sin integrar alguna nueva actividad.

Una de las condiciones estructurales significativas que limitaron la adherencia al tratamiento fue la relación médico-paciente, ésta se limitó a seguir un protocolo para el manejo de la información que se les ofrecieron al recibir el diagnóstico, algunas mujeres mencionaron situaciones en donde la información que les dieron cumplió con el objetivo de informarles sobre las principales características de la enfermedad, pero no profundizaron en aspectos que les problematizaban, dudas que les surgieron sobre el día a día, complicaciones, por mencionar algunas. Por lo que, se les informó, pero no se les concientizó sobre la importancia del beneficio de comenzar un tratamiento médico integral. Esta relación informativa obstaculizó el control de la enfermedad desde la primera cita.

En relación al apoyo familiar para mantener la adherencia al tratamiento en la práctica de actividad física es limitada o incluso ausente. En este sentido, las mujeres identificaron que la práctica de actividad física es el componente de la adherencia al tratamiento integral pero que no perciben como fundamental para el control de la diabetes mellitus y por este motivo, ellas mismas no buscan el apoyo de la familia, aunque refieren que la práctica de la actividad física es importante para conservar la salud y sentirse joven. Por consecuencia, se reconoce que existen barreras culturales en donde la vejez se asocia a la inactividad física, especialmente en las mujeres que han limitado identificar cómo el apoyo de la familia permite construir hábitos de actividad física saludables en el conjunto familiar para el control de la diabetes mellitus en la etapa de vejez.

La asistencia a grupos de apoyo y ayuda mutua para el cuidado y atención de la diabetes mellitus fue una acción que no se llevó a cabo por ninguna de las mujeres. Estos grupos son considerados conductas disponibles para reducir las barreras que se presentan en el proceso de la adherencia al tratamiento. Las mujeres reconocieron una falta de motivación para acceder a estos espacios en donde se establecen redes de apoyo y medios para compartir información veraz requiere de espacios óptimos para el intercambio de información respecto al consumo de una alimentación saludable y la práctica de actividad física y así facilitar la adherencia al tratamiento especialmente en las poblaciones de riesgo.

Es importante destacar que todo trabajo de investigación tiene limitaciones en aspectos teóricos, metodológicos o técnicos que obedecen al paradigma seleccionado para analizar el fenómeno de estudio (Álvarez, 2003; Burke, 1999). En este sentido, describir y

comprender las experiencias de autocuidado para la salud de las mujeres adultas mayores implicó examinar su realidad subjetiva, e intersubjetiva, en un nivel de análisis micro-social omitiendo así el nivel de análisis macro-social que está vinculado a la estructura y el orden social de la realidad objetiva (externa e independiente de la conciencia humana) (Sautu, 2003). Por lo tanto, los objetivos del presente trabajo de investigación descartaron el análisis de factores estructurales del sistema de salud, o de otras estructuras sociales involucradas en el derecho a la protección de la salud, no por ello limitando información valiosa para mejorar la calidad en la atención y cuidado de la diabetes mellitus en las áreas de geriatría, gerontología, así como del bienestar social.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En definitiva, el brindar una solución a los principales retos de salud en el siglo XX como es el garantizar el derecho humano de protección de la salud trajo consigo nuevos desafíos en el siglo XXI. El desarrollo de la tecnología para aumentar la esperanza de vida, reducir la mortalidad por enfermedades infecciosas o parasitarias y mejorar la producción de alimentos han sido solamente algunos de los retos afrontados. Queda aún pendiente en la agenda política confrontar los desafíos que representan las enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario para garantizar una igualdad en la distribución de las condiciones de salud, especialmente en los grupos más vulnerables de la sociedad (Cabrera et al., 2011; Rangel, 2009; Uribe y Abrantes, 2013).

Las políticas de salud tienen como propósito garantizar el derecho a la salud para todos los mexicanos y debido a ello se generan diversas estrategias de intervención que tienen como principal objetivo identificar a las poblaciones de riesgo para la prevención y control de enfermedades. Por este motivo, el sistema de salud público destina recursos económicos, materiales y humanos con el propósito de garantizar la calidad en la atención del cuidado de la salud. Sin embargo, la atención de la salud se sigue sustentando en relaciones médico-paciente mecanicistas en donde el paciente no percibe su autonomía para decidir sobre su propia salud para conseguir el objetivo de salud.

Las políticas alimentarias tienen como propósito incrementar la disponibilidad de alimentos en la población para garantizar una calidad de vida. Sin embargo, se ha identificado que las mujeres tienen mayores limitaciones en el acceso a los alimentos por aspectos de género y debido a ello se considera necesario seguir impulsando estrategias de seguridad alimentaria, especialmente cuando son ellas las que destinan más tiempo en las prácticas alimentarias dentro y fuera del hogar. De esta forma, el acceso a alimentos saludables contribuirá a la prevención y control de enfermedades de origen alimentario, como es el caso de la diabetes mellitus, para mantener el desarrollo económico y social del país.

El diagnóstico de diabetes mellitus en las personas adultas mayores implica transformar sus necesidades de salud al mismo tiempo que avanza la enfermedad. El surgimiento de estas nuevas necesidades influyen también en la percepción de la salud de las personas, porque ésta depende de la construcción e interpretación de significados ante los estímulos del entorno social (Gonzalbo, 2006; Perera, 2012; Villegas y González, 2011). De este modo, la percepción del estado de salud en el proceso de envejecimiento refleja en gran medida los pensamientos, sentimientos, creencias y comportamientos que construyen los hábitos saludables y no saludables para mantener la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la etapa de vejez.

El consumo de medicamentos es el principal hábito de salud que promueve el sistema de salud para mantener la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus, porque los conocimientos y aprendizajes proporcionados por el médico responsable destacan su importancia en el control de la enfermedad y la prevención de comorbilidades asociadas. Por consiguiente, el consumo de medicamentos de forma permanente en las personas adultas mayores implica que éstos enfrenten el reto de consumir diversos medicamentos para controlar la diabetes mellitus y tratar enfermedades propias de la edad. De esta forma, es frecuente el consumo de medicamentos prescritos por el sistema de salud (alópatas) y el consumo de medicamentos de la medicina alternativa (homeópatas) o remedios caseros,

por ser parte de las creencias que refieren una mayor eficacia del tratamiento, porque se comprende que esta enfermedad no tiene cura definitiva.

En la relación médico-paciente la comunicación es indispensable para que la persona que vive con diabetes mellitus tome decisiones informadas con respecto a su propia salud, con el propósito de reducir las contradicciones que se presentan en el proceso de la adherencia al tratamiento. Especialmente aquellas contradicciones que surgen de aspectos culturales como son el uso de la medicina alternativa o remedios caseros para tratar la diabetes mellitus y que son dados por personas sin capacitación adecuada. De esta manera, es necesario fomentar la confianza y la comunicación constante no solamente entre el médico y el paciente sino también con la familia que cuida de la persona que vive con diabetes mellitus, especialmente si éste es una persona adulta mayor y requiere de cuidados médicos especializados.

Los conocimientos proporcionados por parte del personal de salud se perciben como conocimientos fragmentados en relación a la atención de la diabetes mellitus. De este modo, las personas que viven con esta enfermedad no comprenden que existen diferencias fundamentales entre una enfermedad crónica degenerativa y una infecciosa, por lo que, las mujeres perciben el tratamiento de la diabetes mellitus como cualquier otra enfermedad, razón por la cual, le otorgan un mayor valor al consumo de medicamentos.

La formación de grupos de apoyo y ayuda mutua requiere la participación activa de las personas que viven con diabetes mellitus. Promover la formación de estos grupos como una conducta disponible que facilita el aprendizaje de esta enfermedad permitirá una mayor adherencia al tratamiento en diversas etapas de la vida. Estos espacios de aprendizaje informal son necesarios para intercambiar información entre personas que viven experiencias semejantes respecto al proceso salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.

El consumo de una alimentación saludable para mantener la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus está influenciada en gran medida por el acompañamiento en ámbitos familiares o de amistad (Mahan y Raymond, 2017). La carencia de este tipo de acompañamientos implica para las personas adultas mayores un gran desafío al adoptar hábitos saludables, porque la adopción de esos hábitos dependerían solamente de la propia voluntad. De esta forma, se presentan patrones de alimentación sin cambios en la dieta familiar o en la dieta individual, solamente en las personas adultas mayores, por lo que es frecuente que el consumo de una alimentación saludable no sea una constante de la adherencia al tratamiento integral de la diabetes mellitus.

La práctica de actividad física, ejercicio y deporte para mantener la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la etapa de vejez se asocia mayormente a la percepción del proceso de envejecimiento más que al proceso de enfermedad. En este sentido, la percepción de un cansancio permanente, que trae consigo el envejecer, implica para las personas adultas mayores una limitación para practicar una actividad física o deportiva y también una limitación para establecer nuevas relaciones desalentando, con ello, la práctica de este tipo de actividades a nivel grupal. De esta manera, se presentan patrones de actividades sedentarias y en el caso de aumentar la actividad física esta práctica se realiza de manera individual, así como en espacios privados como el hogar debido a estereotipos, además de roles de género (Granda et al., 2018; Landinez et. al., 2012).

El cuidado a largo plazo de las personas adultas mayores que viven con enfermedades asociadas a la diabetes mellitus implica que algunos miembros de la familia, o el conjunto familiar, sean más susceptible a desarrollar irritabilidad, ansiedad u otros trastornos depresivos. Esta situación se origina por los conocimientos y cuidados especializados que exige esta enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario en la etapa de vejez. Prevenir estas consecuencias condiciona a las familias a generar un gasto de bolsillo en salud para una atención médica especializada que se caracteriza; por altos costos económicos, materiales y humanos que pueden provocar empobrecimiento, así como exclusión social de las personas adultas mayores y sus respectivas familias (Hernandez y Gutierrez, 2019).

El estudio de la adherencia al tratamiento lleva a reconocer que la familia juega un papel fundamental para la construcción y modificación de los hábitos de salud, así como para brindar un soporte para mantener la adherencia al tratamiento a través de los años. El apoyo familiar contribuye a adoptar hábitos saludables en el aspecto alimentario para mantener la integración familiar en las prácticas alimentarias aunque su contribución es menor en los aspectos de actividad física. Es preciso reconocer que la familia es el principal soporte del cuidado de la salud de las personas que viven con diabetes mellitus por lo que es importante su integración en las estrategias de salud para que la adherencia al tratamiento integral de la diabetes mellitus no solamente una cuestión personal o familiar.

Ante estas experiencias de autocuidado para la salud, se reconoce que la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus no es solamente una cuestión personal o familiar sino también es una cuestión de las diversas instituciones sociales del sector público y privado. Se requiere que las instituciones de salud, así como de otros actores sociales involucrados, diseñen estrategias de intervención que promuevan la adherencia al tratamiento a largo plazo con la participación de otros sectores de la sociedad. En este sentido, la accesibilidad y disponibilidad de alimentos saludables, el desarrollo de entornos saludables, la actualización de conocimientos científicos respecto a la diabetes mellitus en los diferentes grupos de edad son necesidades de salud que requieren ser cubiertas para mantener controlada la diabetes mellitus en la persona y también para prevenir esta enfermedad en otros miembros de la familia.

El ampliar conocimientos y aprendizajes en aspectos alimentarios y de actividad física para generar autonomía e independencia en las poblaciones de riesgo de padecer diabetes mellitus implica que la política de salud actualice constantemente los temas que aborda en el autocuidado para la salud. En este sentido, el autocuidado para la salud contribuye a la modificación de hábitos de salud para mantener, en mayor medida, la adherencia al tratamiento en el consumo de medicamentos. Por lo que es necesario promover la adopción de hábitos de salud en relación a nuevas necesidades de salud alimentarias y de actividad física (Mahan y Raymond, 2017; Peralta, 2006). De este modo, es importante la integración de especialistas en las diversas áreas de salud para intercambiar conocimientos científicos acorde a la etapa de vida que vive la persona diagnosticada con diabetes mellitus.

El sobrepeso y obesidad son factores de riesgo que han incrementado su presencia en las etapas tempranas de la vida reflejando así un conjunto de creencias, además de necesidades de salud en el ámbito familiar. El incremento de estos factores de riesgo socioculturales (o ambientales) implica que los especialistas en nutrición tengan la oportunidad de ampliar los conocimientos respecto a los determinantes estructurales de estos factores de riesgo

para promover hábitos de alimentación y de actividad física saludables en el conjunto familiar. En este sentido, se reconoce que la adopción de hábitos de salud familiares debe ir acompañada de la creación de entornos saludables que promuevan actividades recreativas y deportivas en la etapa de niñez hasta la etapa de vejez bajo una perspectiva de género (Granda et al., 2018; Landinez et. al., 2012).

La integración de especialistas en las diversas áreas de salud, así como también la formación de grupos de ayuda y apoyo mutuo, para generar e intercambiar conocimientos y aprendizajes requiere la participación de profesionistas capacitados en sistemas sociales por lo que implica que los trabajadores sociales son indispensables para generar esta integración social. En este sentido, la integración social permite la participación activa de instituciones educativas, científicas, gubernamentales, además de organizaciones de la sociedad civil para desarrollar servicios de prevención y cuidado especializado. De esta manera, los servicios especializados enfocadas a las diferentes disciplinas de la gerontología y la geriatría deben estar acorde al contexto internacional, nacional y regional para garantizar calidad en la atención en las personas adultas mayores (Gobierno Federal, 2009).

El mantener un envejecimiento saludable y bienestar social implica que la política pública nacional de las personas adultas mayores siga con su propósito de garantizar estos derechos sociales en este grupo de edad para su integración social (Gobierno Federal, 2009). La prevención terciaria para la rehabilitación de las personas por consecuencia de una enfermedad crónico-degenerativa de riesgo coronario es un tema pendiente en la agenda pública (Martin et al., 2014). Se reconoce que la evolución de la diabetes mellitus es una pandemia mundial que puede modificarse con acciones que disminuyan los factores de riesgo socioculturales, específicamente aquellos que se crean en las estructuras sociales y que inciden en la vida cotidiana de las personas.

Es importante motivar la asistencia a los servicios de salud desde la etapa de niñez para adquirir hábitos de salud desde etapas tempranas de la vida, aunque es más importante contar con la participación de la familia en la construcción de nuevos hábitos de alimentación. La adopción de hábitos de salud familiares genera beneficios a largo plazo para prevenir enfermedades en el conjunto familiar. Ante estas situaciones, es preciso destacar que la atención y cuidado del sobrepeso y obesidad en la etapa de niñez implica que la participación del personal de salud adopte estrategias de comunicación acorde a la etapa de la vida que se experimenta para que los menores perciban los beneficios de iniciar un plan de alimentación y vida sana.

Las estrategias de comunicación social se consideran importantes como claves para la acción externas a la persona para promover comportamientos de salud preventivos. De esta manera, se promueve la participación de diversos sectores de la sociedad para el diseño de material educativo que se adapte a las necesidades de salud de diversos grupos poblacionales. De esta manera, se identificará con mayor precisión las poblaciones vulnerables a desarrollar sobrepeso y obesidad especialmente en aquellas que desconocen si padecen estos factores de riesgo.

Es preciso involucrar a la familia como parte del tratamiento médico integral para que ésta también perciba un soporte emocional, por parte del personal de salud, cuando enfrentan una crisis familiar por el cansancio que genera el cuidado a largo plazo de un familiar enfermo crónico, especialmente cuando la familia asume la responsabilidad del cuidado de

las personas enfermas. Por consiguiente, involucrar a la familia desde el diagnóstico de la diabetes mellitus es importante para que la persona se sienta acompañada en este proceso de salud-enfermedad y también para que la familia identifique diversas estrategias para adquirir comportamientos de salud preventivos en el conjunto familiar porque esta enfermedad se caracteriza por tener una predisposición genética.

Los hallazgos obtenidos en el presente trabajo de investigación abren las puertas a futuras investigaciones desde diversas perspectivas:

- Continuar el estudio de las creencias de salud examinando las experiencias de autocuidado para la salud en la etapa de niñez, además de identificar comportamientos verbales que construyan comportamientos preventivos para la diabetes mellitus, así como promover un envejecimiento saludable.
- Destacar la importancia del consumo e interacción de medicamentos alópatas y homeópatas para mantener la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.
- Profundizar el análisis de patrones de alimentación familiares para fomentar la integración familiar en el componente alimentario de la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.
- Ahondar en la identificación de patrones de actividades sedentarias en el ámbito familiar, considerando aspectos de género, para promover la actividad física, ejercicio y deporte en familia, así como contribuir en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en el componente de actividad física.
- Seguir estudiando los factores de riesgo, principalmente el gasto de bolsillo en salud, que impiden el apoyo social para las personas adultas mayores y sus respectivas familias en las complicaciones de la diabetes mellitus.
- Identificar necesidades de salud alimentarias y de actividad física durante el proceso de salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus, además de integrar a especialistas en las diversas áreas de salud que brinden conocimientos especializados sobre estos temas.
- Explorar determinantes estructurales del sobrepeso y obesidad en las etapas tempranas de la vida desde la medicina, nutrición y áreas afines, para promover la creación de entornos saludables que faciliten el consumo de alimentos saludables y las actividades recreativas, así como deportivas en el conjunto familiar.
- Promover la integración social de diversas instituciones para el intercambio de información gerontológica y geriátrica para desarrollar servicios de prevención y cuidado especializado de calidad.
- Fomentar políticas sociales y de salud con información procedente del contexto social para contribuir a la solución de los diversos desafíos de las personas adultas mayores, así como garantizar su derecho a la protección de la salud.
- Superar limitaciones teóricas y prácticas que representan al tratamiento médico integral como el consumo de medicamentos debido a la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado-adherencia al tratamiento.
- De acuerdo a los hallazgos del presente trabajo de investigación se establece como propuesta de intervención el diseño de un taller de salud que tenga como objetivo brindar herramientas que faciliten el aprendizaje significativo (Viera, 2003) respecto al tratamiento integral de la diabetes mellitus, en aspectos de alimentación, ejercicio y vida sana, en grupos de personas adultas mayores en donde también se integren sus respectivas familias o cuidadores principales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- About, G., M. Ballara, A. Brody. (2015). Género y seguridad alimentaria. *En breve*. 1-8.
https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/5742/GAFS%20In%20Brief_Spanish_Small.pdf
- Aguilar, B. (2016). Azúcar, azúcar...una enfermedad llamada diabetes. *Archipiélago*. 17 (65) 25-31 <http://www.revistas.unam.mx/index.php/archipelago/article/view/20139>
- Aguilar, P. (2013). Cultura y alimentación. Aspectos fundamentales para una visión comprensiva de la alimentación humana. *Anales de Antropología*. 48 (1), 11-31. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/44185/pdf>
- Aguilar, C., Zapata, R., López, C., y Zurita, E. (2017). Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. *Horizonte sanitario*. 17 (3), 235-240. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000300235
- Aguilar, M., Trujillo, O., Parra, M., y Rodríguez, M. (2009). Queja de falla de la memoria en la vejez: Problema de salud pública sin atender. En Gómez, y Zoila, *El adulto mayor. Mirada desde la salud pública* (págs. 17-35). Editorial Universidad de Guadalajara.
- Aguirre, A. (2009). Política social e indicadores distributivos. Elementos para una caracterización de la política social en Chile. *Revista de la Universidad Bolivariana*. 8(22), 231-248. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682009000100014
- Alanis, M. (2015). Los primeros pasos en la institucionalización de la asistencia médica infantil en el México posrevolucionario. *Cuicuilco*. 22 (63), 9-28. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-16592015000200002&lng=es&nrm=iso
- Almeida, N., y Zélia, M. (2011). *Introducción a la epidemiología*. Editorial Lugar.
- Álvarez. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Arango, Y. (2007). Autocuidado, género y desarrollo humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *La manzana de la discordia*. 2 (4), 107-115. <http://bdigital.unal.edu.co/48218/1/autocuidadogeneroydesarrollo.pdf>

- Araya, M. (2004). Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista costarricense de ciencias médicas*. 25 (3) https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007
- Ardila, E., y Rueda, J. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*. 32 (2) 93-144. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/41641>
- Arriaga, R., y Valdés, A. (2009). La población de tercera edad en México. Políticas de atención, perspectivas y retos. En M. Ribeiro, y S. Mancinas, *Textos y contextos del envejecimiento en México* (págs. 135-147). Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Arroyo, M., y Ribeiro, M. (2009). Representaciones de género en la vejez y la dependencia. En M. Ribeiro, y S. Mancinas, *Textos y contextos del envejecimiento en México. Retos para la familia y el Estado* (págs. 41-61). Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Arrubarrena, M. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano general*, S122-S125. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/medigraphic.cgi>
- Atencio, M., Gouveia, E., y Lozada, J. (2011). El trabajo de campo. Estrategia metodológica para estudiar comunidades. *Omnia*. 17 (3) 9-22. <https://www.redalyc.org/pdf/737/73720790002.pdf>
- Ávila, E., Garant, R., y Aguilar, R. (2006). *Evaluación del estado de nutrición en el ciclo vital humano*. Editorial Mc Graw Hill.
- Ávila, G., Gómez, P., y Franco, B. (2011). Grupos de Ayuda Mutua: ¿Son Eficaces en el Control Lipídico y Glucémico en la Diabetes? *Desarrollo Científ Enferm*. 19 (1) 10-14. <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-010.pdf>
- Banco Mundial. (2015). Datos. *Banco Mundial*. <http://datos.bancomundial.org/pais/mexico>
- Burke, R. (1999). Examining the validity structure of qualitative research. En K. Andrea, *Cases in qualitative Research* (págs. 282-292). Estados Unidos: Pyczak Publishing.
- Cabello, M. (2005). *Intrapersonal and familial factors associated with obesity from a Mexican and Mexican American phenomenological perspective*. Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cabello, M y Ávila, M. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 4 (8) 82-104.

- Cabello, M. y Zúñiga, J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*. 10 (2) 183-188.
- Cabrera, A., Camacho, L., Cortés, N., Eibenschutz, C., González, R., Ortiz, L., Reza, J., y Tamez, S. (2011). Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana. En C. Eibenschutz, S. Tamez, y R. González, *¿Determinación social o determinaciones sociales de la salud?. Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinaciones Sociales de la Salud*. (págs. 25-42). Editorial Universidad Autónoma Metropolitana.
- Campos, R. (1992). *La antropología médica en México*. Editorial Amacalli Editores, S.A. de C.V.
- Cárcar, A. (2013). Las reformas agrarias en México y los proyectos de desarrollo rural en un municipio del Estado de Veracruz. *Nómadas. Revista de Ciencias Sociales y jurídicas*. 38 (2) 1-24. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18128245015.pdf>
- Cárdenas, R. (2010). Desafíos de la atención a la salud. En B. García, y M. Ordorica, *Cárdenas, R (2010). Desafíos de la atención a la salud. En: Los grandes problemas de México. Tomo I. Población* (págs. 105-136). Editorial El Colegio de México.
- Carmona, S. (2009). Interacción y bienestar social de los adultos mayores en Monterrey. En M. Ribeiro, y S. Mancinas, *Textos y contextos del envejecimiento en México. Retos para la familia y el estado*. (págs. 277-294). Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Carmona, S. (2011). *Envejecimiento activo la clave para vivir más y mejor*. Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Carrillo, C. (1997). Leche radiactiva. Historia de una infamia. *Ciencias*. 47: 34-38.
- Castañeda, O., Guzmán, M., Cervantes, B., Mejía, R., Brito, O., Myozoti, V., Rojas, R., y Villegas, G. (2015). Impacto de un grupo de autoayuda en el manejo del síndrome metabólico. *Atencion Familiar*. 22 (4) 102-107. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61412>
- Champion, V. y Sugg. C. (2008). The Health Belief Model. En: Glanz, K., Rimer, B. y Viswanath K. *Health Behavior and Health Education* (págs. 45-62). Editorial Jossey-Bass.
- Cigarroa, I., Sarqui, C., y Zapata, R. (2016). Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. *Universidad y salud*. 18 (1) 156-169. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a15.pdf>
- Commisso, A. (2015). Procesos de salud-enfermedad, ciudadanía y Trabajo Social. Reflexiones y perspectivas a partir de la atención de personas viviendo con

- VIH/SIDA. *Tandil*. 8 (13) 129-147.
<https://revistaplazapublica.files.wordpress.com/2016/04/13-9.pdf>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2012). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Editorial Leyenda, S.A. de C.V.
- Coral, C., y Vargas, L. (2014). Estrategias que promueven estilos de vida saludables. *Revista U.D.C.A. Actualidad & Divulgación Científica*. 17 (1) 35-43.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-42262014000100005&script=sci_abstract&tlng=es
- Córdova, J., Barriguete, J., Agustín, L., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., De León, M., y Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*. 50 (5) 419-427. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015
- Covid-19 México (2020). Información General. Datos.covid-19.conacyt.mx
<https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Cristi, C., Celis, C., Ramírez, R., Aguilar, N., Álvarez, C., y Rodríguez, F. (2015). Sedentarismo e inactividad física no son lo mismo!: una actualización de conceptos orientada a la prescripción del ejercicio físico para la salud. *Rev Med Chile*. 143: 1089-1090. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n8/art21.pdf>
- Cruz Roja Mexicana. (2017). Inicio. *Cruz Roja Mexicana*.
<http://www.cruzrojamexicana.org.mx>.
- Díaz, E. y Ramírez, J (2017). Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *Papeles de población*. 23 (91)
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000100065
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., y Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 41 (6) 342-348. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
- DOF. (1931). Ley Federal del Trabajo de 1931. *Gobierno de la República*.
<http://dof.gob.mx/index.php?year=1931&month=08&day=28>
- DOF. (1943). Ley del Seguro Social. *Gobierno de la República*
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- DOF. (1984). Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo, denominado: Programa Nacional de Salud: 1984-1988. *Gobierno de la República*.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4682511&fecha=09/08/1984

- DOF. (1991). Programa Nacional de Salud 1990-1994. *Gobierno de la República*.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991
- DOF. (2012). Tratamiento dislipidemias NOM-037-SSA2-2012. *Gobierno de la República*.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012
- DOF. (2012a). Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. *Gobierno de la República*.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5264646&fecha=17/08/2012
- DOF. (2017). Tratamiento hipertensión arterial PROY-NOM-030-SSA2-2017. *Gobierno de la República*.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017
- DOF. (2018). Tratamiento sobrepeso y obesidad NOM-008-SSA-2017. *Gobierno de la República*.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018
- DOF. (2018a). Tratamiento diabetes mellitus PROY-NOM-015-SSA2-2018. *Gobierno de la República*.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018
- DOF. (2018b). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. *Gobierno de la República*.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019
- Donnelly, J. (1998). *Derechos Humanos Universales. En teoría y en la práctica*. Editorial Gernika, S. A.
- Dura, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de psicología social*. 6 (2) 257-271. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>
- ENSANUT. (2018). ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. INEGI <https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/>
- Espinel, M., Sánchez, S., Juárez, T., García, J., Viveros, Á., y García, C. (2011). Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Pública de México*. 53 (1) 17-25.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100004
- Espinosa, V. (2016). La asistencia materno-infantil en México entre 1921 y 1930 por parte del Departamento de Salubridad Pública. *Gaceta Médica de México*. 152: 231-245.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm162n.pdf>

- Exton, N. (2002). Comportamientos alimentarios de los ancianos. En J. Contreras, *Alimentación y Cultura. Necesidades, gustos y costumbres* (págs. 239-256). Editorial Alfaomega grupo editor S.A de C.V.
- Fernández, M. (2004). *El impacto de la enfermedad en la familia*. Atención Familiar. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm111/revisionclinica.html>
- Fundación mexicana de Diabetes A.C. (2018). Vivir con Diabetes. *Fundación mexicana de Diabetes A.C.* <http://amdiabetes.org/>
- Garay, S., Montes de Oca, V., y Arroyo, M. (2019). Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *RELAP - Revista Latinoamericana de Población*. 14 (26) 70-88. <http://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/230>
- García, M., y García, R. (2005). Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. *Revista Cubana Endocrinología*. 16 (2) 1-11 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532005000200002
- García, V., y Rojas, T. (1992). Los sismos como fenómeno social: una visión histórica. En I. Rosenblueth, *Macrosismos: Aspectos físicos, sociales, económicos y políticos* (págs. 25-36). Editorial CIESAS.
- Garza, B. (2019). *Transformaciones macro/meso económicas, políticas y sociales y su relación con la obesidad en México en el periodo 1984-2014*. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Gobierno Federal. (1984). Ley General de Salud. *Gobierno Federal*. http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Gobierno Federal. (2009). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. *Gobierno Federal*. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>
- Gómez, A. (2003). Industrialización, empresas y trabajadores industriales, del Porfiriato a la Revolución: la nueva historiografía. *El Colegio de México*. file: <https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/1406>
- Gonzalbo, P. (2006). *Introducción a la historia de la vida cotidiana*. Editorial El colegio de México.
- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Revista Waxapa*. 5:102-107. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32923>
- González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del investigador*. 11 (1) 1-25.

- González, K. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. En CONAPO, *La situación demográfica de México, 2015* (págs. 113-130). Editorial CONAPO.
- González, C., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*. 49 (4) S448-S458. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003
- González, M., y John, S. (2010). Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas. En F. Cortés, y O. Oliveira, *Los grandes problemas de México. Tomo V. Desigualdad social* (págs. 211-234). Editorial El Colegio de México.
- Granda, J., Alemany, I., y Aguilar, N. (2018). Género y relación con la práctica de la actividad física y el deporte. *Mujer y deporte*. 132 (2) 123-141.
- Gudiño, C., Magaña, V., y Hernández, C. (2012). La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945. *Salud Pública de México*. 55 (1) 81-91. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100012
- Guerrero, L., y León, A. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere. La revista venezolana de educación*. 14 (48) 13-19. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
- Gundermann, H. (2001). El método de los estudios de caso. En M. Tarres, *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (págs. 251-288). Editorial El Colegio de México.
- Gutiérrez, J. (2004). Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? . *Rev. Invest. Clin.* 56 (2) 242-252. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200015
- Gutiérrez, L. (2020). La pandemia revela las necesidades de transformar los cuidados a largo plazo. El futuro del cuidado. El futuro del autocuidado. Diálogos Sobre la Sostenibilidad de la vida al envejecer. https://www.youtube.com/watch?v=WBUQ88bScqs&fbclid=IwAR3vHs9J9qzzmSH0ycrRTEkOf1MI0AY9_5bk9qAuP_aoOvJGPJAiRC6XYb8
- Ham-Chande, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. Editorial El Colegio de la Frontera Norte.
- Ham Chande, R. (2010). Envejecimiento demografico. En B. García, y M. Ordorica, *Los grandes problemas de México. Tomo I. Población* (págs. 53-78). Editorial El Colegio de México.

- Hernández, G., y Gutiérrez, P. (2019). El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación. CONEVAL. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf
- Ibarra, L. (2016). Review: Transición Alimentaria en México. *Razón y Palabra*. 20 (94) 162-169. <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199547464012.pdf>
- INAPAM. (2010). Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. Por el México que ellos merecen. *INAPAM*. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ejes-rectores-de-la-politica-publica-nacional-a-favor-de-las-personas-adultas-mayores>
- INAPAM. (2013). Index. *INAPAM*. http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Nuevo_Leon
- INEGI. (1980). X Censo General de Población y Vivienda 1980. *INEGI* <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1980/>
- INEGI. (1990). Censos y conteos de población y vivienda 1990. *INEGI* <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1990/>
- INEGI. (2000). Censos y conteos de población y vivienda 2000. *INEGI* <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2000/>
- INEGI. (2010). Censos y conteos de población y vivienda 2010 *INEGI* <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- INEGI. (2014). Mujeres y hombres en 2013. *INEGI*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101234.pdf
- INEGI. (2017). Estadísticas sociales del Porfiriato 1877-1910. *INEGI* http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas/porfi/ESPI.pdf
- INEGI. (2017a). IX Censo General de Población 1970. *INEGI*. http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/ccpv/1970/doc/piramide_1970.pdf
- INEGI. (2017b). VII Censo General de Población 1950. *INEGI*. http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/ccpv/1950/doc/piramide_1950.pdf
- INEGI. (2019). México en Cifras. *INEGI*. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
- INMUJERES. (2005). El papel de mujeres y hombres en el cuidado de la salud dentro de los hogares. *INMUJERES*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100784.pdf

- INSP. (2009). Cuentas en diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad. *INSP*. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/1450-cuentas-en-diabetes-mellitus-enfermedades-cardiovasculares-y-obesidad.html>
- INSP. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. *INSP*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Instituto de Geriátrica. (2010). Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología. *Gobierno Federal*. http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/perspectivas_web.pdf
- Instituto Nacional de Administración Pública. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. *Instituto Nacional de Administración Pública*. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/19314/17397>
- Junghans, C., Meza, J. y Gómez, B. (2017). Las enfermedades que los médicos no reconocen. *Ecos del Tacaná*. 1 (4) 6-9. https://www.researchgate.net/publication/325455734_Las_enfermedades_que_los_medicos_no_reconocen
- Lanas, F., y Seron, P. (2012). Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. *Rev. med. clin. conde*. 26 (3) 699-705. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703711>
- Landinez, N., Contreras, I., y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 38 (4) 562-580. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008
- Lara, A., Aroch, A., Jiménez, R., Arceo, M., y Velázquez, O. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*. 74 (4) 330-336. <https://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/ac0441.pdf>
- López, O. (2008). Cuando las bajas son más altas: la depresión en personas adultas. *Género y Salud en cifras*. 6 (2) 4-16. https://www.researchgate.net/publication/330225030_Cuando_las_altas_son_mas_bajas_la_depresion_en_personas_adultas
- López, R., y Deslauriers, J. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social. *Margen*. 61:1-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3756178>
- López, F., A. Morales, A. Ugarte, L. Rodríguez, J. Hernández y L. Sauza. (2019).

Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de enfermería*.54, 410-417.

- López, M., Hernández, M., Miralles, J., Barrueco, M. (2017). Tabaco y diabetes: relevancia clínica y abordaje de la deshabituación tabáquica en pacientes con diabetes. *Endocrinología, diabetes y nutrición*. 64 (4) 221-231.
<https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-tabaco-diabetes-relevancia-clinica-abordaje-S2530016417300617>
- Lugones, M. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 44 (3) 1-11. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032006000300007&script=sci_abstract
- Mahan, K., y Raymond, J. (2017). *Krause. Dietoterapia*. Editorial Elsevier.
- Malave, R. (1982). La crisis petrolera internacional y su incidencia en América Latina. *Comercio Exterior*. 32 (8) 864-875.
- Márquez, Y., Hunot, C., Macedo, G., Bernal, M., y Vizmanos, B. (2011). Impacto de la transición alimentaria en el mundo. En A. López, y A. Martínez. *Del hambre a la saciedad. Contribuciones filosóficas, psicológicas, socio antropológicas y biológicas* (págs. 244-262). Editorial Universidad de Guadalajara.
- Martín, L., Grau, J., y Espinosa, A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 40 (2) 225-238.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007
- Martínez. A. (2016). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 50-60.
- Martínez, C., y Navarro, G. (2013). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 52 (1) 94-101.<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims141p.pdf>
- México 2010. (2017). Super table del Bicentenario. *México Mágico*.
<http://www.mexicomaxico.org/Voto/super.htm>
- Meza, I. (2013). *De la Universidad al campo: el establecimiento del Servicio Médico Social en la Universidad Autónoma de México (1934-1940)*. Editorial El Colegio de México.
- Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila, S. (2014). Del proceso salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*. 21: 217-224.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>

- Mina, A. (2010). Evolución de la mortalidad en México: pasado, presente y futuro. En B. García, y M. Ordorica, *Los grandes problemas de México. Tomo I. Población*. (págs. 79-104). Editorial El Colegio de México.
- Montes de Oca, V., y Hebrero, M. (2009). Deterioro funcional en adultos mayores: las familias frente al envejecimiento en México. En M. Ribeiro y S. Mancinas. *Textos y contextos del envejecimiento en México. Retos para la Familia y el Estado* (págs. 63-84). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Morales, J. (2017). ¿De qué manera la Gran Depresión afectó la política mexicana? 1929-1934. *Gaceta de Ciencia Política*.
https://www.academia.edu/2606906/_De_qu%C3%A9_manera_la_Gran_Depresi%C3%B3n_afect%C3%B3_la_pol%C3%ADtica_mexicana_1929_1934
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition. A Theory of the Epidemiologic of Population Change. *The milbank memorial fund quarterly*. 49 (4) 509-538.
<file:///C:/Users/Pk/Downloads/vol.79no.2.159-170.pdf>
- OMS. (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. *OMS*.
<https://www.who.int/whr/2003/es/>
- OMS. (2010). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. *OMS*.
https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
- OMS. (2018). Enfermedades crónicas. *OMS*.
https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- OMS. (2019). Década del envejecimiento saludable 2020-2030. *OMS*.
<https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>
- OMS. (2020). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *OMS*.
<https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- OPS. (2002). Promover: un estilo de vida para las personas adultas mayores. *OPS*.
<https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/promover.pdf>
- OPS. (2017). Organización Panamericana de la salud. *OPS*.
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=204:antologia-atencion-salud-mexico&Itemid=315
- Ordorica, M. (2014). 1974: Momento crucial de la política de población. *Papeles de población*. 20 (81) 9-23.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252014000300002&lng=es&nrm=iso

- Ortega, J., Sánchez, H., Rodríguez, M., y Ortega, L. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica grupo angeles*. 16 (3) 226-232. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82378>
- Ortega, M., López, S., y Álvarez, M. (2009). *La adherencia terapéutica*. Editorial Universidad de Cantabria.
- Ortiz, L., Delgado, G., y Hernández, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gad. Med. Mex.* 142 (3) 181-193. <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v142n3/v142n3a2.pdf>
- Paz-Ibarra, J. (2020). Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19. Management of diabetes mellitus in the era of COVID-19. *Acta Medic Peru*. 37 (2) 176-185. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-176.pdf>
- Pecorelli, R. (1997). *Elementos básicos de psicología*. Editorial Trillas.
- Pedone, C. (2000). El trabajo de campo y los métodos cualitativos. Necesidad de nuevas reflexiones desde las geografías latinoamericanas. *ScriptaNova*. <http://www.ub.edu/geocrit/sn-57.htm>
- Peralta, C. (2006). Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. Evidencias y recomendaciones. *Gobierno Federal*. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GPC_Prescripcionfarmacologxca/GER_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf
- Perdigon, G., y Fernández, S. (2008). Estadísticas Vitales. Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005. *Medigraphic Artemios en línea*. 65 (3) 238-240. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11462008000300008
- Perera, M. (2012). Enfoque teórico-metodológico para el estudio de la vida cotidiana. *Global Journal of Community Psychology Practice*. 3 (4) 1-5. <https://www.gjcpp.org/pdfs/2012-Lisboa-053.pdf>
- Pérez, J. (1984). Mortalidad por causas en México para el período 1960-1975. *Comercio Exterior*. 34 (7) 636-646.
- Puigdemont, N. (2017). *Abordaje cualitativo y cuantitativo de la adherencia a los tratamientos farmacológicos*. (Tesis de doctorado Universidad de Granada España). Repositorio institucional <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/47474/26665281.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rangel, J. (2009). Trayectorias del proceso salud/enfermedad y los programas sociales de atención a la salud en México. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana*

de Sociología. *VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires* (págs. 1-19). Editorial Asociación Latinoamericana de Sociología.

- Razo, A. (2013). La política pública de vejez en México: De la asistencia pública al enfoque de Derechos. *Rev CONAMED*. 19 (2) 78-85
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57569>
- Real Academia Española. (2020). Glosario. *Real Academia Española*.
<https://dle.rae.es/conducta>
- Ritzer, G. (2001). *Teoría sociológica clásica*. Editorial McGrarr-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Rivero, O. (2017). Los pilares de la neumonología en México. *Seminario sobre Medicina y Salud*. http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_04_ponencia.html
- Romero, L. (2009). Enfermedades crónicas y nutrición. *Ideas concyteg*. 4 (49) 752-766.
- Salazar, E., Ponce, R., Jiménez, G., Cervantes, N., Jiménez, H., y Madrigal, L. (2018). Mitos y creencias sobre la diabetes en pacientes de una unidad médica de atención primaria en la Ciudad de México. *Archivos en medicina familiar*. 20 (1) 17-21.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76224>
- Salinas, G., Carillo, M., Pérez, M. y García, C. (2019). Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. *Instituto Nacional de Salud Pública*. 61 (4) 504-513.
<file:///C:/Users/Pk/Downloads/Tesis,%202020/Predefensa%20de%20tesis/Nueva%20literatura/Gasto%20de%20bolsillo%20en%20salud.pdf>
- Sánchez, R. (2001). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En M. Tarres, *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. (págs. 97-131). Editorial El Colegio de México.
- Sautu, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Editorial Lumiere.
- Secretaría de Salud. (2012). Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010. *Secretaría de Salud*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267597/Mortalidad_2010.pdf
- Secretaría de Salud. (2017). Index. *Secretaría de Salud*.
<http://plioencms05.salud.gob.mx:8080/archivo/ahssa/salubridad>
- Secretaría de Salud. (2018). Anuarios de morbilidad. Información epidemiológica. 1984-2018. *Secretaría de Salud*.
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inicio_anuarios.html
- Soriano, R. (2003). *Historia Temática de los Derechos Humanos*. Editorial Mad, S.L.

- Torresani, M., Maffei, L., Squillace, C., Belén, L., y Alorda, B. (2011). Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Diaeta*. 29 (137) 31-38. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-614257>
- Torres, L., Vladislavovna, S., Reyes, H., Villa, J., Constantino, y P., Pérez, R. (2006) Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten. Primaria*. 38 (7) 381-386. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-las-necesidades-salud-atencion-primaria-mediante-13094054>
- Trujillo, L., y Nazar, A. (2011). Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género. *Estudios demográficos y urbanos*. 26 (3) 639-670. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102011000300639&lng=es&nrm=iso
- Urbina. (2014). Espacio público urbano como catalizador de actividad física y bienestar psicológico. *Revista Wimblu*. 91 (1) 67-81. <file:///C:/Users/Pk/AppData/Local/Temp/Dialnet-EspacioPublicoUrbanoComoCatalizadorDeActividadFisi-4942665.pdf>
- Urbina, M. (2016). Introducción. En M. Urbina, *Los Determinantes Sociales de la Salud y de la equidad en salud. Documento de postura* (págs. 1-6). Editorial Academia Nacional de Medicina.
- Uribe, M. (2011). Enfoques contemporáneos de política social en México. *Espiral*. 18 (2) 37-57. <http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v18n52/v18n52a2.pdf>
- Uribe, M., y Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos*. 21 (42) 135-162. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006
- Valencia, E., Foust, D., y Tetreault, D. (2013). Sistema de Protección Social en América Latina y el Caribe. *CEPAL*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36831-sistemas-proteccion-social-america-latina-caribe-perspectiva-comparada>.
- Vargas, M. (2013). Análisis de los Planes Nacionales de Desarrollo. *Expansión Política*. <http://www.adnpolitico.com/gobierno/2013/08/29/6-presidentes-y-6-planes-de-desarrollo-con-metas-similares>.
- Viera, T. (2003). El aprendizaje verbal significativo de Ausubel. Algunas consideraciones desde el enfoque histórico cultural. *Universidades*. 26 37-43.
- Villegas, M., y Gonzalez, F. (2011). La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*. 10 (2) 35-59.

<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/147/153&a=bi&pagenumber=1&w=100>

- Vivaldo, R. (2015). La historia de la vejez y su percepción en el CEPE. *Decires*. 15 (19) 99-114. <http://revistadecires.cepe.unam.mx/articulos/art19-9.pdf>
- Wong, R., González, C., y López, M. (2014). Envejecimiento y población en ciudades avanzadas. En C. Rabell, *Los mexicanos un balance del cambio demográfico* (págs. 185-221). Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Zamorano, C., Alba, M., Guénola, C., y González, S. (2012). Ser viejo en una metrópoli segregada: adultos mayores en la ciudad de México. *Nueva antropología*. 25 (76) 83-102. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362012000100005

ANEXOS.

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Datos de identificación

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Enfermedad diagnosticada:

Datos socioeconómicos

Edad:

Estado civil:

Nivel de estudios:

Ocupación actual:

Número de hijos:

Seguridad social:

Frecuencia de consulta:

Consumo de tabaco:

Consumo de alcohol:

Etapa de niñez

¿Alguno de sus padres padecía la misma enfermedad que actualmente usted padece?

¿Alguno de sus padres fumaba?

¿Sus padres le brindaban una alimentación nutritiva?

¿Sus padres la motivaban a practicar algún deporte?

¿Sus padres cómo acostumbraban a cuidar a un familiar cuando éste se enfermaba?

Cuando sus padres la llevaban a consultar ¿El médico tomaba su peso y talla?

El centro de salud ¿brindaba información sobre como tener un peso saludable?

Etapa de juventud

¿En su adolescencia o juventud le diagnosticaron sobrepeso u obesidad?

¿Algún familiar la apoyo con el cuidado de su salud durante su embarazo?

Durante su embarazo ¿sufrió complicaciones?

Cuando iba a consultar ¿el médico le recomendaba mantener un peso adecuado?

El centro de salud ¿brindaba información sobre como tener un peso adecuado?

Etapa adulta

¿El médico le explicó la causa del porqué se enfermó?

¿El médico le explicó el uso de los medicamentos para su enfermedad?

¿El médico le recomendó asistir con una nutrióloga para un plan de alimentación?

¿El médico le recomendó asistir a un gimnasio para un plan de actividad física.

¿El médico le recomendó integrarse a un grupo de pláticas de autocuidado?

¿El médico le recomendó asistir con un psicólogo cuando se sentía triste?

¿Su familia la apoyaba para que usted tomara el medicamento para su enfermedad?

¿Su familia la apoyaba para que usted siguiera un plan de alimentación?

¿Su familia la apoyaba para que usted hiciera actividad física?

¿Su familia la apoyaba para que usted se integrara a pláticas de autocuidado?

¿Su familia la apoyaba cuando se sentía triste?

Etapas de vejez

¿El médico le explica que pasa si usted no controla su enfermedad?

¿El médico le ajusta la dosis de medicamentos para su enfermedad?

¿El médico le recomienda asistir con una nutrióloga para un plan de alimentación?

¿El médico le recomienda asistir a un gimnasio para un plan de actividad física.

¿El médico le recomienda integrarse a un grupo de pláticas de autocuidado?

¿El médico le recomienda asistir con un psicólogo cuando se siente triste?

¿Su familia la apoyaba para que usted tomara el medicamento para su enfermedad?

¿Su familia la apoya para que usted siga un plan de alimentación?

¿Su familia la apoya para que usted realice actividad física?

¿Su familia la apoya para que usted se integre a un grupo de pláticas de autocuidado?

¿Su familia la apoya cuando se siente triste?

¿Qué hábitos de salud familiares ha cambiado para mantener controlada su enfermedad?

¿Cómo se siente de salud en comparación a otras etapas de la vida?

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 2**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Monterrey, Nuevo León a _____ de _____ de _____

Por medio de la presente me permito informar que actualmente se realiza un trabajo de investigación titulado “Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas de riesgo coronario en adultos mayores”. Para llevar a cabo este trabajo de investigación es preciso realizar algunas entrevistas a mujeres adultas mayores. Por este motivo, me gustaría contar con su participación.

Cabe destacar que la información que usted proporcione será confidencial. En caso de tener alguna duda a lo largo de la investigación será resuelta en su momento.

Firma de consentimiento: _____

MC. Bárbara Lizeth Cuevas Muñiz
Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano
Universidad Autónoma de Nuevo León.

