



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

Maestría en Medicina Social

Intervención nutricional para adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 del programa de atención domiciliaria “El Médico en tu Casa”: la experiencia situada del personal de nutrición de la CDMX.

Tesis presentada por

Anayely González Luis

Para obtener el grado de Maestría en Medicina Social

Directora:
Doctora Soledad Rojas Rajs

Comité Tutorial
Doctor Edgar Carlos Jarillo Soto
Maestra Esperanza Uribe Álvarez
Maestra María Ángeles Villanueva Borbolla

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL.....	4
1.1. La Diabetes Mellitus tipo 2 en México.....	4
1.2. Desigualdad y Diabetes Mellitus tipo 2.	6
1.3. La noción de factores de riesgo en salud.....	9
1.4. La visión de la Medicina Social en el proceso salud-enfermedad-atención.....	11
CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL	14
2.1. El sistema de salud en México.....	14
2.2. Panorama de la atención en salud de la Ciudad de México	16
2.3. Los adultos mayores como beneficiarios de atención en salud	22
2.4. La atención médica domiciliaria como estrategia de atención al proceso salud-enfermedad	24
2.5. El Médico en tu Casa	27
2.6. La intervención nutricional	34
2.6.1. Experiencias de la intervención nutricional en adultos mayores con diabetes	36
CAPÍTULO 3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA.	38
3.1. La intervención nutricional como objeto de conocimiento	38
3.2. Pregunta de investigación y objetivos	39
3.3. Diseño de la investigación	40
3.4. Estrategia Metodológica.....	41
3.7. Criterios de selección.....	45
3.8. Análisis de la información	47
3.9. Consideraciones éticas	48
3.10. Las entrevistas	48
CAPÍTULO 4 RESULTADOS	50
4.1. Tensiones y contradicciones entre el diseño conceptual y la implementación de la intervención nutricional en domicilio.....	52
4.1.1. Las funciones desde el diseño conceptual de la intervención nutricional en domicilio.....	52

4.1.2. Las funciones desde la implementación de la intervención nutricional en domicilio.....	57
4.2. Barreras y limitaciones al implementar la intervención nutricional en domicilio.....	61
4.3. Estrategias de acción que se desarrollan para realizar la intervención nutricional en domicilio.....	71
4.4. Ventajas de llevar a cabo la intervención nutricional en domicilio.....	77
4.5. Percepción de los resultados obtenidos en los adultos mayores que viven con diabetes a través de la intervención nutricional en domicilio.....	79
4.6. Visión de las nutricionistas sobre la intervención nutricional en domicilio...	83
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	87
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA.....	102
ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	104

AGRADECIMIENTOS

Mientras haya lo que hubo ayer, lo que hay hoy, lo que venga. – Pedro Salinas

Mis agradecimientos para todas aquellas personas que me acompañaron en este proyecto.

A mi familia, por permanecer siempre a mi lado a pesar de la distancia. A mi amada madre, por su amor incondicional y por enseñarme siempre lo importante de la gratitud ante la vida, por ser mi fortaleza. A mi padre por siempre confiar en mí y apoyar mis decisiones, por enseñarme a trabajar por lo que quiero. A mis hermanos por las peleas tontas, las bromas, las risas, las lágrimas, por tenerlos junto a mí. Aprender de la vida ha sido maravilloso con ustedes.

A Sonny, por ser luz en mis momentos de oscuridad, por las risas juntos, por acompañar mis días, aunque en ellos haya lágrimas, por motivarme y guardar mis secretos.

A mis queridas compañeras y amigas de la maestría, en especial a San y a Dam, gracias por todos los momentos compartidos, momentos muy felices, por enseñarme tanto de lo bueno de la vida.

A Yaz y Tere, por estar siempre presentes y mostrarme la fuerza que tenemos las mujeres. A Eren, por compartir conmigo la pasión por la profesión y siempre confiar en mis cualidades de nutricionista, de amiga. A Nes, por sembrarme la espinita y confiar en que lo lograría.

A todos los profesores de la Maestría, por compartir sus conocimientos, en especial a Sol, por confiar en este proyecto y en mí, por sus enseñanzas y consejos más allá de lo académico. A Espe, por no soltarme y estar al pendiente.

A mis compañeros y amigos del programa, por el trabajo juntos, la convivencia, las risas y el gran apoyo. A Miriam por el apoyo y la confianza, a Sergio por siempre escucharme y tomarme en cuenta.

Y por supuesto a las bellas flores que convencidas de la importancia de su quehacer profesional compartieron sus experiencias, gracias por colaborar en la visibilización de la profesión como objeto de conocimiento, gracias por dar tanto a las personas que atienden. ¡Tenemos mucho que hacer!

INTRODUCCIÓN

La presente investigación estudia la experiencia del personal de nutrición del Programa “El Médico en tu Casa”, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, al implementar la intervención nutricional en adultos mayores que viven con diabetes tipo 2. La investigación se realizó a partir del análisis cualitativo de entrevistas que se sostuvieron entre mayo y julio de 2019 con las nutriólogas de “El Médico en tu Casa”.

La tesis se inscribe en el campo de la Medicina Social y la Salud Colectiva, ya que su objeto de estudio se vincula, por un lado, con la determinación social del proceso salud-enfermedad de los adultos mayores de la Ciudad de México; por otro, con la respuesta social organizada en salud, en este caso, un programa de atención domiciliaria para atender a población vulnerable a la que se le dificulta acudir a un centro de salud. Especialmente, a adultos mayores, quienes tienen enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) representa para México un grave problema de salud pública, pues es la segunda causa de muerte nacional, una de las primeras causas de discapacidad y pérdida de años de vida saludable, y su prevalencia se ha duplicado en los últimos 15 años.

Para atenderla y controlarla, se han creado diversas estrategias de prevención y tratamiento desde el sistema de salud. Dichas estrategias se suscriben bajo el “paradigma preventivo”, que responsabiliza al individuo sobre las conductas que toma alrededor de su salud, como elección de alimentación saludable y realización de actividad física.

Para la nutrición, uno de los pilares del tratamiento de la DM2, es educar para propiciar una elección saludable de alimentos y una vida más activa, bajo el supuesto que se trata de decisiones individuales. Sin embargo, desde la Medicina Social, la DM2 debe ser entendida en un contexto amplio de transformación de los procesos de producción y consumo, de modificación de los patrones de consumo y

de los modos de vida, por lo que las políticas de atención deben contemplar, no sólo los aspectos biomédicos y la responsabilidad del individuo; sino tomar en cuenta los modos en que la salud y la enfermedad se presentan en diferentes contextos sociales y culturales.

Se reconoce la mayor prevalencia de DM2 en adultos mayores de 60 a 69 años, sector de la población al que se le considera grupo vulnerable, por el proceso de envejecimiento, las condiciones de vida precarias y el desigual acceso a los servicios públicos, entre ellos la atención en salud.

En la Ciudad de México, se implementó a partir del 2016, el programa de atención domiciliaria “El Médico en tu Casa”, centrado en el primer nivel de atención, como respuesta a la problemática de atención de población vulnerable con dificultad para acceder a unidades de salud.

Entre las atenciones que provee el programa se incluye la intervención nutricional. Las nutricionistas se enfrentan a diario con la realidad de las condiciones de vida de esta población vulnerable. Estas experiencias han permitido identificar obstáculos e inconvenientes para llevar a cabo el “paradigma preventivo” en el tratamiento de la DM2, por ello esta investigación da a conocer las estrategias y adaptaciones de las nutricionistas para implementar el programa.

La estructura del documento es la siguiente: en el capítulo 1, se muestra el marco conceptual que incluye el panorama epidemiológico de la DM2 en México y cómo afecta a los adultos mayores, la desigualdad y la DM2, la noción de factores de riesgo bajo la que intervienen los programas de prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónico degenerativas, así como la visión de la Medicina Social sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad.

En el capítulo 2, se describe el marco referencial, donde se expone el panorama general de atención en salud en la Ciudad de México, las características de los adultos mayores en México y las experiencias entorno a la atención domiciliaria y la intervención nutricional del Programa El Médico en tu Casa. También se aborda el papel de la intervención nutricional en el tratamiento de la DM2, así como la limitada

formación académica en nutrición sobre temas de las ciencias sociales, necesarios para entender y atender las enfermedades relacionadas con el acceso y disponibilidad de alimentos.

La metodología utilizada se desarrolla en el capítulo 3, donde se expone la pertinencia de la investigación cualitativa, a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas, como el mecanismo de contacto con las nutricionistas, los criterios de selección, para culminar con el análisis de la información y las consideraciones éticas de la investigación.

Los resultados arrojados por las entrevistas se muestran en el capítulo 4, y se agrupan de acuerdo a los objetivos planteados: 1) tensiones y contradicciones entre el diseño conceptual y la implementación de la intervención nutricional en domicilio, 2) barreras y limitaciones al implementar la intervención nutricional en domicilio, 3) estrategias de acción que se desarrollan para realizar la intervención nutricional en domicilio, 4) ventajas de llevar a cabo la intervención nutricional en domicilio y 5) percepción de los resultados obtenidos en los adultos mayores que viven con diabetes tipo 2 a través de la intervención nutricional en domicilio.

El capítulo 5 corresponde a la discusión de los resultados, en donde se advierte el pensamiento de la Medicina Social, en las reflexiones que emanan de los testimonios de las nutricionistas desde el diseño conceptual de su trabajo como la realidad que enfrentan al visitar a cada adulto mayor que vive con diabetes.

Finalmente, en el capítulo 6 se exponen las conclusiones de la presente investigación, en torno a la revisión de la intervención nutricional como objeto de conocimiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva.

CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. La Diabetes Mellitus tipo 2 en México.

La Diabetes Mellitus tipo 2, se define como un síndrome caracterizado por hiperglucemia, que a su vez es crónica, incurable, irreversible y progresiva; y conduce a complicaciones crónicas, con potencial de producir invalidez y muerte (ADA, 2018), que afecta la calidad de vida no sólo de quien vive con esta condición sino también de su entorno familiar y social.

En México la prevalencia de DM2 no sólo ha aumentado, de 4.6 % en 2000 a 9.4% en 2016 (Shamah-Levy, 2016) (Jiménez, 2012) sino que, en comparación con otros países de Latinoamérica, de igual o mayor prevalencia, México presenta la tasa de mortalidad más alta y mayor pérdida de años de vida por DM2 (Agudelo-Botero, 2015).

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, ENSANUT MC 2016, la mayor prevalencia se observa entre los hombres de 60 a 69 años y las mujeres de este mismo rango de edad (27.7 vs 32.7%) (Shamah-Levy, 2016). Este dato resulta relevante, pues representa la transición demográfica que vive el país, ya que este sector representa el 7.2 % de la población y se mantiene en crecimiento (CONAPO, 2006).

Además, la ENSANUT MC 2016, señala que a pesar de que el 87.7% de los adultos con diabetes recibe algún tratamiento para el control, el 46.4 % de ellos no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones (Shamah-Levy, 2016).

Cabe señalar que tanto en la ENSANUT MC 2016, como en otros estudios, se ha descrito que la diabetes es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones, lo que demanda atención médica y tratamientos especializados, que significan un gasto importante tanto para el paciente como para su familia. (Moreno-Altamirano, 2014) (Rull, 2005).

En lo que respecta a la Ciudad de México, en 2015, se realizó el estudio Cities Changing Diabetes, el cual señala que 13.9% de los adultos presentaban DM2, el 14% de personas con diagnóstico no recibe atención y el 75 % de los que la reciben no alcanzan los objetivos del tratamiento (Cities Changing Diabetes, 2016).

Según datos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, la diabetes se mantiene como la segunda causa de muerte desde el año 2000, incluso la tasa de mortalidad por diabetes es mayor que la nacional; para 2015 83.2 vs 81.4 por cien mil habitantes, respectivamente y para el caso de los adultos mayores no es diferente, la DM2 ocupa la segunda causa de mortalidad para este grupo de edad (Tabla 1) (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2016a).

Tabla 1. Principales causas de mortalidad en la Ciudad de México para hombres y mujeres, en el grupo de edad de 65 años y más (2015)

No	Causa	Defunciones Total 62 230
1	Enfermedades del corazón	14 678
2	Diabetes Mellitus	10 235
3	Tumores malignos	8 334
4	Enfermedades cerebrovasculares	3 039
5	Enfermedades del hígado	2 979

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas; Estadísticas Vitales

La DM2 representa un grave problema de salud pública, lo que se traduce en un reto para la creación de políticas públicas efectivas de prevención y tratamiento.

1.2. Desigualdad y Diabetes Mellitus tipo 2.

Como se aprecia en el apartado anterior, la DM2 representa un desafío para los servicios de salud, y por ello es importante considerar el contexto bajo el cual se desarrolla. Saber qué procesos viven aquellos a quienes afecta más y el por qué.

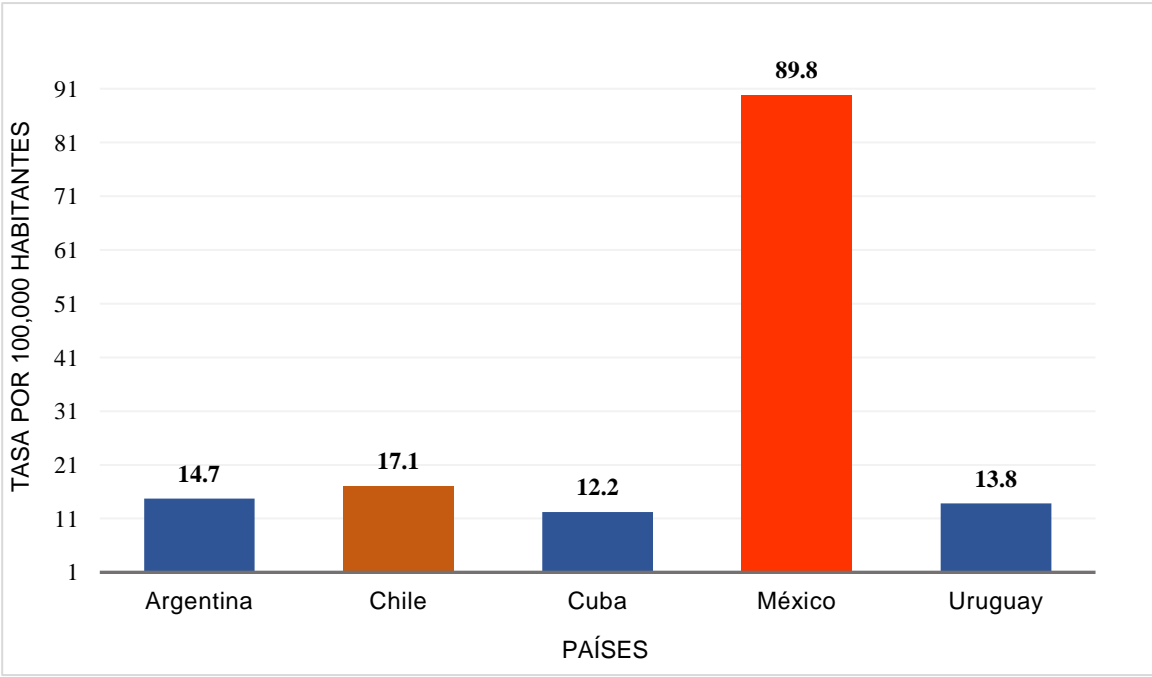
Existe evidencia de que las condiciones adversas de vida y de trabajo, aceleran la aparición de enfermedades crónicas como la DM2, con mayor morbilidad y mortalidad en poblaciones que se consideran social y económicamente vulnerables o en situación de pobreza (Marmot, 2015).

La OMS, reconoce en su Informe Mundial sobre la Diabetes, que ésta se ha incrementado en los países con mayores índices de pobreza y en los países centrales, los grupos en los que se registra mayor desigualdad social, cultural y económica (OMS, 2016).

Sin embargo, entre países de la misma región se pueden apreciar ciertas diferencias, como en el caso latinoamericano, respecto a la comparación entre prevalencia y mortalidad de DM2. En una revisión realizada por (Rojas-Rajs y Tetelboin, 2019), se puede apreciar que Chile, Uruguay, México, Argentina y Cuba presentan una prevalencia similar de DM2 de 11.4, 11.1, 10.4, 10.2 y 10.2 respectivamente, contra diferencias importantes en la tasa de mortalidad por DM2, destacando que México presenta la mortalidad más alta del grupo, en una proporción de 5:1 respecto a los otros 4 países (Gráfica 1).

A pesar de que los indicadores asociados a la DM2, como presencia de sobrepeso y obesidad son similares, se destaca que la atención en salud es desigual entre los países. Pues la mortalidad es menor en países como Cuba y Uruguay, donde hay mayor cobertura y acceso a los servicios de salud para las personas con diabetes, situación que no es igual en México, cuya cobertura depende del tipo de aseguramiento y la capacidad de pago de la población (Rojas-Rajs y Tetelboin 2019).

Gráfica 1. Tasa de mortalidad por diabetes en 5 países de América Latina con alta prevalencia, (2016)



Fuente: Datos de OPS, 2016 en Rojas-Rajs y Tetelboin, 2019.

Entonces, los servicios médicos se ofrecen de manera estratificada, de acuerdo a la posición socioeconómica de la población, de manera que aquellos que tienen una posición socioeconómica baja recurren a los servicios públicos. Es aquí donde se enfrentan a personal de la salud que no necesariamente está sensibilizado en cuanto a las desigualdades sociales y económicas que viven, y que no se pueden

modificar para adoptar las conductas saludables que son recomendadas para el control de la DM2 (Ortiz, et. al. 2015).

No podemos omitir, que también como resultado de la desigualdad social y económica, se han transformado los modos de vida, existen cambios en las dinámicas laborales y reorganización del trabajo doméstico, compresión del espacio tiempo en la vida cotidiana de los entornos urbanos y una marcada transición alimentaria, modelada en gran medida por los medios de comunicación, procesos que se han asociado al incremento de la DM2 en México (Medina y López, 2010).

Tal como lo mencionan López y Blanco (2003), las desigualdades sociales son síntesis de relaciones antagónicas y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase social, género, etnia/origen y generación y otros.

Así en países como México, la posición socioeconómica, afecta la totalidad de las condiciones de vida, es decir, la ubicación social de los grupos determina las oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades del ser humano como la salud (Ortiz, et. al. 2015).

Como se puede apreciar las desigualdades sociales y económicas, entre ellas el acceso desigual a la atención en salud, es determinante para el curso de la DM2, por ello se han creado programas focalizados como El Médico en tu Casa, que busca llevar servicios de salud al domicilio de adultos mayores que viven con diabetes y que no tienen acceso a la seguridad social o cuya capacidad de pago es limitada, sin embargo es importante mencionar que aunque este tipo de programas puede mejorar la supervivencia y algunos aspectos de la salud física, no contribuyen a disminuir la desigualdad en salud y se requieren cambios estructurales desde la política pública.

Es así como frente a la atención de la DM2, se pueden mirar dos perspectivas, la de factores de riesgo y la de la Medicina Social.

1.3. La noción de factores de riesgo en salud.

La Epidemiología se enmarca en el ámbito médico como parte de la Salud Pública, y tiene como objetivo la descripción y explicación de la salud poblacional, a través de la investigación de la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud, así como las consecuencias de éstas y la evaluación de la eficacia y efectividad de las estrategias adoptadas para su atención (Hernández-Ávila, 2000).

Esta ciencia presenta un desarrollo histórico conceptual importante, cuya premisa fundamental es la distinción de las condiciones que pueden ser calificadas como las “causas” de las enfermedades y como casi todas las ciencias de la salud, adopta una metodología positivista (López-Moreno, 2000). Así, la Epidemiología distingue las categorías de agente causal y factor de riesgo. El primero se refiere a cualquier factor, condición o característica, cuya supresión elimina la posibilidad de que se produzca el efecto, en este caso la enfermedad; mientras que el factor de riesgo es aquel susceptible de ser modificado, y que sin ser causa propiamente, puede favorecer que el agente causal actúe (Silva, 2005), tal como el sedentarismo considerado como factor de riesgo para presentar obesidad y con ello diabetes.

Durante la segunda mitad del siglo XX, en el contexto de las enfermedades no transmisibles, surge la metáfora de la “caja negra”, donde los agentes de exposición se mezclan con los eventos de interés sin explicación de la patogénesis específica (Hernández-Girón, 2012). Se considera que el peso de cada agente causal o factor de riesgo, depende de la cercanía con su efecto aparente dentro de una red intrincada de causas para cada padecimiento, así pues, la epidemiología debe enfocarse en la ruptura de esa red causal, para la identificación de esos factores en los que se puede intervenir de manera efectiva y evitar la aparición de la enfermedad.

Por lo que, su principal ventaja es la posibilidad de aplicar medidas correctivas y eficaces, aún sin conocer del todo los mecanismos etiológicos, a partir de estudios sobre hábitos de vida, estilos de vida y comportamiento, identificando justamente los llamados factores de riesgo (López-Moreno, 2000; Hernández-Girón, 2012).

Desde tal perspectiva, la diabetes, se ubica dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles, cuyos principales factores de riesgo son la presencia de obesidad, el sedentarismo, la historia familiar de diabetes, consumo de grasas saturadas, entre otros (ADA,2018).

El diseño de las estrategias para su prevención y atención, se fundamenta en la modificación del estilo de vida, definido como “el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tienen un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud” (Lalonde, 1996) esto incluye la educación hacia un cambio: una dieta saludable, realizar actividad física, mantener el peso adecuado y no fumar; ya que ha demostrado resultados en grupos de riesgo, más efectivos que el uso de medicamentos. (OMS, 2005). Sin embargo, tomando en cuenta que la mortalidad es mayor en países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos (Connolly, 2006), cabe preguntarse cómo es que la población de estos países, puede adaptarse a estas medidas preventivas.

La epidemiología da cuenta de la aparición de una enfermedad, de acuerdo a la presencia de factores de riesgo que hacen más probable su aparición, sin tomar en cuenta los procesos sociales y estructurales que están inmersos. La epidemiología privilegia las nociones empíricas referentes al dato y a la demostración de las asociaciones causales directas e individualizadas, la explicación causal es siempre experimental (Breilh, 2003).

Como lo señala Breilh, a la epidemiología, le es imposible explicar la relación entre el sistema social, los modos de vida y la salud, debido a su explicación reduccionista y fragmentaria de la realidad, a la primacía absoluta de la asociación causa-efecto aplicado a los factores de riesgo, a la reducción de la noción de exposición/vulnerabilidad a un problema individual y de naturaleza probabilística y a la separación del sujeto de su ambiente, de su mundo (Breilh, 2013). De igual manera, como lo menciona Almeida- Filho, el riesgo, como objeto-modelo de la Epidemiología, se constituye como un objeto intermediario, cuya función es la unión entre campos del conocimiento en salud y dar cuenta de la laguna que existe entre

lo individual y lo colectivo, sin hacer referencia exacta a la relación entre ambos (Almeida-Filho, 2000).

Al no comprender en profundidad el llamado metabolismo sociedad-naturaleza y su impacto en la salud, resulta imposible conocer la sociedad y con ello transformarla (Breilh, 2013), entendiendo a la salud, más allá del reduccionismo y determinismo biológico, el primero entendido como la suma de los comportamientos individuales que configuran a la sociedad y el segundo como la explicación de la naturaleza y comportamiento humano determinado por los genes (Lewontin, 1991).

Bajo la noción de factores de riesgo, se entiende que la hiperglucemia que caracteriza a la DM2, es causada por la predisposición a ciertos factores de riesgo, entendidos como las conductas inadecuadas dentro de un estilo de vida poco saludable, como el consumo de alimentos considerados “chatarra”, por su alta densidad calórica y pobre aporte nutrimental, y la falta de actividad física, que puede desencadenar sobrepeso y obesidad, asociados con el desarrollo de DM2. Sin embargo, no se considera el papel de los procesos sociales que enmarcan los modos de vivir de la población y su determinación en la trayectoria de la enfermedad.

1.4. La visión de la Medicina Social en el proceso salud-enfermedad-atención.

La concepción del proceso salud-enfermedad-atención, desde la visión de la Medicina Social y la Salud Colectiva, reconoce el carácter social del proceso salud-enfermedad, es decir, como el resultado de las complejas interacciones entre lo biológico, lo histórico, lo económico, lo cultural y lo político (Laurell, 1982); ello permite superar la noción de causalidad y factores de riesgo.

La OMS, a través de la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en 2007, reconoce la relación entre lo social y la salud, y denuncia las desigualdades que existen. Definiendo a los determinantes sociales de la salud, como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; que surgen como el resultado de la

distribución del dinero, el poder y los recursos (CDSS-OMS, 2007). Esta conceptualización, se basa en la sociología funcionalista y señala que las diferencias entre los grupos sociales y la manera en la que viven, son resultado de la relación entre escolaridad, ocupación e ingreso, por lo que se privilegia el campo de las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, para atender las desigualdades en salud (Cabrera, 2011).

Sin embargo, para abordar la determinación social del proceso salud- enfermedad, es necesario considerar el carácter dialéctico de las relaciones “social-biológico” y “sociedad-naturaleza”, sin recaer en el determinismo biológico o social, pues tanto la historia de la naturaleza y la historia de los seres humanos se condicionan recíprocamente, la determinación social debe ser entendida como un movimiento complejo y no lineal (Breilh, 2003).

El carácter social del proceso salud-enfermedad, responde a los siguientes componentes: 1) la jerarquización del proceso, es decir, los procesos biológicos subsumidos al nivel social, sin la separación de lo individual y lo colectivo; 2) la historicidad que asume y su relación con el modo de apropiarse de la naturaleza, desde sus formas históricas específicas en sí mismo (Laurell, 1994). Así, el modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo determinadas formas de relación y organización social se harán evidentes en la corporeidad y la psique de los colectivos como salud o enfermedad, entendidos como momentos inherentes al ciclo vital humano (Laurell, 1982).

Desde la Medicina Social y la Salud Colectiva, la determinación social de la salud corresponde a los procesos complejos en los que la sociedad se organiza para producir, distribuir y consumir, que resultan en desigualdad social, pues expresan la contradicción histórica existente entre la producción colectiva, la propiedad privada e inequitativa apropiación de la riqueza (López, 2004; 2008). Estas dimensiones estructurales se expresan en determinantes sociales que modelan la calidad de vida y generan los patrones de salud-enfermedad de los colectivos, lo que se denomina “perfil epidemiológico” (Breilh, 2003).

Así la diabetes está socialmente determinada por el entorno social (económico, cultural, histórico y político), así como por las acciones de salud que se toman para su manejo. Por ello es importante, el reconocimiento de los procesos sociales que son generadores de desigualdades en salud y su papel en la producción de la diabetes. La expresión de esta determinación incluye los modos y condiciones de vida, pero también el acceso a la atención en salud y el sistema de salud.

Entendida de esta manera, la determinación social de la diabetes debe ser considerada para la planificación de políticas públicas que puedan reducir la desigualdad; así como en la implementación de programas en salud, que vayan más allá de la identificación de lo social como factor de riesgo y más bien pensar en la modificación de las estructuras sociales que son productoras de enfermedades crónicas como la diabetes (Medina y López, 2010).

CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL

2.1. El sistema de salud en México

El sistema de salud mexicano, diferencia principalmente dos sectores: el sector público y el sector privado. El sector público comprende la seguridad social de los trabajadores del sector formal de la economía, representado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR).

El financiamiento de la seguridad social, en el caso del IMSS, es a partir de contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y contribuciones de los empleados; para el caso de ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR se financia por el gobierno mismo (Laurell, 1997; OPS, 2002).

También, se brinda atención a la población abierta, es decir a aquella que no tiene seguridad social laboral, a través de la Secretaría de Salud (SSA) y los Servicios Estatales de Salud (SES), estos operan en áreas urbanas y rurales de todo el país. (Laurell, 2007).

Importante mencionar que, tras las propuestas sobre pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997), que argumentan en favor de la articulación de los servicios de salud privados con un esquema público y la propuesta de un modelo de sistema de salud con cambios en el concepto de derecho a la salud, para orientarlo a la protección, en 2003 se aprueba la reforma constitucional para incluir el derecho a la protección de la salud, y se genera un sistema de aseguramiento para la población sin cobertura de seguridad social. Así, se pone en marcha el Sistema de Protección Social en Salud y su operatividad a través del Seguro Popular, a partir de enero de 2004.

El Seguro Popular, pretendía alcanzar la “cobertura universal” de atención en salud; sin embargo, esta se limita a un paquete explícito de intervenciones denominado Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), consta de 272 intervenciones y los medicamentos correspondientes, además de cinco intervenciones de gasto catastrófico y 18 intervenciones complejas para niños.

Uno de sus problemas, es la falta de infraestructura y recursos humanos, particularmente en los estados de la república con mayor rezago económico, tomando en cuenta que es la SSA y los SES, quienes tienen que prestar dicha atención. (Laurell y Ronquillo, 2010).

La SSA y los SES se financian con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales, además de las cuotas de recuperación, que en pequeñas cantidades pagan los usuarios al recibir la atención. El gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares financian al Seguro Popular (Contreras, et.al., 2017).

Tras la elección del actual presidente de México, el Lic. Andrés Manuel López Obrador, se plantea garantizar el derecho a la salud universal, por lo que, en octubre de 2019, se anunció la desaparición del Seguro Popular y se propone crear el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), a través del cual se buscará otorgar atención en salud a la población que no cuente con derechohabiencia, eliminando el “cuadro de básico de medicamentos”. (SSA, 2019)

Por otro lado, se tiene el sector privado, que es ofertado a la población con capacidad de pago y se financia con la venta de los servicios y con las primas de los seguros médicos privados, ofrecidos en consultorios, clínicas y hospitales privados (Laurell, 2007); sin dejar de lado, que éstos pueden ser desde el consultorio médico en zonas populares hasta servicios de alta tecnología que ofrecen las corporaciones médicas (Granados y Ortiz, 2003), éstos funcionan en un contexto poco supervisado y con precios variables (OPS,2002).

De manera general, se puede ver que el sistema de salud en México, se encuentra fragmentado entre los servicios que se ofertan a aquellas personas que cuentan con un trabajo formal y tienen acceso a una seguridad social y aquellos servicios que se ofrecen a la población sin trabajo formal y por ende sin alcance a la seguridad social.

Como se puede apreciar el Sistema de Salud en México, como respuesta social organizada, frente a la problemática de la diabetes, se encuentra altamente fragmentado y es la población que no cuenta con acceso a los servicios de salud la que se encuentra más afectada ante la necesidad de mantener los altos costos del tratamiento, ya sea a través de medicamentos o por la modificación de estilos de vida.

2.2. Panorama de la atención en salud de la Ciudad de México

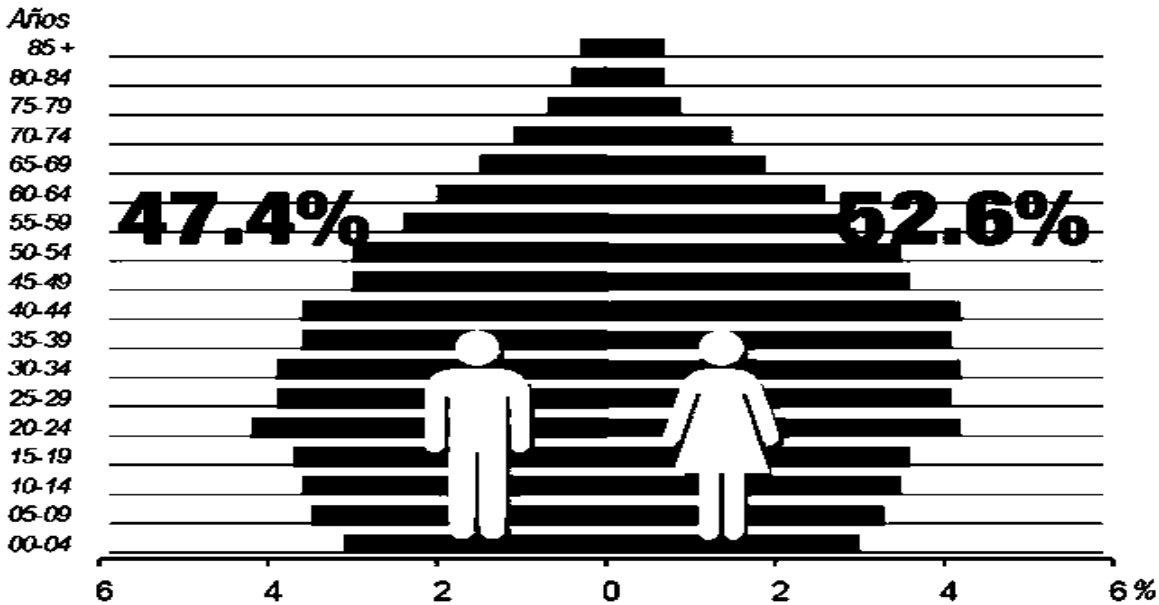
Después de la reforma a la Constitución Mexicana promulgada por el ejecutivo en enero de 2016, la capital de México, antes conocida como Distrito Federal y ahora denominada Ciudad de México, pasa a ser un Estado más de la República Mexicana, con autonomía para configurarse política y administrativamente. Ahora, la capital posee su propia Constitución, se eliminó la figura política de las delegaciones para ser alcaldías, existirá un Congreso Local en lugar de la Asamblea Legislativa, la Ciudad de México estará obligada a vigilar los recursos federales que se ejerzan o administran en las demarcaciones territoriales; sin embargo, el Gobierno Federal mantendrá la responsabilidad del financiamiento a la educación y a los servicios de salud (GOCDMX, 2017; FORBES, 2016).

La Ciudad de México se mantiene con la concentración de los poderes federales y es la entidad federal con mayor concentración de servicios de salud de México y desde 1997 con la posibilidad de elección de autoridades locales, queda manifiesto el interés de los gobiernos locales por proteger la salud de sus habitantes; mismo que se concreta en un conjunto de reformas legales que transforman la

institucionalidad pública y posibilitan políticas de atención a la salud en la lógica de garantizar derechos. (López, Medina y Blanco, 2016).

El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) en el 2015, refiere que la Ciudad de México cuenta con una población de 8,918,653 habitantes, lo que representa el 7.5% de la población del país. Dónde, el 52.6% son mujeres y el 47.4% son hombres. (Figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional de la Ciudad de México, 2015



Fuente: INEGI. Encuesta intercensal 2015

La tasa de mortalidad ha presentado variaciones, al comparar las cifras de 1997 y 2015, se observa un aumento de 545.6 a 671.8 por cien mil habitantes. Para el mismo periodo, la mortalidad infantil disminuye 23.4 a 12.5 por mil nacidos vivos, igual ocurre con la etapa preescolar y la escolar 65.4 a 43.6 y 29.1 a 21.1 por cien mil respectivamente, la población productiva aumento de 305.8 a 332.4 por cien mil

habitantes, la postproductiva disminuyó 5343.4 a 4585.5 por cien mil y finalmente la mortalidad materna también ha disminuido de 56.6 a 44.3.

En lo que respecta a las principales causas de muerte, las enfermedades del corazón han sido la primera causa de muerte en la capital, desde 1980 y se mantiene así hasta lo reportado en 2015, seguido de la diabetes que permanece en segundo lugar desde el año 2000 y también desde ese año los tumores malignos ocupan el tercer lugar.

Se muestra una disminución en la ubicación de los accidentes como causa de muerte, de estar en la cuarta posición en 1980 para 2010 y 2015 se encuentra en el octavo lugar.

Por otro lado, las principales causas de consulta externa en los hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en 2016, son las siguientes: factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (22.58%), trastornos mentales y del comportamiento (12.63%), traumatismos y envenenamientos (10.16%), infecciones y otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (7.6%) y enfermedades de otras partes del aparato digestivo (6.28%) (Secretaria de Salud de la Ciudad de México, 2016a).

A esto hay que agregar el crecimiento de la población de adultos mayores, en el país, siendo la Ciudad de México una de las entidades con mayor concentración de esta población, se estima que para 2030 será el 14% de la población total (CONAPO,2010), esto representa un reto para el sistema de salud, considerando el aumento en la presentación de enfermedades crónico degenerativas como principales causas de muerte y discapacidad y las profundas desigualdades de accesibilidad a los servicios de salud, entre otras circunstancias.

A pesar de que las necesidades de los adultos mayores puedan tener aspectos similares, debe considerarse las diferencias entre las alcaldías -antes delegaciones- en el contexto de los cambios generados por la metropolización (Negrete, 2003).

Ahora bien, el 78.49% de la población está afiliada a algún servicio de Salud, (IMSS el 46.19%, para el ISSSTE 15.66%, al servicio médico militar el 1.46%). El seguro

popular tiene 28.7% de la población y la población sin ningún servicio de atención médica es del 20.78% (INEGI,2015).

La atención en salud correspondiente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se brinda a través del primer y segundo nivel de atención; es decir atención primaria-preventiva y atención hospitalaria respectivamente.

El primer nivel de atención se encuentra conformado por Centros de Salud y Clínicas de Especialidades.

Los centros de salud se clasifican en centros T-I, T-II y T-III. Los T-I son los de menor tamaño, conformados por un módulo de atención (médico y enfermera), tienen una cobertura aproximada de 3,000 a 6,000 habitantes, la mayoría están localizados en colonias de mediana y alta marginalidad.

Los T-II tienen una cobertura de 6,001 a 18,000 habitantes, tienen de 4 a 6 consultorios, donde además de la consulta general puede haber consulta psicológica o bucal.

Los T-III tienen una cobertura de 18,001 a 42,000 habitantes, pueden tener hasta 18 consultorios y cuentan con consulta general, consulta odontológica, consulta psicológica, consulta de nutrición, farmacia, laboratorios de análisis clínicos y estudios de rayos X.

Las clínicas de especialidades ofrecen consulta de salud mental, ortopedia, dermatología, gastroenterología, cardiología, pediatría, oftalmología, otorrinolaringología, ultrasonido o urología.

De ideal manera, es importante resaltar que se cuenta en el primer nivel, con dos Clínicas Especializadas en el Manejo Integral de la Diabetes y dos Clínicas de Geriatría.

Como parte del primer nivel de atención, se cuenta con la atención domiciliaria a través del programa El Médico en tu Casa, que se ofrece a la población que no puede desplazarse a las unidades médicas. Este programa otorga consulta médica e intervenciones en psicología, odontología, nutrición, terapia física, trabajo social y

promoción de la salud. El personal operativo se encuentra concentrado en los centros T-II y T-III (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2016b).

El segundo nivel de atención se conforma por 1 Hospital de Especialidades, 12 Hospitales Generales, 10 Hospitales Pediátricos y 7 Hospitales Maternos Infantiles.

Si comparamos esta información con el Índice de Bienestar Social (IBS-CDMX)¹ por alcaldía de la Ciudad de México (EVALUA-CDMX, 2016), nos podemos percatar de lo heterogénea que es la distribución de unidades de atención de primer y segundo nivel de atención.

Una de las dimensiones del IBS-CDMX, es la salud, para la que se consideró el porcentaje de la población sin rezago a los servicios de salud; sin embargo, hay que anotar que esta definición considera que una persona no tiene rezago en el acceso a los servicios de salud si se encuentra afiliada o inscrita para recibir servicios de salud ya sea públicos o privados.

De acuerdo al Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (EVALUA-CDMX), el porcentaje de acceso a servicios de salud en las Delegaciones oscila entre 77% y 85%, mientras que el promedio en la CDMX es de 81%. Azcapotzalco se perfila como la delegación con mayor acceso (85%), mientras que Tlalpan, Iztapalapa, Xochimilco y Cuauhtémoc como las más bajas (77%) (EVALUA-CDMX, 2016).

En la Tabla 2, se puede observar que existen diferencias importantes entre el número de unidades de salud, sobre todo de centros de atención de primer nivel T-III, entre aquellas que tienen un IBS alto contra las que tienen uno bajo.

¹ Considera 11 dimensiones, que son: educación, seguridad social, salud, ingreso, alimentación, condiciones del hogar, bienestar subjetivo, redes sociales de apoyo, uso de la tecnología, acceso a la cultura y a la recreación y calidad del entorno físico (EVALUA-CDMX, 2016).

Tabla 2. Índice de Bienestar Social por alcaldía y número de unidades de primer y segundo nivel.

Alcaldía	IBS-CDMX	Centros de Salud T-I	Centros de Salud T-II	Centros de Salud T-III	Clínicas de Especialidades	Unidad Hospitalaria
Álvaro Obregón	Alto	7	4	8	0	1
Azcapotzalco	Muy alto	9	2	3	1	2
Benito Juárez	Muy alto	2	0	2	0	1
Coyoacán	Muy alto	5	4	3	2	1
Cuajimalpa	Medio	7	0	2	0	0
Cuauhtémoc	Alto	1	0	5	6	2
Gustavo A. Madero	Medio	13	7	5	0	5
Iztacalco	Alto	0	1	4	1	1
Iztapalapa	Medio	7	3	10	7	4
Magdalena Contreras	Medio	6	2	1	0	1
Miguel Hidalgo	Muy alto	0	0	5	2	3
Milpa Alta	Bajo	3	4	1	2	1
Tláhuac	Bajo	3	7	2	1	1
Tlalpan	Bajo	8	4	5	0	1
Venustiano Carranza	Alto	4	5	4	1	3
Xochimilco	Bajo	6	4	3	0	1

Elaboración propia con información tomada de Índice de Bienestar Social de la Ciudad de México (EVALUA-CDMX, 2016) y de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

2.3. Los adultos mayores como beneficiarios de atención en salud

Según la OMS, la proporción de adultos mayores de 60 años está aumentando más rápido que cualquier otro grupo de edad a nivel mundial. Lo que constituye un reto para la atención en salud de este grupo poblacional, que debe adaptarse a sus necesidades y considerar sus características particulares (OMS, 2014).

El envejecimiento se considera como un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Dichos cambios se dan en la dimensión biológica, psicológica y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente (Manrique-Espinoza, et.al.2013).

Los signos que determinan el envejecimiento de las personas son:

- La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
- La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.
- La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social.

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México, considera a las personas mayores de 60 años como adultos mayores, de acuerdo a lo establecido en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), que en su artículo 3° señala que "...se entenderá por personas adultas mayores, a las que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional". Este criterio es igual al contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, que define como adulto mayor a la persona de 60 años o más (Gutiérrez y Lezama, 2015).

Características del envejecimiento en México

De acuerdo al Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizado con cortes muestrales a partir de 2001 y hasta 2015, uno de los aspectos más importantes en la etapa de adulto mayor es el deterioro de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente disminución de su independencia y la necesidad constante de ayuda. Y las enfermedades que más afectan a esta población en México es la hipertensión arterial, la diabetes y la artritis (Andrade, 2009).

Por otro lado, debido al aumento proyectado del número de adultos mayores en el país, se incrementarán las necesidades de salud para este sector de la población, así como una mayor prevalencia de la dependencia funcional (Barrantes et.al. 2007)

Su importancia se deriva de las consecuencias que conlleva, entre las que destacan las de carácter personal (disminución de autoestima y bienestar autopercebido), las de carácter familiar (cambio de rutinas y relaciones entre integrantes de la familia), la prestación de cuidados especiales, el desgaste emocional y físico del cuidador, la institucionalización y, finalmente las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud (Montes de Oca y Hebrero-Martínez, 2006).

La movilidad residencial del adulto mayor

El envejecimiento es un fenómeno predominantemente urbano, que se caracteriza por una segregación residencial de las viviendas de los adultos mayores en los espacios intraurbanos de alta marginación y con amplias desigualdades sociales.

Como lo mencionan Garrocho y Campos (2014), la mayoría de los adultos mayores enfrentan condiciones económicas precarias y se encuentran altamente apegados a su vivienda, lo que inhibe su movilidad residencial, para mantener la cercanía con sus redes de apoyo familiar.

Así la población de mayores recibe apoyos públicos insuficientes para satisfacer sus necesidades cotidianas (lo que agudizará su condición de vulnerabilidad), y sus

familias, que son su principal soporte, sufren dificultades crecientes para apoyarlos, en parte porque el número de hijos está bajando, en parte porque los hijos disponen de menos tiempo para dedicarlo a sus adultos mayores: sus viviendas se localizan en sitios distantes y los tiempos de transporte pueden ser demasiado largos y costosos (Wong, 2006)

Estas circunstancias, entre otras, limitan el acceso y accesibilidad a los servicios de salud, tanto públicos como privados y representan un gran reto para la atención de los adultos mayores.

2.4. La atención médica domiciliaria como estrategia de atención al proceso salud-enfermedad

La atención domiciliaria como estrategia de atención a aquellas personas que no cuentan con la capacidad de acudir a alguna unidad de salud se ha instaurado en diversos países, como Estados Unidos, Canadá, Brasil, Francia, España, Reino Unido, Holanda, Australia y Taiwán, entre otros.

En primer lugar, la OMS exponía en el “Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca”, la necesidad de establecer servicios y programas centrados en las personas. En ellos se considera la experiencia de Brasil, del Programa de Salud Familiar, basado en visitas domiciliarias involucrando a la comunidad.

En dicho informe se establece que la atención domiciliaria debe ser conceptualizada como “una intervención focalizada que complementa los mecanismos de cobertura universal, además de asegurar la continuidad de la atención...” al brindar la entrega de servicios de salud a personas que por motivos diversos se encontraban sin acceso a ellos (OMS, 2008).

La atención en domicilio surge en Norteamérica, con el personal de enfermería, a través de las Visiting Nursing Association (Kruse et.al. 2015).

En una revisión realizada por Minardi y colaboradores, se muestra cómo es que la atención médica domiciliaria se ha instaurado como modalidad asistencial de salud,

en Estados Unidos, Canadá, España y Reino Unido. Se identifican dos modalidades de atención domiciliaria, el modelo tradicional, que es el más común y en el que no hay continuidad de seguimiento entre el equipo hospitalario y el de primer nivel; y el modelo de atención compartida, donde existe una alianza estratégica entre primero y segundo nivel. (Minardi et. al., 2001).

La atención en domicilio, se define como una actividad del primer nivel de atención, donde es necesaria la comunicación con el nivel hospitalario, incluso se describe en la literatura, que ésta se debe instaurar después del egreso hospitalario, acompañada de la capacitación de la familia y el paciente (Espinel et. al. 2011).

Población beneficiaria

En la mayoría de los países donde se ha instaurado la atención médica domiciliaria, ésta se otorga principalmente a personas que se encuentran cursando una enfermedad crónica avanzada que resulta incapacitante o requiere de cuidados paliativos. (Kruse et.al. 2015; Minardi et.al., 2001; Oliver, et.al., 2008; Carvalho, 2007)

La atención, en general se otorga a adultos mayores, con enfermedades crónicas, con discapacidad o inmovilizados (Revilla y Espinoza, 2003; Espinel et. al. 2011).

Equipo de salud que participa en la atención domiciliaria

En los documentos revisados, los profesionales de la salud que colaboran en la atención domiciliaria son de las áreas de medicina, enfermería, psicología y trabajado social, en algunos casos, como en México se agrega la participación de residentes de medicina interna. No se describe la participación de profesionales de la nutrición (Kruse et.al. 2015; Minardi et. al., 2001; Revilla y Espinoza, 2003; Espinel et. al. 2011; Orueta et.al., 2012)

Ventajas de la atención en domicilio

Una de las ventajas más descritas de la atención a domicilio, principalmente en pacientes que ameritan cuidados paliativos, es la mejora de algunas esferas de la calidad de vida. Pues se promueve el bienestar y satisfacción de necesidades en

los últimos días, así como la proximidad con la familia (Kruse et.al. 2015; Orueta et.al., 2012).

Así mismo, en las visitas, se incluye la revisión del domicilio, para instruir en los cuidados que se requieren de acuerdo a las condiciones de la vivienda (Calderón, 2002).

Se reconoce que, en adultos mayores no funcionales, la atención médica domiciliaria enriquece las redes de apoyo y fortalece en cierta medida la participación del cuidador. Al respecto, Carvalho (2007) menciona que, en la atención en domicilio, la coproducción del plan de cuidado, entre los profesionales de la salud, el cuidador y el paciente, es fundamental, a través de la comunicación y la creación de vínculos que orienten el trabajo en salud.

De igual manera se expresa la reducción de costos para el sistema de salud y la utilización más eficiente de los recursos, siempre y cuando exista un modelo de atención compartida (Orueta et.al., 2012).

Limitaciones de la atención en domicilio

La literatura menciona que, dentro de las limitaciones de la atención domiciliaria, se incluyen las características de las viviendas, como el espacio físico, que suele ser pequeño, las condiciones inadecuadas de la vivienda y el escaso saneamiento (Kruse et.al. 2015; Orueta et.al., 2012).

De igual manera, se describen como limitaciones la falta de recursos de la familia y el paciente, para comprar alimentos adecuados y medicamentos.

Así como, la desigualdad del acceso a los servicios de salud, pues las zonas donde viven los pacientes se caracterizan por ser marginadas. (Revilla y Espinoza, 2003; Kruse et.al. 2015; Orueta et.al., 2012).

Los cuidadores, expresan en diversos estudios, que no hay suficientes profesionales de la salud que realicen las visitas, principalmente del área de medicina y enfermería (Oliver, et.al., 2008; Minardi et. al., 2001).

De hecho, se observa que el nivel de escolaridad del cuidador, o su estatus socioeconómico, afectan la habilidad y capacidad para identificar y obtener apropiados servicios de salud. Algunos estudios describen que, ser cuidador no es una elección voluntaria, mientras que la atención a los deseos de una persona enferma sí lo es. Sin embargo, también destacan que muchos cuidadores se sienten sobrecargados, privados de necesidades básicas como sueño y buena alimentación, viviendo en aislamiento social por quedarse en torno del paciente y distante de sus actividades (Minardi et. al., 2001; Carvalho, 2007).

Existe la necesidad de que el equipo de salud dedicado a la atención domiciliar sea capacitado en conceptos e instrumentos, que incluyan la atención de los aspectos biomédicos y psicosociales, del paciente y de la familia, así como en la evaluación de los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad (Revilla y Espinoza, 2003).

En México, además de contar con el Programa de Atención Domiciliar al Enfermo Crónico, del IMSS, donde se atiende en su mayoría a adultos mayores; se cuenta en la Ciudad de México con el Programa el Médico en tu Casa, a cargo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, que, sí incluye la intervención de otras disciplinas en atención integral, además de medicina, enfermería y trabajo social.

2.5. El Médico en tu Casa

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México asume como responsabilidad la atención del proceso salud-enfermedad de la población vulnerable, definiendo los siguientes grupos de atención: adultos mayores, personas con discapacidad, personas en situación de abandono, personas que se encuentran en etapa terminal de alguna enfermedad y mujeres embarazadas sin control prenatal.

Ante las condiciones de salud y enfermedad de estos grupos, surge la necesidad de acercar la atención médica al domicilio, dando marcha a la creación del Programa “El Médico en tu Casa”.

Esta estrategia de atención busca acercar el primer nivel de atención a la población vulnerable, bajo la premisa de disminuir gastos de bolsillo y contribuir en la mejora de la calidad de vida.

Al acercar el primer nivel de atención, no sólo se refiere a la atención del médico, sino también de otras disciplinas como odontología, psicología, nutrición, fisioterapia, trabajo social, enfermería y promoción de la salud, y con ello brindar atención de manera integral.

Otro objetivo importante del programa, es la promoción de estilos de vida saludable, tomando en cuenta el acercamiento en el domicilio de los pacientes y el contacto con los familiares, se cree que al conocer desde dentro las necesidades y orientar al respecto, se generará un cambio positivo que mejore las condiciones de vida del paciente y su familia.

El programa “El Médico en tu Casa” tiene como antecedente, en la misma Ciudad de México, al Programa de Visitas Domiciliarias para Adultos Mayores de 70 años, que dio inicio en el año 2005, bajo el marco de la creación de la Pensión Alimentaria y del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para los residentes del DF sin seguridad social laboral, durante la gestión de gobierno 2000- 2006

Dicho programa consideraba la valoración geriátrica integral y atención médica a la población adulta mayor que vivía en situación de abandono y que tenían limitaciones en su traslado al centro de salud.

Se involucró la participación de médicos capacitados en abordaje geriátrico, educadoras en salud comunitaria, liderados por geriatras y un médico especialista en manejo del dolor y cuidados paliativos. El objetivo era mejorar la calidad de vida, prevenir el deterioro y evitar complicaciones de enfermedad secundaria.

Para 2007, la Secretaría de Salud del DF, sufre cambios estructurales y se fragmenta el Programa de Visitas Domiciliarias para Adultos Mayores. Tras la creación del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, la información y parte del personal con el que se

contaba para la atención de los adultos mayores, pasa a formar parte de esta nueva institución, por lo que en agosto de ese año el Programa de Visitas Domiciliarias dejó de funcionar.

En respuesta a ello, en 2008 emerge el modelo de atención “Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable” dirigido a: adultos mayores, personas con discapacidad y enfermos en etapa terminal, entre otros.

En 2014, dentro de la gestión de gobierno de la Ciudad de México 2012-2018, se anuncia la estrategia del Programa “El Médico en tu Casa”, con la finalidad de disminuir la muerte materna, pues se identificó como principal población afectada a aquellas mujeres que no recibían control prenatal. De esta manera se realizaron censos en la ciudad, donde no solo se identificó a mujeres embarazadas sin atención médica, sino también a otros grupos de población que, por sus condiciones físicas, sociales o de movilidad, no podían acudir a los servicios de salud. Por lo que se tomaron las estrategias necesarias para incluir a esta población, sin seguridad social, como beneficiaria del programa y así acercar la atención médica multidisciplinaria.

El programa “El Médico en tu Casa” incluye a todas aquellas personas que no cuentan con algún tipo de seguridad social y que además por sus condiciones físicas no pueden acudir de manera independiente a alguna unidad de salud.

Se incluyen los siguientes grupos:

- Adultos mayores con limitación funcional.
- Mujeres embarazadas sin control prenatal.
- Personas con discapacidad que no pueden trasladarse a la unidad de salud por su condición física.
- Personas con enfermedad en etapa terminal.
- Personas en situación de abandono y postrados.

Sin embargo, deben cumplir los siguientes criterios de inclusión para ser atendidos:

a) Acreditar ser residente de la Ciudad de México por medio de identificación oficial con domicilio en la ciudad.

b) Presentar afiliación a Seguro Popular y / o Programa de Gratuidad.

c) Personas en condiciones físicas, económicas, sociales o de desplazamiento que les impidan acudir a los servicios de salud, justificado con certificado o estudio social emitido por institución acreditada.

El objetivo general del programa es: Brindar servicios de salud a domicilio recorriendo casa por casa para la búsqueda de personas en situación vulnerable que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica y no cuenten con seguridad social.

Mientras que los objetivos específicos incluyen:

1. Incrementar la cobertura de atención médica de primer nivel a la población vulnerable de la Ciudad de México.

2. Fortalecer las acciones de promoción y capacitación en salud a los pacientes, familiares y cuidadores primarios.

3. Coadyuvar en la disminución de la muerte materna de la Ciudad de México.

4. Fortalecer el sistema de referencia y contra-referencia de pacientes beneficiarios del Programa “El Médico en tu Casa”, con las unidades de mayor complejidad para su seguimiento y tratamiento en caso de ser necesario.

La incorporación al programa se realiza por medio de la identificación de población vulnerable en los censos que realizan los promotores de salud; por la solicitud en los Centros de Salud T-II y T-III y finalmente a través de la solicitud al centro de atención telefónica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Una vez que se obtiene la solicitud acude la brigada básica al domicilio, conformada por médico, auxiliar de enfermería y promotor de la salud. Al realizar la valoración médica, la brigada básica puede solicitar la participación de la brigada integral,

según las necesidades del paciente; está conformada por cirujano dentista, licenciado en psicología, licenciado en nutrición, técnico en trabajo social y técnico en terapia física.

Cada Jurisdicción Sanitaria cuenta con al menos una brigada integral y se programan sus actividades de consulta, de acuerdo al grupo vulnerable que atienden. Tanto brigada básica como brigada integral, se encuentran físicamente en los Centros de Salud T-II y T-III.

Los servicios que ofrece la estrategia a través de las brigadas son los siguientes: detección de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sobrepeso, afiliación al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX y Seguro Popular, cuidados paliativos a enfermos crónicos, atención odontológica a domicilio con equipo móvil, orientación al paciente y su familia sobre el padecimiento y los cuidados en general, control prenatal a embarazadas y entrega de canastas nutricionales, orientación nutricional a pacientes con enfermedades crónicas o mujeres embarazadas, entrega de medicamentos en domicilio, toma de estudios de laboratorio a domicilio, atención a personas con adicciones, por medio de la prevención, detección y tratamiento, asesoría en materia de la Ley de Voluntad Anticipada, medición y diagnóstico auditivo para detectar la sordera a mediana, corta o avanzada edad.

Los profesionales de la salud, tienen la meta de realizar 5 consultas efectivas en una jornada laboral de 8 horas, a excepción de los promotores de salud que deben realizar 10 actividades de promoción de la salud y visitar 10 domicilios. De igual manera tienen la encomienda de apoyar en las acciones de difusión del programa, campañas masivas de detecciones, recopilación de datos para la captura en los sistemas oficiales de información, entre otros.

Por su parte, el personal de nutrición tiene el objetivo de:

Educar y atender las problemáticas relacionadas con problemas nutricios de la población beneficiaria, directamente en su domicilio.

Este objetivo debe cumplirse a través de la realización de las siguientes funciones:

- Realizar la evaluación nutricional completa del paciente para contribuir a una mejora en su salud.
- Analizar el entorno familiar en relación a sus hábitos nutricios y estilo de vida.
- Informar medidas de prevención y promoción para la salud en familiares y cuidadores.
- Proporcionar orientación nutricional al paciente y cuidador de acuerdo a la enfermedad.
- Elaboración de nota nutricional del paciente, hoja diaria y alguna otra información solicitada con respecto a las acciones del nutricionista del programa.
- Verificar la disponibilidad y buen estado del material de trabajo.

En el periodo comprendido de septiembre del 2017 al mes de septiembre del 2018, se visitaron 464 mil 791 casas, otorgándose un total de 130 mil 603 consultas, de las cuales 56.67 % fueron médicas, el 20.19 % odontológicas, el 8.33 % psicológicas, el 7.62 % nutricionales y el 7.19 % de fisioterapia (SEDESA, 2018).

Las principales causas de consulta han sido Hipertensión Arterial (31.38), Diabetes Mellitus (21.71), Gingivitis (11.1), Depresión (3.8), Obesidad (3.5) Ansiedad (2.99), Artritis Reumatoide (2.61), Parálisis cerebral infantil (2.37), EPOC (1.91) y Enfermedad cerebro vascular (0.7).

La atención a adultos mayores queda distribuida como se observa en la Tabla 3, donde podemos apreciar también el número de adultos mayores que viven con diabetes.

Tabla 3 . Población de adultos mayores atendidos por El Médico en tu Casa y presencia de diabetes, 2017.

Jurisdicción Sanitaria	Adultos mayores atendidos (%)	Adultos mayores con diabetes (%)
Álvaro Obregón	6.6	15.7
Azcapotzalco	8.5	29.9
Benito Juárez	4.0	19.8
Coyoacán	9.3	27.9
Cuajimalpa	1.4	18.7
Cuauhtémoc	5.1	28.5
Gustavo A. Madero	8.7	23.9
Iztacalco	7.1	30.1
Iztapalapa	15.0	31.2
Magdalena Contreras	3.4	20.5
Miguel Hidalgo	8.2	25.9
Milpa Alta	2.7	46.6
Tláhuac	2.3	27.5
Tlalpan	8.4	33.8
Venustiano Carranza	3.0	23.4
Xochimilco	6.1	36.4
Total	6416	1804

Elaboración propia con información tomada del Sistema de Información del Programa.

2.6. La intervención nutricional

La nutrición como profesión de la salud ha tenido una conformación históricamente definida en lo interno por la presencia dominante de la profesión médica, y en lo externo, por un modelo de práctica profesional que a pesar de las variaciones coyunturales mantiene sus atributos a semejanza de la medicina (Jarillo, 2011).

La formación profesional se ha desarrollado con una trayectoria influida por los procesos científicos y técnicos ocurridos a nivel internacional, así el modelo biomédico ha sido dominante en las bases científicas del conocimiento de las profesiones de la salud; y a pesar de la incorporación de las ciencias sociales ; sigue dominando el modelo biomédico, lo que obstaculiza con ello perspectivas integrales de atención al proceso de salud-enfermedad-atención (Jarillo, Outón, & Salinas, 2011).

Así la nutriología, como la nombra la Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición A.C, es el cuerpo de conocimientos multidisciplinario cuyos programas educativos incluyen conocimientos de las ciencias naturales (química, biología y médica) y sociales (psicología, economía, administración, socio-antropología) (AMMFEN, 2003). A pesar de ello, se ha demostrado que la mayoría de los planes de las licenciaturas de nutrición en México, son de formación dominante clínico biológica; es decir, se ve a la enfermedad nutricia como resultado de la expresión de desviaciones clínico-biológicas del organismo humano (Crocker, 2012).

Se reconoce que la intervención nutricional tradicional, es inefectiva, pues lleva a la persona a asumir un papel pasivo, sólo existe un canal de comunicación y autoritario, y logra la dependencia de las comunidades a la “ayuda externa” (Crocker, 2004).

Lo mismo ocurre con la intervención nutricional encaminada al tratamiento de la diabetes; pues no considera aspectos como acceso a los alimentos, recursos y espacios para realizar ejercicio; y se centra en el control del aporte calórico desde

el consumo de carbohidratos, grasas y proteínas, con la finalidad de disminuir los niveles de glucosa y así prevenir o retrasar las complicaciones derivadas de la hiperglucemia (ADA, 2008).

La mayoría de las intervenciones en diabetes tipo 2, se realizan desde la nutrición clínica y la epidemiología (Andrien, Beghin, 2001), y se basa en tres acciones principales: la enseñanza del sistema de alimentos equivalentes, el conteo de hidratos de carbono y el monitoreo en la ingesta de grasas (Hunot, 2001).

La atención nutricional se configura por un enfoque biomédico, pues se centra en aspectos fisiológicos y/o patológicos de la ingestión, digestión, absorción, metabolismo y excreción. Lo que deja de lado la dimensión de la alimentación, que es meramente social, y que solo se explican a través del acercamiento y comprensión de elementos culturales, sociales, económicos y ambientales (Berrun, 2005).

López y Ávalos, mencionan que la diabetes como fenómeno social no se ha abordado de la manera adecuada lo que genera repercusiones en la calidad de vida de las personas que viven con este padecimiento. La participación de los profesionales de la salud en el tratamiento de la diabetes, debe contemplar mayor acercamiento a los códigos culturales, a través del ejercicio de la tolerancia y el respeto. (López R. y Ávalos M. 2013).

Así, las prácticas profesionales le dan orientación a la intervención, que guían el actuar cotidiano, no sólo desde la institución; sino tomando en cuenta los aspectos sociales que generan un acervo metodológico, técnico y experiencial de diferentes niveles de reflexión y sustentación teórica (Ordoñez, 2011).

La intervención social se define como una acción programada sobre un colectivo, consiste en una serie de actividades y tareas programadas con detalle y con una metodología de trabajo concreta destinadas a la consecución de un fin. Quiere esto decir que la intervención requiere del trabajo de profesionales que se han puesto de acuerdo para desarrollar dicha intervención (Montero, 2012).

La intervención como ejercicio profesional expresa un saber-hacer especializado (Cifuentes, 2009). Las prácticas que como experiencias situadas se ubican en un tiempo y espacio histórico, cultural, político y socioeconómico específico que condiciona y enmarca sus desarrollos, pero en cuya dinámica desempeñan un papel igualmente preponderante las formas o maneras de actuar y los estilos y discursos de quienes las llevan a cabo creando identidades donde convergen y dialogan lo uno con lo otro, lo particular con lo general, lo macro con lo micro. (Ordoñez, 2011; Remedi en Furlán, 2017).

2.6.1. Experiencias de la intervención nutricional en adultos mayores con diabetes

Se han realizado estudios que reconocen la limitada eficacia de la intervención nutricional tradicional en el tratamiento de la diabetes, pues como lo expone Castro, (2007); a pesar de que los adultos mayores reconozcan la labor del personal de nutrición muy pocos presentan adherencia a la dieta; ya que la prescripción dietética supone una transformación de los patrones alimentarios, que tiene un impacto negativo social y económico; además reconoce la importancia del diseño de un programa de capacitación que contemple herramientas cualitativas y participativas para el personal de salud, que devuelva la mirada al tipo de población atendida.

Estudios que toman en consideración la percepción de los profesionales de la salud involucrados en programas como DiabeTIMSS, incluido el nutriólogo, refieren al programa como una buena alternativa para las personas que atienden; sin embargo, reconocen las problemáticas que tienen las personas con diabetes al modificar su estilo de vida. (Morales, et.al., 2017). Queda manifiesta también, la culpabilización de las personas con diabetes desde los profesionales de la salud, criticando el escaso autocuidado, poca disciplina y sin corresponsabilidad. (Ávalos, 2013).

Por otro lado, retomar el contexto de la población que se atienden y considerar su saber para la configuración de la práctica profesional en nutrición, se hace evidente en los estudios de Crocker (2004); ya que queda evidenciada la falta de adherencia

a los planes de alimentación, por no considerar lo social y lo cultural del colectivo (Andrien y Beghin, 2001).

En algunos estudios sobre las percepciones que tienen adultos mayores con diabetes sobre la dieta que se prescribe mencionan que estas no se consideran dentro del contexto simbólico, social, cultural y temporal al que pertenecen, así mismo la falta de recursos económicos dificulta que puedan seguir una dieta específica, y consideran que no se les enseña qué alimentos deben comer para evitar el aumento en los niveles de glucosa en sangre (Paz, et. al. 2014, Page-Pliego, 2015, Lerin, Reartes, 2015, Madia, et.al., 2013).

Se percibe como un problema seguir una dieta específica, pues altera las situaciones culturales, y es una meta difícil de seguir y lograr, porque es difícil modificar la alimentación y se convierte en una lucha constante por el cambio de hábitos (García, et.al .2006, Torres-López, 2005).

Referente a la atención domiciliaria, la mayoría de los estudios se han realizado en atención a personas con cuidados paliativos, adultos mayores y personas con discapacidad y muestran que la conformación de los equipos médicos no contempla al profesional de la nutrición (Mitre, 2001; Espinel, 2011; Orueta, 2012; Cordovés, 2005; Carvalho, 2007).

Carvalho, muestra como los profesionales de la salud son comprendidos como sujetos sociales portadores de conocimiento y capacidad de ofertar salud en la intervención en domicilio; sin embargo, considera necesario abordar las necesidades reales en salud de la población visitada y tomar en cuenta el conocimiento que estos puedan tener sobre la enfermedad (Carvalho, 2007).

CAPÍTULO 3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA.

3.1. La intervención nutricional como objeto de conocimiento

Como ya se ha mencionado, los programas de prevención y tratamiento de la diabetes en México, no han tenido el éxito esperado, al abordar la modificación del estilo de vida de los individuos hacia uno más saludable. El campo profesional de la nutrición representa un pilar fundamental en esta encomienda. Es por ello, que es necesario conocer las experiencias desde la intervención nutricional que se realiza en domicilio y considerar las formas, las maneras y los discursos de quienes la llevan a cabo.

Además de tomar en cuenta, los contextos a los que se aproximan: el diseño conceptual de la intervención nutricional y la realidad del adulto mayor con diabetes.

La intervención profesional como un objeto de conocimiento, considera las prácticas profesionales, desde la propia voz de los sujetos que convergen en su concreción para conocer y comprender el qué, el para qué, desde dónde, el cómo, los logros, las limitaciones, los aprendizajes y las circunstancias que las configuran.

El desarrollo de las prácticas profesionales, es condicionado y enmarcado por el tiempo histórico, cultural, político y socioeconómico. A la dinámica, donde convergen las prácticas profesionales y las formas, los discursos y las maneras de quienes las llevan a cabo para crear identidades, la nombraremos experiencia situada (Ordoñez, 2011).

La práctica profesional del personal de nutrición del Programa “El Médico en tu Casa”, constituye una experiencia situada, que permite investigar cómo se implementa el programa y si existen tensiones y contradicciones entre su diseño conceptual y su aplicación. También, permite observar obstáculos y limitaciones para las nutricionistas, que determinan la posibilidad de que la intervención

produzca cambios positivos en la situación de salud de los adultos mayores con diabetes.

Por ello, esta investigación propone que a través de indagar las prácticas y el punto de vista del personal de nutrición sobre su intervención en el programa “El Médico en tu Casa”, es posible identificar las dimensiones relevantes que determinan la aplicación práctica de estas intervenciones.

3.2. Pregunta de investigación y objetivos

De ahí que la pregunta de investigación sea la siguiente:

Desde la experiencia situada del personal de nutrición ¿cómo se caracteriza la intervención nutricional del Programa “El Médico en tu Casa” como respuesta de atención a las personas adultas mayores con diabetes de la Ciudad de México?

Objetivo General

- Caracterizar la intervención nutricional del Programa “El Médico en tu Casa” a adultos mayores con diabetes de la Ciudad de México, desde la experiencia situada del personal de nutrición.

Objetivos Particulares

- Mostrar las tensiones y contradicciones entre el diseño conceptual y la implementación de la intervención nutricional, desde la experiencia situada del personal de nutrición.
- Describir las barreras y limitaciones del personal de nutrición al aplicar la intervención nutricional en diabetes a los adultos mayores que la padecen.
- Identificar las estrategias que el personal de nutrición desarrolla para realizar la intervención nutricional.

- Mostrar las ventajas de la intervención nutricional en domicilio, percibidas por el personal de nutrición.
- Contribuir con propuestas sobre las dimensiones relevantes para mejorar el diseño conceptual y la aplicación del programa.

3.3. Diseño de la investigación

La aproximación que se hace en esta investigación, sobre la experiencia situada de las nutricionistas y de acuerdo a los objetivos de la investigación es de tipo descriptiva y de corte cualitativo.

Para poder tener el acercamiento a la experiencia situada de las nutricionistas, se pueden describir cuatro momentos:

1) Análisis teórico. Búsqueda y revisión de información relevante sobre experiencias en la intervención nutricional domiciliaria y características de la población beneficiaria, programas de manejo de diabetes, papel del nutricionista. Así como la revisión de los instrumentos normativos del programa, principalmente aquellos relacionados con la intervención nutricional (Manual Operacional y los Lineamientos Generales para la Operación del Programa). Todo ello con la finalidad de consolidar el marco teórico y referencial de la investigación.

2) Análisis metodológico. Tras la revisión documental se planteó la estrategia metodológica a través del enfoque cualitativo, y se consideraron los elementos que dieron pie a la construcción del instrumento de recolección de datos, tomando en cuenta los objetivos y las categorías a analizar.

3) Aplicación. Se aplicó una prueba piloto del instrumento y se realizaron las modificaciones pertinentes. Posteriormente se procedió a la solicitud de aplicación de instrumentos.

4) Manejo de la información y análisis final. Se procesó y analizó la información de acuerdo a las categorías establecidas y se trianguló con los datos obtenidos en el análisis teórico.

3.4. Estrategia Metodológica

De acuerdo a la temática de la investigación, que se refiere a la configuración de la intervención nutricional en diabetes del Programa “El Médico en tu Casa”, se optó por la investigación cualitativa, pues resulta la más apropiada para comprender procesos de tipo sociocultural y políticos, como es el caso de las prácticas profesionales a partir de los propios marcos de referencia y de la experiencia situada del personal de nutrición que acude a visita domiciliaria en la Ciudad de México.

La investigación cualitativa, es una actividad localizada en un cierto tiempo y lugar que sitúa al investigador en el mundo, consiste en una serie de prácticas interpretativas y materiales que hacen al mundo visible. La investigación cualitativa implica un acercamiento interpretativo y naturalista del mundo, en términos de los significados que las personas dan a los fenómenos (Denzin y Lincoln, 2005). Es decir, trabaja con el universo de motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, que corresponden a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables (Minayo, 1994).

El supuesto ontológico de la investigación cualitativa es que la realidad social se construye y tiene como aspecto sociológico central el significado que guarda para los individuos con la realidad y la manera en que estos significados se vinculan con las conductas (Castro, 2010). Así la intervención nutricional, como objeto de estudio, corresponde a estos procesos que deben ser interpretados en su escenario concreto y a través de los actores involucrados, como es el caso de la interacción entre el personal de nutrición y los adultos mayores atendidos en su domicilio.

3.5. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos, dentro del abordaje cualitativo, tienen en común el uso de datos, que sólo pueden ser manejados en términos de análisis del discurso, para llegar a algún tipo de relación, interpretación, síntesis o categorización. En términos de esta investigación, que pretende conocer y caracterizar la intervención nutricional en los domicilios de adultos mayores que viven con diabetes, a través de la experiencia situada del personal de nutrición, la técnica de recolección utilizada fue la entrevista semiestructurada.

Para Denzin y Lincoln (2005), la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”, esta es una técnica de gran utilidad en la recolección de datos, ya que permite obtener información precisa de un tema específico y de los significados que los informantes atribuyen al tema en cuestión. Donde la interpretación activa del entrevistador, permite la comprensión profunda del discurso del entrevistado (Díaz-Bravo, et.al. 2013).

Para fines de la investigación, el tipo de entrevista que se aplicó al personal de nutrición, es la entrevista semiestructurada, debido a que se caracteriza por un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantiene la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones que se relacionen con los propósitos de la investigación. Una de las ventajas de esta entrevista, es que es más probable que muestre el punto de vista real del entrevistado, y permite el acercamiento a la experiencia situada de las nutricionistas (Díaz-Bravo, et.al. 2013).

La construcción de la guía de entrevista semiestructurada (Anexo 1), considera las categorías descritas en la Tabla 4. Categorías de la Investigación. Estas categorías se recopilaron desde la experiencia situada de las nutricionistas que trabajan en el programa.

Tabla 4. Categorías de la investigación

Categoría	Definición	Pregunta orientadora
<p>Tensiones y contradicciones</p>	<p>La distancia entre la implementación de la intervención nutricional y lo que se describe en el diseño conceptual.</p> <p>Se entiende cada una por:</p> <p>Diseño conceptual de la intervención nutricional. El conjunto de procesos y funciones que se describen en el manual operacional del programa, necesarias para llevar a cabo las atenciones de nutrición.</p> <p>Implementación de la intervención nutricional. La acción programada del “<i>saber-hacer</i>” sobre un colectivo, serie de actividades y tareas programadas con detalle y con una metodología de trabajo concreta destinadas a la consecución de una mejora en la alimentación y nutrición de la persona.</p>	<p>¿Qué funciones desempeñas en el programa?</p> <p>¿Consideras que las actividades que están estipuladas en los lineamientos corresponden a lo que realizas las visitas domiciliarias?</p> <p>¿Cómo defines la intervención nutricional que realizas con los adultos mayores que tienen diabetes?</p> <p>¿Cómo es ser una nutrióloga de El Médico en tu Casa?</p>
<p>Barreras y limitaciones</p>	<p>Las situaciones o circunstancias que no permitan que la intervención nutricional se lleve a cabo en la atención domiciliaria, propias del programa, el personal de nutrición o bien las características de las personas atendidas.</p>	<p>Una de las poblaciones que atendemos son adultos mayores con diabetes. ¿cómo ven estas personas la intervención que realizas?</p> <p>¿Cuáles son las principales problemáticas a las que te enfrentas al realizar la intervención nutricional con este grupo?</p>

Categoría	Definición	Pregunta orientadora
Estrategias de acción	Las respuestas y/o medidas de acción que toman las nutricionistas para resolver las barrera o limitaciones que enfrentan para llevar a cabo la intervención nutricional.	<p>¿Qué cambios ha implicado en tu intervención trabajar en un programa de atención domiciliaria, respecto a la atención en el consultorio?</p> <p>¿Cuáles han sido estos ajustes?</p> <p>De acuerdo a tus conocimientos, tu experiencia profesional y tu experiencia en campo ¿cuáles deberían de ser las principales acciones a realizar en la intervención nutricional en domicilio, especialmente con adultos mayores con diabetes?</p>
Ventajas de llevar a cabo la intervención nutricional en domicilio	Las circunstancias o condiciones que el personal de nutrición identifica como superiores o mejores, respecto a la intervención nutricional que se realiza de forma particular o pública, en un consultorio.	¿Cuáles son las ventajas de la atención nutricional domiciliaria del Médico en tu casa?
Percepción de resultados obtenidos en adultos mayores a través de la intervención nutricional	Los resultados percibidos por el personal de nutrición en el control metabólico y de alimentación de los adultos mayores con diabetes que atienden en domicilio.	Según tu experiencia ¿Qué tipo de resultados has tenido con los adultos mayores con diabetes?

Podemos entender bajo este concepto, que las nutricionistas del Programa viven un contexto particular importante, considerando que en otros países donde se ha instaurado la atención domiciliaria, no se ha considerado el papel del nutricionista.

3.6. Fuentes de información y mecanismo de contacto

El programa cuenta con capacidad para 16 nutricionistas. Cada una de ellas se encuentra en una Jurisdicción Sanitaria diferente.

Existe una coordinación central, donde se lleva a cabo la planeación, gestión y evaluación de las atenciones que se brindan a la población beneficiaria, y a su vez con coordinaciones jurisdiccionales, encargadas de la operatividad. Por lo que, en un primer momento, se presentó el proyecto a la coordinación central con la propuesta de calendarización para realizar las entrevistas al personal de nutrición del programa, posterior a ello se agendó con cada responsable de las coordinaciones jurisdiccionales la fecha de aplicación de entrevista para no interferir con sus actividades.

Dicha entrevista se realizó en las instalaciones de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, en una oficina que permitiera la privacidad necesaria para llevar a cabo la entrevista.

3.7. Criterios de selección

La aplicación de entrevistas contempló a todo el personal de nutrición del programa, bajo los siguientes criterios:

- ✓ Ser profesional de la nutrición contratado para el programa “El Médico en tu Casa”, en cualquier Jurisdicción Sanitaria de la Ciudad de México.
- ✓ Que el personal de nutrición acepte colaborar en la entrevista y firme el consentimiento informado, siendo de su conocimiento que la información proporcionada es de carácter confidencial y que podían interrumpir su participación en el momento que así lo considerasen.

Al momento de realizar las entrevistas, no se contaba con la plantilla completa del personal. En la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac no hay nutricionista contratada, por lo que se obtuvieron 15 entrevistas (Tabla 5).

Tabla 5. Personal de nutrición contratado para el Programa El Médico en tu Casa por Jurisdicción Sanitaria

Jurisdicción Sanitaria	No Personal de Nutrición	H	M
Álvaro Obregón	1		X
Azcapotzalco	1		X
Benito Juárez	1		X
Coyoacán	1		X
Cuajimalpa	1		X
Cuauhtémoc	1		X
Gustavo A. Madero	1	X	
Iztacalco	1		X
Iztapalapa	1		X
Magdalena Contreras	1		X
Miguel Hidalgo	1		X
Milpa Alta	1		X
Tláhuac	0		
Tlalpan	1		X
Venustiano Carranza	1		X
Xochimilco	1		X

Elaboración propia con información tomada del Manual Operacional del Programa “El Médico en tu Casa” y la recolección de datos.

3.8. Análisis de la información

El procesamiento de datos y análisis cualitativo se llevó a cabo a través del método de comparación constante de la teoría fundamentada. Se intenta desarrollar interpretaciones del mundo de los sujetos en función de sus propias interpretaciones, teniendo como objeto de investigación la acción propia, es decir, a construir conocimiento situado desde los sujetos y su mundo de vida. (San Martín, 2014).

El análisis de la información generada por la entrevista, se realizó al entender el flujo y conexión interactiva entre la reducción de la información (categorización y codificación), la disposición de los datos y la extracción de conclusiones. Se procedió a la transcripción de todas las entrevistas y luego analizar la información según el análisis temático, bajo el siguiente proceso:

1. Familiarización con los datos. Transcripción de datos, lectura y relectura de las entrevistas y anotación de las ideas generales.
2. Generación de códigos iniciales y sistema de codificación.
3. Codificación abierta de entrevistas e identificación de códigos emergentes.
4. Reducción y reclasificación de códigos, codificación axial y selectiva. Creación de árbol de códigos.
5. Elaboración de redes de significación, selección y análisis final de los fragmentos de textos codificados.
6. Preparación de los resultados de acuerdo a los objetivos que persigue la investigación.

En la organización y manejo de los datos se utilizó como herramienta el programa Atlas-Ti.7, ya que constituye una herramienta informática de análisis de información de tipo cualitativo, y brinda la posibilidad de trabajar con grandes volúmenes de datos. El software permitió reducir la información obtenida a partir de las entrevistas transcritas, y con ello, filtrar los datos de interés para el propósito investigativo y crear

redes que expresan los contextos y dimensiones en las que se desarrolla la intervención nutricional.

3.9. Consideraciones éticas

El posicionamiento ético del que parte la presente investigación, reconoce como sujetos a los nutricionistas del programa y no como objetos de estudio, por lo que se llevaron a cabo las siguientes acciones para cuidar la ética del proyecto:

- Solicitud de autorización al personal de nutrición del programa para grabarlas y utilizar la información que compartan.
- Protección de la identidad del personal, asegurando la confidencialidad de las entrevistas.

La participación de los profesionales de la nutrición se explicó al inicio de cada entrevista, todas aceptaron participar en el proyecto y se proporcionó la carta de consentimiento informado para su lectura y firma correspondiente.

La información personal es manejada con las reservas que establece la normatividad vigente, en apego a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, publicada en la Gaceta Oficial de la CDMX, el 10 de abril de 2018, así como a los Acuerdos Internacionales relativos a la discreción y secrecía en el ejercicio de la profesión médica, la investigación en seres humanos y a las normas éticas que corresponden.

3.10. Las entrevistas

Las entrevistas se llevaron a cabo entre mayo y julio de 2019. Al inicio de cada entrevista, se explicó el objetivo y la valiosa aportación que significa conocer la experiencia de las nutricionistas en la atención domiciliaria, se dio lectura al consentimiento informado para grabar y transcribir la narración, y se mencionó la confidencialidad de la información.

La duración de las entrevistas fue en promedio de 40 minutos.

Una vez que se obtuvo cada entrevista, se procedió a escucharlas y transcribirlas tal y como fueron generadas, se hicieron anotaciones de los hallazgos relevantes y se procedió al análisis de la información utilizando las categorías ya mencionadas en la metodología a fin de cumplir cada uno de los objetivos planteados. De acuerdo a la codificación y a las redes creadas para cada categoría, se agrupa la información recabada sobre la experiencia de las nutricionistas en su quehacer diario y para caracterizar la intervención nutricional en el domicilio de los adultos mayores con diabetes tipo II, sobre la base de ello, a continuación, se presentan los resultados:

1. Tensiones y contradicciones entre el diseño conceptual y la implementación de la intervención nutricional en domicilio.
2. Barreras y limitaciones al implementar la intervención nutricional en domicilio.
3. Estrategias de acción que se desarrollan para realizar la intervención nutricional en domicilio.
4. Ventajas de llevar a cabo la intervención nutricional en domicilio.
5. Percepción de los resultados obtenidos en los adultos mayores que viven con diabetes tipo 2 a través de la intervención nutricional en domicilio.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

Se trabajó con 14 nutricionistas mujeres y 1 nutricionista hombre, contratados para el programa “El Médico en tu Casa”, a quienes se les ha asignado el nombre de una flor para resguardar su identidad.

Es necesario resaltar que la mayoría de las nutricionistas se encuentran desempeñando su cargo desde que el programa incorporó la atención multidisciplinaria.

Antes de formar parte de él, se encontraban trabajando en otros programas de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, como la Estrategia Nacional para la prevención del Sobrepeso y Obesidad, el Programa de Enfermedades Crónicas, el Programa de Planificación Familiar y el Programa de Niños y Adolescentes.

De acuerdo a la alcaldía en donde se encuentra cada nutricionista es la carga laboral que presentan, ya que deben atender a la población que se encuentra en cada Centro de Salud T-II y T-III, así, por ejemplo, la nutricionista de Benito Juárez debe cubrir a la población de dos Centros de Salud T-III, mientras que en Iztapalapa se tienen que cubrir 11 Centros de Salud T-II y T-III.

La información proporcionada durante las entrevistas, ha sido agrupada en los cinco ámbitos mencionados anteriormente, mismos que se explican a continuación, ya que a partir de ellos se exponen los resultados obtenidos, mostrando en cada uno de ellos, las principales categorías que emergieron, así como las similitudes y diferencias encontradas:

1. Tensiones y contradicciones entre el diseño conceptual y la implementación de la intervención nutricional en domicilio. En este ámbito se incluyen las ideas que surgen en las nutricionistas, al pensar en cómo están planteadas las funciones que realizan desde el manual operativo del programa y qué es lo que ellas consideran llevan a cabo, si se asemeja o realizan tareas extras.

2. Barreras y limitaciones al implementar la intervención nutricional en domicilio. Se identifican las condiciones que las nutricionistas señalan como barreras y limitaciones para llevar a cabo sus funciones, estas se dividen en dos grupos, las propias de la población atendida, específicamente las que se refieren al modo de vida y las que se refieren a la operatividad del programa, caracterizada por la insuficiencia de recursos.

3. Estrategias de acción que se desarrollan para realizar la intervención nutricional en domicilio. Se refieren aquellas que responden a la adaptación según las condiciones de vida del adulto mayor y a los recursos del programa. Las nutricionistas consideran que éstas, se pueden incorporar al diseño conceptual de la intervención en domicilio.

4. Ventajas de llevar a cabo la intervención nutricional en domicilio. Se rescatan las ventajas de llevar a cabo la consulta nutricional en el domicilio de los adultos mayores, conociendo cada elemento de su entorno y de su modo de vida.

5. Percepción de los resultados obtenidos en los adultos mayores que viven con diabetes tipo 2 a través de la intervención nutricional en domicilio. Las nutricionistas identifican los efectos de la intervención desde lo expresado por los adultos mayores en las visitas domiciliarias, de acuerdo a la adaptación del diseño conceptual.

6. Visión de las nutricionistas sobre la intervención nutricional en domicilio. Se reconocen las repercusiones de esta experiencia en el ámbito profesional y personal.

A continuación, se muestran los testimonios de las nutricionistas que dan cuenta de los rubros antes mencionados y que dan cumplimiento a los objetivos de la investigación. Así mismo, se presentan las redes elaboradas con el uso del

software, donde se observan las relaciones entre las categorías establecidas y las categorías emergentes en cada uno de los ámbitos descritos.

4.1. Tensiones y contradicciones entre el diseño conceptual y la implementación de la intervención nutricional en domicilio.

Las nutricionistas identificaron la distancia que existe entre las funciones que llevan a cabo y lo que se indica en el diseño conceptual del programa. Lo anterior contextualizado, a los diferentes escenarios de cada una de las alcaldías de la Ciudad de México.

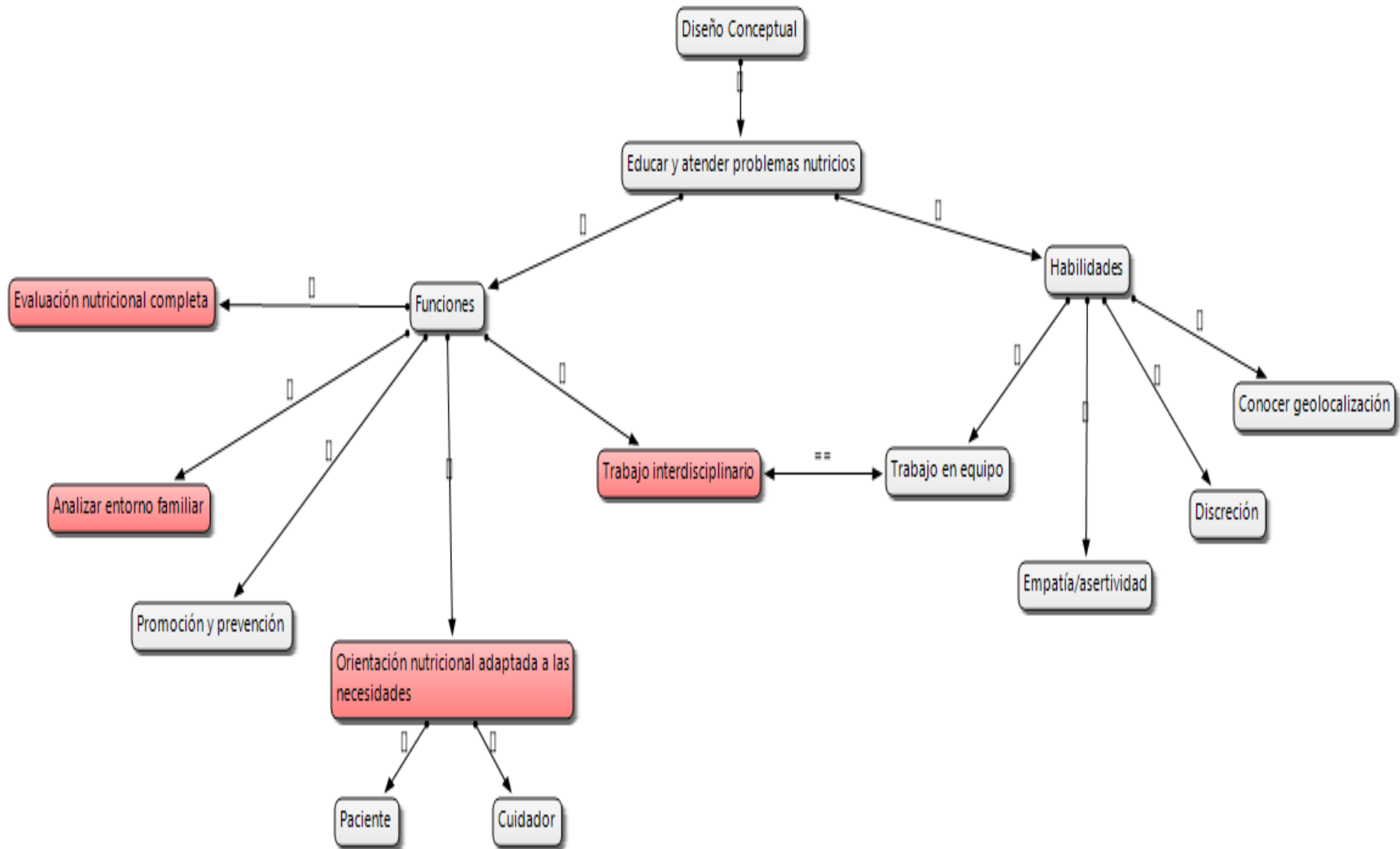
En primer lugar, se muestran las funciones que deben llevar a cabo de acuerdo al diseño conceptual de la intervención nutricional, mismas que no quedan claras y cada una las interpreta de forma distinta. En comparación, se describen las funciones que identifican como reales bajo la experiencia situada que tienen.

4.1.1. Las funciones desde el diseño conceptual de la intervención nutricional en domicilio

En la red “Diseño conceptual de las funciones y habilidades del personal de nutrición del Programa El Médico en tu Casa” (Figura 2), se describen y relacionan las categorías descritas en el Modelo Operacional del programa, cabe mencionar que en los Lineamientos Generales para la Operación del Programa no se describe la figura del profesional de la nutrición.

En esta red se señalan en color, las funciones que las nutricionistas identifican que realizan; sin embargo, no tienen claridad de cómo realizarlas: a) evaluación nutricional completa, b) análisis del entorno familiar, c) orientación nutricional adaptada a las necesidades y d) trabajo interdisciplinario.

Figura 2. Diseño conceptual de las funciones y habilidades del personal de nutrición del Programa “El Médico en tu Casa”.



Así lo demuestra Iris, con la siguiente narración:

“pues lo hago como Dios me da a entender, pero lo leí por temas de supervisión y ojalá que me acuerde, no me guío en ello, no lo considero una guía, pues realmente, como tal el lineamiento o el reglamento, efectivamente en algún momento lo leí, si te dice como las funciones que tiene que tener el nutriólogo y está bien, que al final, es mucho como de sentido común, porque uno estudia para hacer ese tipo de servicios, pero que me funcionará como guía, no...” (Iris 3:56)

a) ¿A qué le llamamos evaluación nutricional completa?

Se encontraron variaciones en cuanto a lo que se considera “la evaluación nutricional completa”. Desde la valoración de indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos, hasta la inclusión de las necesidades económicas y emocionales, tal como lo exponen los siguientes comentarios:

“... las actividades que desempeño es hacer la evaluación y valoración nutricional, antropometría, ver, evaluar todo lo que consume el paciente, que más, los datos bioquímicos, todo eso, datos antropométricos.” (Dalia 9:10)

“...ofrecerle como una intervención nutricional, pues de acuerdo a su patología, a sus necesidades económicas, físicas, emocionales, porque son factores muy importantes y ya de ahí también se le valora una valoración nutricional, donde intervienen el ABCD, para ser más completo”. (Lirio 10:9)

“...hago mi parte de evaluación nutricional que incluye la parte de antropometría, dietética, clínica, bioquímica...” (Gardenia 5:5)

Se puede apreciar, que Lirio identifica la evaluación nutricional completa, como la convergencia de elementos sociales y biológicos, mientras que las demás sólo mencionan aspectos relacionados con lo biológico.

b) Analizar el entorno familiar

Las nutricionistas también identifican dentro de sus funciones el análisis del entorno familiar, pero en distintos niveles. Mencionan la relevancia de conocer con qué recursos cuenta la población atendida, y no sólo respecto a recursos económicos, sino también en identificar las redes de apoyo del adulto mayor, cuestión que no se incluye directamente en el diseño conceptual.

“... incluso al estar en el domicilio puedes ver lo económico, lo social, y tratar de apegarte lo más que se pueda a eso que tiene el paciente..., dependiendo también de la red de apoyo y de las posibilidades que tenga el paciente. El tipo de población es muy vulnerable, que realmente no cuentan con nada.” (Clavel 11:7,20)

“...con base a su contexto se les pueda brindar orientación acerca de su alimentación y con esto mejorar su estado de salud o mantenerla.” (Cerezo 13:4)

“Pues tomar en cuenta sus hábitos, desde por ejemplo preguntarles qué es lo que realiza a lo largo de un día, con qué cuentan digamos económicamente y que te diga tengo para preparar este tipo de alimentos nada más, si cuenta con algún apoyo de alguna persona o si están solos.” (Girasol 2:14)

c) Orientación nutricional adaptada a las necesidades

Cuando se refieren a la orientación nutricional que proporcionan al adulto mayor y/o al cuidador, dan testimonio de que dicha función no sólo la cumplen con estos sujetos, sino también con los familiares que se encuentren presentes mientras se realiza la intervención, es decir, hablamos de la adaptación de esta función en la implementación.

“Bueno pues soy nutrióloga de campo del programa El Médico en tu Casa, lo que yo hago es pues, brindarle asesoría/orientación al paciente, a los cuidadores, para que tengan un mejor control de sus enfermedades, sea

cual sea, pero el principal motivo es las enfermedades crónicas degenerativas en adultos mayores.” (Loto 14:6)

“...no solo es la orientación con el paciente, incluso si hay otras personas el cuidador, u otra familia puedo aprovechar para dar alguna recomendación que le pueda servir de beneficio a la familia.” (Gardenia 5:30)

Cabe señalar que dentro de esta función no se tiene claro cómo se debe brindar la orientación nutricional, pues destacan que habrá a quienes puedan entregar y explicar adecuadamente un plan de alimentación, pero con otros, tendrán que limitarse a dar recomendaciones generales al consumo de los alimentos y control glucémico. Son conscientes de las limitaciones de los adultos mayores:

“...básicamente me voy con recomendaciones, ya no es así como tal un plan de alimentación, digo siempre en la nota le pongo que se estima, se sugiere que se utilice que sea un plan de alimentación de x número de calorías y con ciertas especificaciones, pero al final siempre pongo que se trabaja por recomendaciones generales, o se explica tal tema”. (Dalia 9:61)

“...hay pacientes en los que se les ha podido entregar un plan de alimentación y lo puede, digamos que, ayudar al paciente a que se apegue lo más posible, hay pacientes en los que solamente de acuerdo a lo que nos dicen a sus posibilidades hacer los ajustes necesarios para que puedan tener una mejor alimentación que se vea reflejado en su grado de control.” (Girasol 2:38)

d) ¿Trabajo interdisciplinario o acompañamiento?

Reconocen esta función del diseño conceptual; sin embargo, la expresan como el acompañamiento que se hacen en las visitas domiciliarias. En este acompañamiento sobresale el personal de medicina y enfermería.

“...acompañó a una brigada, regularmente voy con el médico y la enfermera...” (Gardenia 5:5)

“Primero yo voy siempre acompañada de un médico o alguien de la brigada, básicamente es el médico, los pacientes que el médico tiene agendados son los mismos que yo veo. Muchas veces es en el momento cuando me entero lo que tienen, diabetes, hipertensión o tal vez no tienen nada.” (Dalia 9:12)

Otras funciones descritas

La función sobre informar de acciones de promoción y prevención en el domicilio, sólo fue mencionada por una nutricionista, que hizo alusión a medidas de higiene de los alimentos, a salud de la mujer y aspectos de zoonosis.

Las funciones que incluyen actividades administrativas (llenado de papelería), se describen en el apartado de barreras y limitaciones para realizar la intervención nutricional, ya que así las reconocen las nutricionistas.

4.1.2. Las funciones desde la implementación de la intervención nutricional en domicilio

A partir de la red descrita en la Figura 2. y de acuerdo a lo narrado por las nutricionistas se configura la red “Implementación del diseño conceptual de las funciones y habilidades del personal de nutrición del Programa El Médico en tu Casa” (Figura 3).

La implementación como adaptación del diseño conceptual

A lo largo de las entrevistas las nutricionistas hacen referencia a las adaptaciones que realizan a lo señalado en el diseño conceptual, estas se refieren a la manera en la que conciben la intervención nutricional en domicilio, tal como se expresa a continuación:

Figura 3. Implementación del diseño conceptual de las funciones y habilidades del personal de nutrición del Programa “El Médico en tu Casa”.



“Creo que la imagen del nutriólogo que se tiene es como tal dar una dieta o un plan, y es lo que establece el manual, pero creo que va más allá de eso, incluso en la visita podemos hacer más cosas, porque podemos tratar no nada más con el paciente sino con la familia, y ya ver realmente su ambiente, eso nos permite dar una mejor intervención y creo que a veces eso no se considera, que se pueden hacer otras cosas o hacemos otras cosas” (Gardenia 11:40)

Así, las funciones que corresponden a la implementación, quedan claramente identificadas en el discurso de las nutricionistas, como:

- Diferenciación del tratamiento nutricional y alimentario de acuerdo a las posibilidades de los adultos mayores, a través de la educación alimentaria y nutricional. En esta diferenciación, se considera, por un lado, otorgar la orientación nutricional al paciente, al cuidador y a los miembros de la familia, o bien la prescripción de un plan de alimentación adaptado a las necesidades del adulto mayor.

“... yo creo que el hecho de estar trabajando acá si te da como que la sensibilidad o vas aprendiendo de qué manera vas educando, porque al final del día nuestro trabajo es educar, de educar porque atendemos a pacientes vulnerables es muy difícil que ellos tengan un plan de alimentación como muy estructurado por cuestiones económicas, por cuestiones de tiempo, a veces ellos están más interesados en quitar el dolor que en otra cosa.” (Cerezo 13:29)

“Pues un plan de alimentación sería como indicar los sistemas de equivalentes, los tiempos de comida, así como, por ejemplo, establecer en el desayuno que sean dos equivalentes de cereal, dos de verduras, dos de fruta, ejemplo, eso sería un plan de alimentación. Y en metas sería, por ejemplo, si el paciente desayuna tres piezas de pan, pues que de aquí al siguiente mes no sean tres piezas, sino dos, esas serían las metas que se manejarían”. (Tulipán 8:7)

- Capacitación alimentaria al cuidador. En la mayoría de las intervenciones las nutricionistas tienen comunicación con los cuidadores, quienes son los

encargados de la preparación de los alimentos, por lo que otorgan la información necesaria sobre los cuidados de la alimentación.

“Bueno se hace una tipo plática o una orientación en general con las personas que están presentes en la consulta porque muchas veces está el paciente, el cuidador, y manda llamar que a las hermanas, o a otras personas que también llegan a cuidar al paciente, y es donde se les trata de explicar, una el proceso de su enfermedad, otra, el proceso que tiene que ver con la alimentación, y como se le puede ayudar o mejorar alguna sintomatología al paciente, en base a la alimentación, a lo mejor métodos de preparación de alimentos, saber elegir los alimentos adecuadamente...” (Loto 14:16).

- Elaboración de material educativo. Necesario para brindar la educación nutricional y lograr que se refuerce la información proporcionada y mejorar la adherencia al tratamiento.

“... ocupo más material didáctico, yo lo he tratado de elaborar, porque a veces no hay la manera de que nos lo puedan proporcionar entonces para que el paciente aprenda un poco más.” (Lirio 10:46)

“...digo simplemente yo el plato siempre se los dibujo... el plato saludable... es la cosa más útil del mundo más que el plato del bien comer, entonces... porque es más... no entienden nada del plato del bien comer y osh...y pues sí como ese tipo de cosas que son más sencillas y que ellos pueden como estarlas viendo, tocando, ponerlas en el refri o en el plastiquito de la mesa, ese tipo de cosas podría ayudar a que el apego sea más elevado...” (Iris 3:53)

- Trabajo interdisciplinario con el área de psicología. Se hace visible el trabajo interdisciplinario que realizan con el área de psicología. Ya sea acudiendo con ellos a consulta, para aprender de la intervención psicológica y aplicar estrategias para el cambio de hábitos, o bien solicitando la intervención psicológica al percatarse de situaciones que afectan la estabilidad emocional de los adultos mayores. Sin embargo, es necesario apuntar que este personal, también se ve rebasado por la demanda de atenciones que se requieren.

“...entonces es importante como seguir con esa parte de las interdisciplinas, que psicología llegue a acudir contigo a la consulta, que tu consideras que es necesaria para que sepan cómo manejar a esa persona que tiene ese tipo de problemas, cómo apoyarte, y como tu aprender a manejar, por eso te decía participe algo psicológico con los pacientes, cómo dirigirse con ellos, para que puedan tener un cambio y realmente acepten un cambio” (Acacia 15:28).

“Trato inclusive de invitarlos, siempre trato de suavizar las cosas, haciéndoles hincapié de que lo emocional tiene que ver mucho con la nutrición, de si usted no me ayuda con esos recuerdos del pasado, de que nunca le gusto hacer dieta, de que como usted me dice que de niño siempre fue gordito, trato de decirle vamos hacer uso de la psicóloga.” (Rosa 4:29)

4.2. Barreras y limitaciones al implementar la intervención nutricional en domicilio.

En el quehacer diario las nutricionistas identifican ciertos elementos que dificultan la manera en la que realizan la intervención nutricional en el domicilio de los adultos mayores que viven con diabetes. La relación de estas barreras y limitaciones con el diseño conceptual y la implementación quedan descritas gráficamente en la figura 4 y 5, que responden a las barreras y limitaciones que se presentan dentro del contexto del modo y condiciones de vida de los adultos mayores que viven con diabetes y aquellas que describen las situaciones que están relacionadas con la operatividad del programa, respectivamente.

En cuanto a las que corresponden a los adultos mayores, se describen los siguientes elementos que interfieren en la intervención nutricional en domicilio:

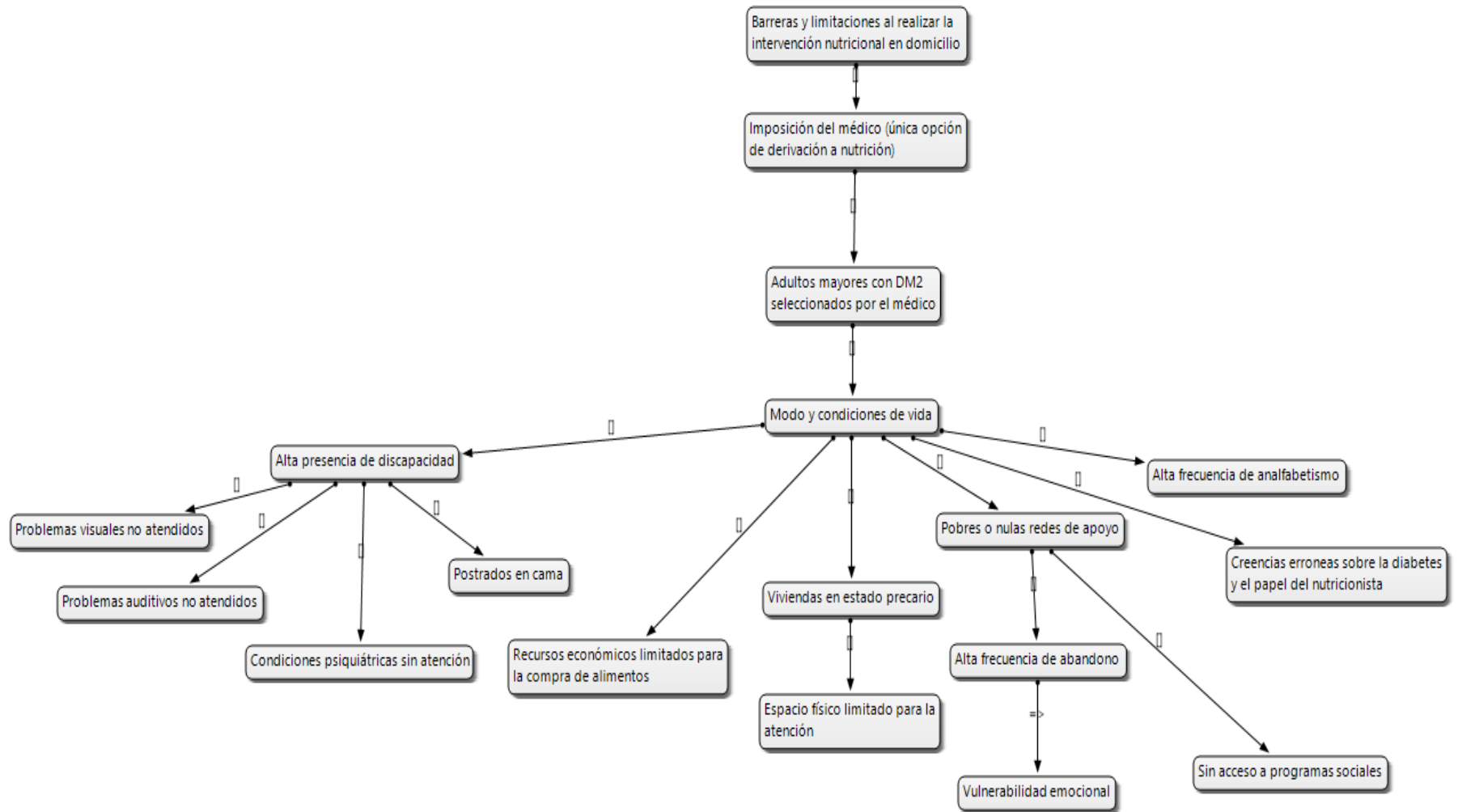
La imposición médica de los adultos mayores que deben ser atendidos por los nutricionistas. Narciso da testimonio de lo importante que resulta que todos los adultos mayores que se atienden en el programa puedan recibir al menos la valoración nutricional y de ahí determinar la prioridad de la atención.

“...entiendo que el programa es interdisciplinario y que la primera intervención siempre va hacer con el médico, sin embargo, ahorita que estoy leyendo aquí dice el médico es el que decide si sí, o si no. No debería de ser así porque pese a que el médico tiene todo el criterio clínico para determinar ciertas cosas, considero que incluso una evaluación inicial por parte del área de nutrición es necesaria, o sea, creo que nosotros, cualquiera de nutrición tendríamos que ser los que decidamos o no si lo vemos, si es prioritario o sino lo vemos. Porque volvemos a caer en la falta de prevención, puede ser que en algún momento conozcas a un adulto mayor, pero como nunca te lo mando el médico pues entonces nunca lo atendiste...” (Narciso 12:14).

La presencia de discapacidad como limitante en la transmisión y aplicación de la intervención alimentaria. La discapacidad visual, auditiva y mental, la relacionan con la limitación en la manera de educar a la población. Por ello se valen del apoyo del cuidador. También, a la hora de hacer el recordatorio de alimentos, no pueden fiarse de la información, por los problemas de memoria que presentan los adultos mayores.

“Hay adultos mayores que pues obviamente se les dificulta este proceso porque ya tienen pérdida auditiva, pérdida de visión, pero ahí nos apoyamos mucho del cuidador.” (Margarita 6:11).

Figura 4. Barreras y limitaciones descritas por las nutricionistas para llevar a cabo la intervención nutricional en domicilio (Modo y condiciones de vida de los adultos mayores que viven con diabetes)



“...también luego ya no tienen la memoria para estar recordando qué es lo que comieron, desayunaron, cenaron, el día anterior, entonces eso hace que tu recordatorio, bueno si lo realizas, pues que este no sea al cien por ciento verídico.” (Lirio 10:40)

Las dificultades de movilidad (personas postradas en cama) limitan desde la toma de antropometría, que se realiza tanto para la valoración como para el seguimiento, hasta pensar en el tipo de tratamiento que se indica, por las dificultades que representa que el adulto mayor no pueda salir de casa.

“...el paciente no se puede parar y necesitas hacer malabares para medirlo porque tampoco es muy fácil, así cómo estimas peso, pero a veces no se puede mover, o muchas otras veces la familia no coopera y no te ayuda a movilizarlo.” (Dalia 9:57)

“Porque hay algunos que dicen yo solamente puedo ir a la tienda, solo puedo ir a comprar ahí, porque o me caigo, o no tienen el respeto sobre mi discapacidad, entonces todavía se torna más difícil el poder apoyarlos con su nutrición alimentaria...” (Lavanda 1:59)

Recursos económicos limitados para la compra de alimentos. Este elemento significa para las nutricionistas, ser conscientes de que dicha situación implica decidir entre comer o comprar medicamentos.

“...es dieta, no lo puedo hacer, no tengo dinero, soy pobre y apenas si puedo vivir.” (Lavanda 1:47)

“...créeme que he conocido pacientes que desafortunadamente ya no están con nosotros, pero no tenían ni para comer una comida, dependían del vecino, del amigo, del que pasaba y vendía algún alimento que pudiera comer.” (Acacia 15:36)

“Si me ha tocado que a lo mejor le dan linagliptina se acaba, y estaba llevando bien el tratamiento de nutrición, comprando las verduras, pero de repente se acaba el medicamento y el paciente pone en balanza qué compro la verdura o el medicamento y prefieren gastarse el dinero en el medicamento y ya la alimentación cambia.” (Clavel 11:19).

“Ellos inclusive, ha habido ocasiones en las que me dicen mira en lugar de darme esta hojita con tu plan de alimentación, por qué no me das dinero, por qué no me das para un pan, porque no me das para ese litro de leche...” (Rosa 4:19).

Viviendas en estado precario. Representa una dificultad a la hora de realizar la antropometría, por el material de construcción y los espacios pequeños.

“No puedo colocar un estadímetro porque es una casa en donde es provisional y para colocar el estadímetro, la lámina está de lado, entonces en dónde lo coloco, todo ese tipo de cosas han sido difíciles, digo no imposibles porque tenemos más modos de adquirir esa información a través de la antropometría, pero sí ha sido difícil.” (Acacia 15:44).

Pobres o nulas redes de apoyo: abandono. Esta situación no les permite realizar las recomendaciones del personal de nutrición y al momento de otorgar la atención los adultos mayores aprovechan para contar cómo se sienten. Según los testimonios, se puede apreciar que el abandono afecta el estado emocional de los adultos mayores, pero también otras circunstancias, como la falta de dinero, la pérdida de la salud, la percepción de la cercanía de la muerte, lo que hace que la tarea de otorgar atención nutricional sea más compleja.

“No cuentan con algún cuidador, hay muchos pacientes que sí están solos prácticamente y eso implica que no puedan llevar acabo ciertas recomendaciones.” (Girasol 2:28).

“te llegas a tardar más en una consulta porque el paciente se puso a llorar porque se fue el cuidador, o porque no le han pagado en su tarjeta, a lo mejor ya no te da tiempo, ya no te enfocas a hablarle tanto de nutrición, pero al ganarte la confianza el paciente te va identificando.” (Clavel 11:21).

Incluso reconocen los problemas que algunos adultos mayores han tenido para recibir la Pensión Alimentaria, que incluso es el único ingreso que tienen.

“...por tener una discapacidad misma de la enfermedad le resulta difícil trasladarse aunado a que la persona que los apoya, el cuidador, pues trabaja o sale a ciertas horas, se queda solo el paciente, entonces sería eso la accesibilidad de los alimentos, la cuestión económica, porque muchos adultos mayores dependen del apoyo que daba el gobierno, que ahorita pues se ha estado alargando este proceso.” (Loto 11: 29)

Creencias erróneas sobre la diabetes y el papel del nutricionista. El personal de nutrición identifica las creencias de los adultos mayores como otro problema para realizar la intervención nutricional, mencionando que es imposible modificar los hábitos de estas personas, por los años que llevan practicándolos, por las creencias que adoptaron de sus lugares de nacimiento, y la idea que pueden tener de lo que hace un nutriólogo. De hecho, perciben que la población atendida, tiene una idea errónea de las acciones que realiza el personal de nutrición, entendiéndolo que sólo regañan y restringen el consumo de alimentos.

Incluso expresan que, dentro de esas creencias, está la de que realmente con lo que deben cumplir es con la farmacoterapia y no tanto con la alimentación como parte del tratamiento de la diabetes.

“Son varios problemas, yo digo que es la cultura alimentaria que tienen, sus costumbres y que nunca han estado o han acudido con un nutriólogo, solamente tienen el mito o le dicen el nutriólogo es el de dietas, dinero, etcétera, cuando no es así.” (Hortensia 7:29)

“Porque muchas veces llegas y le dicen es la nutrióloga, contesta ¡ash! Ya me va poner a dieta, no voy a poder comer nada.” (Clavel 11:12)

“Sí se nota el paciente como un poquito a la defensiva cuando llegamos, porque piensa que vas a regañarlo, como le dice uno que va a ver cómo come, qué hace, luego, luego empieza de sí como verduras, sí como frutas y luego, luego empiezan a defenderse.” (Rosa 4:9)

La edad como limitante percibida por las nutricionistas. Las nutricionistas mencionan que al brindar la intervención nutricional a los adultos mayores que viven con diabetes se pueden encontrar con la negación o renuencia hacia la modificación en la manera de alimentarse.

“Hay de todos, hay adultos mayores, la mayoría te puedo decir que, si están abiertos en aceptar o receptivos a que les puedas enseñar, y si hay adultos mayores que están en el modo de ya estoy viejito y no voy a cambiar nada, pero yo diría del cien por ciento un 70 por ciento si están abiertos a escuchar, al menos, ya de ahí a que lo hagan es otro porcentaje diferente.” (Narciso 12:28)

Alta frecuencia de analfabetismo. Otra de las barreras identificadas es el nivel educativo, sobre todo a la hora de dejar las recomendaciones, ya que es población analfabeta, perciben que la comunicación con ellos no es la mejor, esto afecta la adherencia al tratamiento.

“La otra es el nivel educativo de los adultos mayores, a pesar de que ellos son gente linda, no siempre el nivel de educación que tienen hace que puedas hacer una comunicación tan fluida, pero si tú les buscas la manera y lo haces a fondo si se puede, pero esos son... entonces probablemente durante la entrevista te capten bien y puedan como replicar alguna información que tú le das, pero si le dejas algo escrito no funciona porque no lo puede leer, a veces sus cuidadores tampoco saben leer.” (Narciso 12:35).

El papel de la familia y el cuidador. Reconocen que la familia también influye para que los adultos mayores no lleven a cabo las recomendaciones propuestas, que la consulta en domicilio no es tan fácil por el hecho de recibir preguntas por parte de todos los miembros de la familia y se enfrentan al cambio frecuente de cuidadores.

“Igual la familia es algo muy importante, por ejemplo con pacientes que están postrados o que no pueden, finalmente son adultos mayores, no tienen la misma capacidad que nosotros, al momento de hacer los alimentos, se basan en lo que les da la familia, entonces a la familia como no se siente mal finalmente si hay un refresco pues le dan un refresco al paciente, le dan los alimentos que ellos consumen, la familia se torna a que el paciente no tenga ese apego.” (Lavanda 1:100)

Finalmente, Cerezo menciona las dificultades del entorno comunitario a las que se enfrentan los adultos mayores y que interfieren en la implementación de la intervención nutricional y en los resultados de esta.

“...hay determinantes sociales que no están en su alcance, ellos no decidieron que sus tres hijos no estuvieran, que trabajaran muy lejos, o que se hubieran casado, se hubieran ido, o que definitivamente la zona donde están estuviera súper alejada, o que no tuvieran agua, hay personas que no tienen drenaje, o que no tienen agua potable, o que estudiaron hasta la primaria” (Cerezo 13:48).

Barreras y limitaciones desde la operatividad del Programa.

En cuanto a las barreras y limitaciones que no tienen que ver con la población atendida, sino con situaciones propias del programa se incluyen las siguientes:

Las tareas administrativas y el tiempo. Estas interfieren en el tiempo que destinan para realizar la intervención, dichas tareas incluyen realizar las notas de evolución, llenado de historia clínica, hojas diarias, entre otros reportes.

“...son cuestiones más administrativas las que llegamos a tener un poquito más, o sea si tenemos que dividirnos más el tiempo para que en 8 horas nos alcance a ver cosas de campo, traslado, el manejo con el paciente, porque a veces es muy tardado...” (Loto 14:13)

La inseguridad de las zonas visitadas y el reconocimiento del riesgo que implica ser mujer. Las nutricionistas mencionan que realizar las visitas a estos adultos mayores que no pueden desplazarse, implica ir a zonas que se consideran de riesgo, incluso les resulta difícil acceder a algunos domicilios porque ya se han presentado situaciones que las han puesto en peligro. Esto genera que tarden en acudir a dar el seguimiento.

“...vamos a un domicilio, es foco rojo, nos asaltan y ya no vamos, y entonces el paciente se queda descubierto, pero ya no es por nosotros sino por nuestra propia salud, esa también es una desventaja que no tengamos protección y el entorno donde trabajamos.” (Lavanda 1:90)

Iris, menciona que implica un riesgo ser nutrióloga, ser mujer:

“...pero entonces ser nutrióloga en el programa, definitivamente es una situación de riesgo, también porque somos mujeres...” (Iris 3:21)

Reconocimiento de los recursos insuficientes del Programa. Destacan dentro de estos el transporte, que se relaciona con la consulta compartida y la periodicidad larga en el seguimiento de la intervención nutricional, misma que se vincula con la rotación por los centros de salud, a causa de la falta de personal. Esto limita que se pueda dar el seguimiento adecuado a las recomendaciones realizadas.

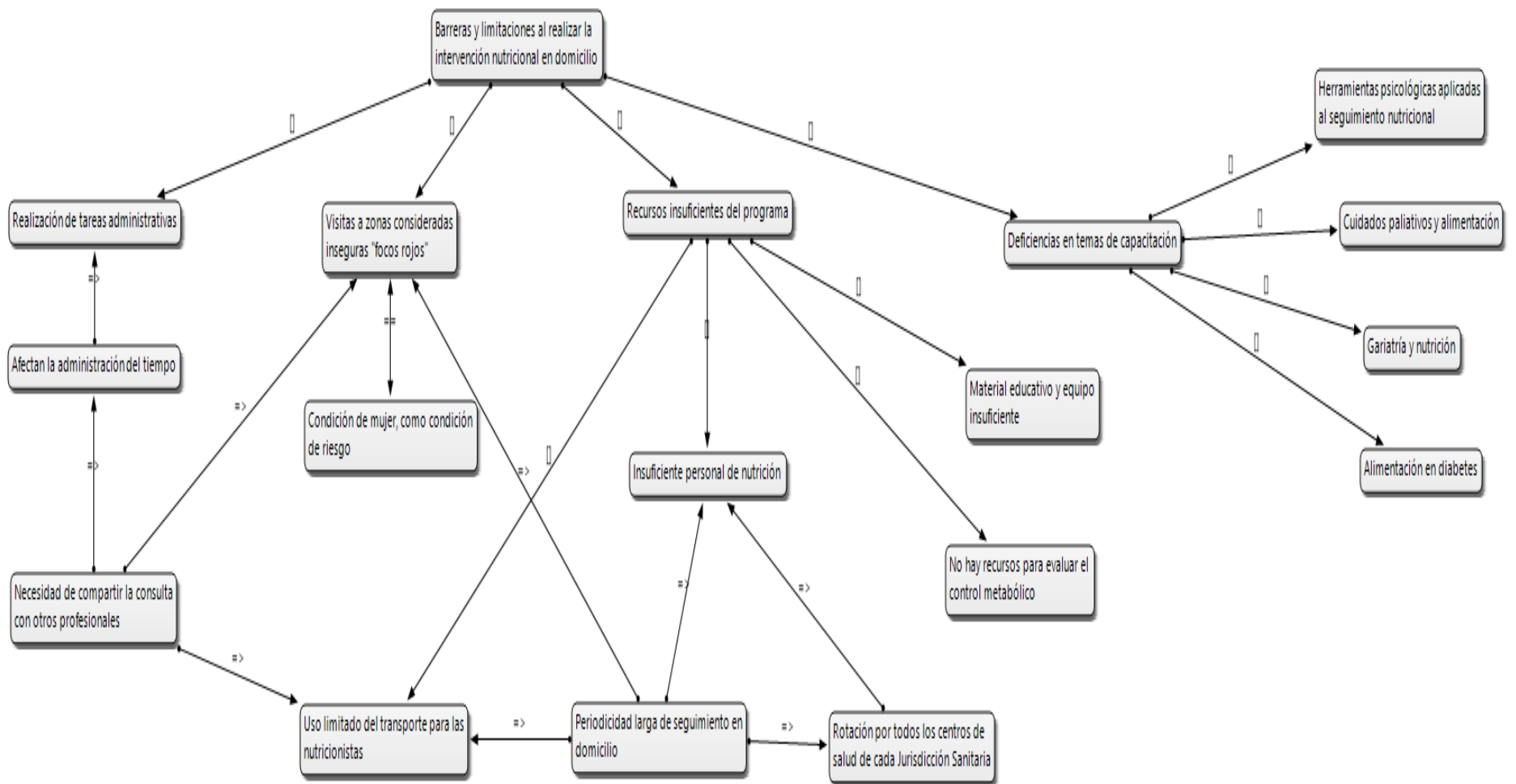
“...quizá falta personal, un seguimiento más de cerca con el paciente, a veces no se pueden cubrir todas las necesidades porque no hay todo el personal que se necesita, no en nutriología...” (Gardenia 5: 33)

“Trato de hacer el seguimiento como quisiera, pero una consulta de nutrición para llevar ese seguimiento mínimo cada 15 días, pero como mi rotación es de siete centros yo ando cada semana en cada centro, entonces más o menos regresar a ese centro es mes y medio, pero no me da, es un censo de cada centro de cien pacientes, en la primera vuelta vemos 25 y en la segunda es ver los otros, y así.” (Rosa 4:14)

Falta de recursos para vigilar el control metabólico. Las nutricionistas expresan que una gran limitación para verificar que las recomendaciones tengan resultados en el control glucémico, expresan también la desventaja de que no existan ya programas como USDO, que brindaban estudios de laboratorio de forma gratuita.

“no tenemos todo lo necesario para darle un buen tratamiento..., por ejemplo, estudios de laboratorio si teníamos antes pero ahora ya no los tenemos, entonces para saber el daño de insuficiencia renal a veces si lo tenemos a veces no, y entonces para sacar realmente lo que necesita de fósforo, de magnesio, de potasio no lo podemos sacar porque nos faltan todas estas herramientas para poder complementar la práctica.” (Lavanda 1: 76)

Figura 5. Barreras y limitaciones descritas por las nutricionistas para llevar a cabo la intervención nutricional en domicilio (Operatividad del Programa)



Material educativo y equipo insuficiente para llevar a cabo la intervención. El material que se reconoce como faltante es el necesario para realizar las mediciones antropométricas y material didáctico para brindar la educación alimentaria. Esto implica que tengan que comprar los materiales necesarios.

“digamos que desde mi punto de vista hace falta material, solamente se nos ha otorgado cinta métrica, entonces hace falta equipo, ese material, también a lo mejor material educativo para llevarlo al domicilio del paciente, en ese sentido si tiene ciertas carencias.” (Girasol 2:22)

Capacitación deficiente en temas que las nutricionistas consideran indispensables. Consideran que es necesario capacitarse en aspectos de psicología, geriatría, diabetes y cuidados paliativos.

En particular, en el tema de diabetes se expresa la necesidad de conocer sobre cómo tratar a los adultos mayores con las características de la población que ellas atienden o bien el manejo de las complicaciones.

“...buscar capacitaciones en el manejo de diabetes precisamente en adultos mayores que no es lo mismo aplicarlo, así como muchas veces lo describen a como lo vivimos nosotros en campo o a nivel de la situación por las que tenemos estos grupos vulnerables, finalmente son de escasos recursos, es población analfabeta...” (Loto 14:42)

4.3. Estrategias de acción que se desarrollan para realizar la intervención nutricional en domicilio.

Como respuesta a las barreras y limitaciones a las que se enfrentan las nutricionistas en la atención domiciliaria, llevan a cabo ciertas estrategias que buscan adaptarse a los recursos con los que cuentan dentro del programa y a los de la población atendida.

Estas estrategias se refieren a aquellas que responden a la adaptación según las condiciones de vida del adulto mayor (discapacidad, vulnerabilidad emocional,

recursos económicos limitados y creencias del nutricionista), y a la insuficiencia de recursos (material, equipo y personal) y capacitación.

Dichas estrategias se pueden apreciar en la Figura 6, y se describen a continuación:

Apoyo del equipo interdisciplinario. Ante las dificultades que las nutricionistas perciben respecto al estado emocional de los pacientes, suelen apoyarse del área de psicología, comentando directamente con el paciente la posibilidad de que se le brinde esta atención.

Para cubrir la deficiencia en cuanto al seguimiento oportuno, por la falta de personal y la rotación en centros de salud, las nutricionistas se apoyan del equipo interdisciplinario, manteniéndolos al tanto de las recomendaciones que se dejan a los adultos mayores.

“Entonces es como estarles recalcando y también diciéndole al médico y enfermera las indicaciones que uno considera para que en cada visita se las estén recordando...” (Clavel 11:17)

Aprender de las estrategias del equipo interdisciplinario. También echan mano de los conocimientos de los profesionales de la salud que colaboran en el programa, y así enriquecer sus conocimientos en campo.

“Pero yo creo que aprendes mucho, conoces a mucha gente, a tratar con diferentes personas, te haces más tolerante y aprendes, a mí me gusta mucho salir con el médico porque dependiendo del médico es como revisa al paciente, hay médicos que lo revisan de la punta del pelo a la punta de la uña, a mí me sirve porque voy viendo que va encontrando el médico, yo que puedo hacer y a veces se da la intervención conjunta.” (Clavel 11:37)

Recomendaciones prácticas de acuerdo a las condiciones de vida del adulto mayor. Este rubro abarca estrategias que tienen que ver con los limitados recursos económicos de la población atendida, van desde la adaptación del plan de

alimentación hasta hacerle saber a los adultos mayores cuál es el objetivo de la atención nutricional en domicilio.

Adaptación del plan de alimentación en los casos que pueda ser utilizado. Las nutricionistas reconocen lo difícil que es indicar un plan de alimentación a los adultos mayores por el difícil acceso que tienen a los alimentos, por lo que lo adaptan a las necesidades de la persona.

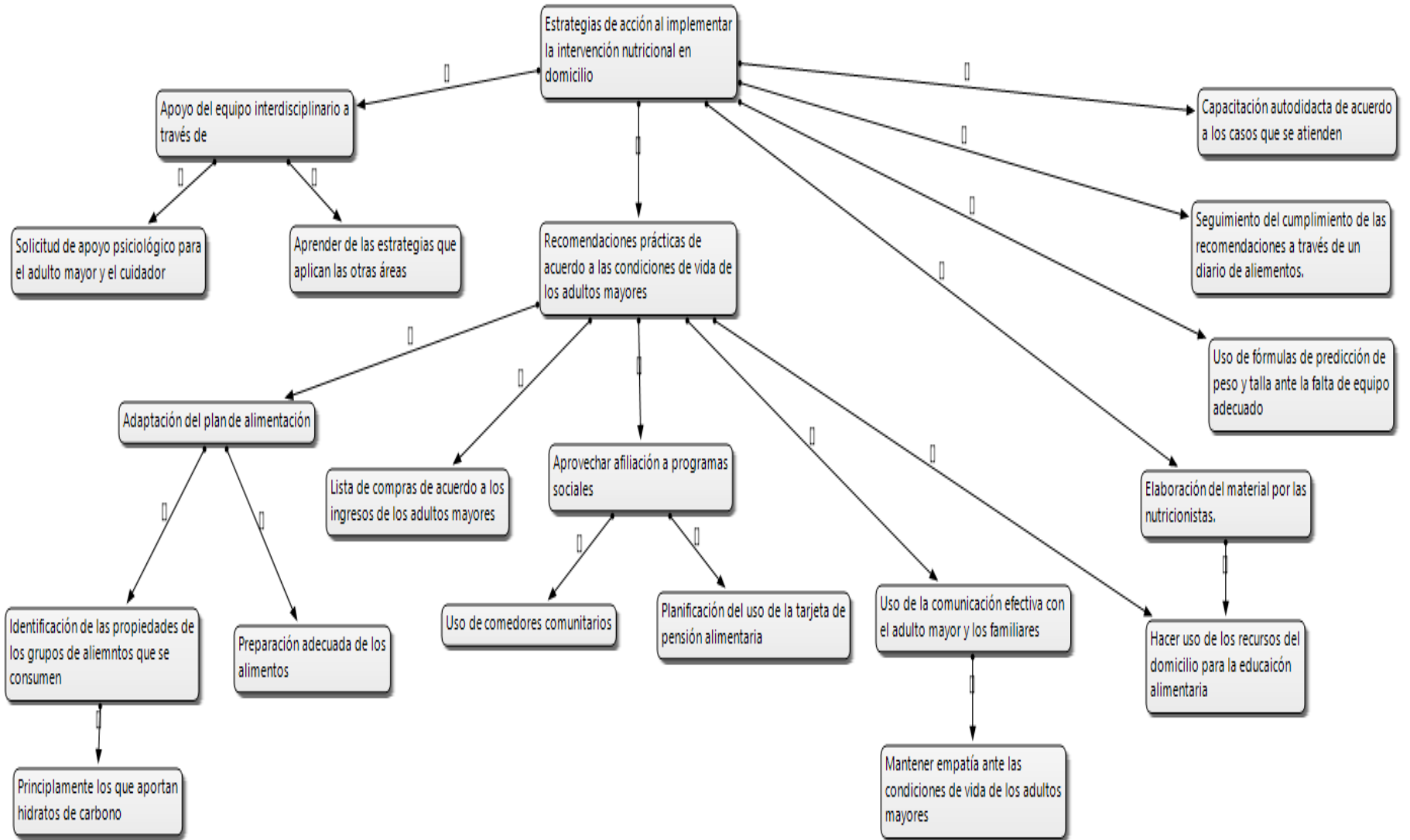
Educación alimentaria en diabetes: identificación de grupos de alimentos y aporte de hidratos de carbono. Las estrategias que ponen en marcha para lograr cambios en la alimentación de los adultos mayores, se enfocan en educación para que los pacientes identifiquen los grupos de alimentos en especial aquellos que tienen impacto en los niveles de glucosa y así los adultos mayores puedan hacer elecciones mejores en el consumo.

“...yo empiezo a dar orientación en cuanto a conocer los grupos de alimentos, porque muchas veces ni siquiera saben los grupos de alimentos que existen, que alimentos se encuentran en cada uno de los grupos.” (Acacia 15:14)

“Entonces les explicó lo que son los grupos de alimentos, cuáles pueden hacer que les eleve la glucosa, como combinarlos, más o menos que cantidades...” (Dalia 9:16)

Lista de compras y preparación de alimentos. La orientación alimentaria también abarca recomendaciones en cuanto a las preparaciones de los alimentos, aquellos que se encuentran en casa, qué alimentos comprar para complementar la alimentación y que además estén a su alcance. Una estrategia más, es apoyar en la elaboración de la lista de compra de alimentos, que se adecue a los ingresos de los adultos mayores:

Figura 6. Estrategias de acción que se realizan para realizar la intervención nutricional en domicilio



“como nutriólogos buscar el área de oportunidad, incluso dándole una lista de compras para aprovechar sus ingresos, quizá lo más saludable posible de acuerdo con lo que ellos tienen.” (Gardenia 5:27)

Uso de programas sociales: pensión alimentaria y comedores comunitarios.

Por otro lado, se valoran las redes de apoyo con las que se cuentan y la mejor manera en la que pueden aprovechar los programas sociales como la pensión alimentaria o el uso de los comedores comunitarios:

“Siempre preguntarle al paciente con qué recursos cuenta, tratar de hacer una red de apoyo, ver si tiene el apoyo de alguna tarjeta del adulto mayor para adquirir alimentos, y en base a sus recursos adaptarle el plan, muchos pacientes se les dificulta la cuestión del plan, en muchas ocasiones damos recomendaciones y establecemos las metas mínimas, por ejemplo el consumo diario de fruta, de verdura, usar cosas lo más accesibles, frutas de temporada, los comedores comunitarios, hasta qué días hay promociones en ciertas tiendas para que el paciente pueda adquirir alimentos más accesibles.” (Margarita 6:18)

“...la gente compra alimentos en los comedores comunitarios, entonces ahí lo que les mencionó que es para lo que les alcanza, está bien, pero digamos la recomendación sería que en medida de lo posible si le pudieran hacer ciertos cambios a esos alimentos que ya compraron.” (Girasol 2:29)

La empatía y la comunicación efectiva para dar a conocer el papel del nutricionista. La estrategia que han encontrado las nutricionistas ante los mitos que se tienen sobre su trabajo como profesionales de la salud, es mantener una comunicación efectiva y basada en la empatía para generar un ambiente de confianza con los adultos mayores y sus cuidadores, y generar cambios favorables en la alimentación.

“... y si tú llegas en una actitud normal y te dicen es que me va regañar, yo no regañó, yo les digo al que le va hacer daño es a usted, tener como otra táctica para que el paciente se sienta con la confianza...” (Clavel 11:58)

Los recursos del hogar como herramientas de material educativo. Así mismo, ante la barrera de no contar con material educativo y aprovechando que tienen el acceso a los domicilios, aprovechan para orientar con los platos, tazas y alimentos que ellos tienen.

*“también utilizar lo que son los platos, que ellos utilizan para comer y ya le digo pues hasta aquí es la cantidad de alimento que se va a comer...”
(Lirio 10:43)*

Elaboración propia de material educativo. Como estrategia para adaptarse al hecho de que no cuentan con material educativo para realizar la intervención nutricional, ellas mismas aprovechan para elaborar material como carteles, trípticos en función de lo que requieren aplicar con la población, sin embargo, esto también les resulta desgastante.

“la otra es que como ya en parte de la consulta utilizar dibujos, o dibujos creo que es lo que he utilizado, utilizar los mismos alimentos que tienen en su domicilio como para acercarnos a su realidad, decirle a con lo que tiene esto va a hacer.” (Narciso 12:38)

Uso de fórmulas de predicción. Como parte de la valoración y seguimiento nutricional, se debe realizar la toma de medidas antropométricas, las cuales no se pueden realizar por falta de material adecuado o bien por las características físicas del adulto mayor, por lo que ponen en práctica el uso de estas fórmulas y con ello facilitar los cálculos que tengan que realizar, aunque no siempre es suficiente.

“Ya de ahí paso a las revisiones antropométricas, en el caso de que el paciente no se me pueda subir a las básculas si aplicó las fórmulas con mediciones, y de ahí ya hago su valoración si es sobrepeso, obesidad, desnutrición...” (Rosa 4:11)

Seguimiento y monitoreo a través de un diario de alimentos. Ante el periodo de seguimiento largo para llevar a la intervención nutricional y además de apoyarse en

el médico, que acude más seguido con los pacientes, han implementado la estrategia de solicitar un diario de alimentos para verificar qué es lo que comen y si han realizado las recomendaciones o metas propuestas.

“entonces lo que hemos optado con él, yo le deje un cuaderno y ahí me apunta lo que come a lo largo del día, entonces cuando yo llego ya se lo reviso y se lo señalo con el marcatextos, esto no debe de comerlo, dígales que le regalen otra cosa y lo va cambiando poco a poco, y entonces con el sí se han tenido resultados buenos.” (Tulipán 8:35)

Capacitación autodidacta para realizar la intervención nutricional de acuerdo a los casos atendidos. Ante la falta de capacitación y la experiencia con los padecimientos y características de los adultos mayores, el personal de nutrición toma cursos por fuera de la institución y hace investigación propia.

“Me llegó el caso de una paciente que tenía cáncer en piel, pero solo de la cara, y si fue un reto porque no tenía dientes, no tenía lengua, ... entonces ese tipo de cosas son las que te hacen a ti mismo regresar a tus apuntes, regresar o buscar realmente cursos.” (Lirio 1:66)

4.4. Ventajas de llevar a cabo la intervención nutricional en domicilio.

A lo largo de las entrevistas se puede notar que a pesar de las barreras y limitaciones a las que se enfrentan las nutricionistas, ellas identifican las ventajas de realizar la intervención nutricional domiciliaria. Mismas que reconocen en torno a la visibilización de los adultos mayores que no pueden acudir a las unidades de salud.

Al acudir a los domicilios, tienen la oportunidad de valorar realmente el contexto en el que viven los adultos mayores, con ello perciben que brindan una mejor atención, a través de una auténtica individualización de la intervención nutricional. Expresan que, la educación alimentaria la pueden realizar con los insumos que se tienen en los domicilios, desde valorar los utensilios de cocina hasta conocer cuáles son los

alimentos que se tienen disponibles, tal como lo muestra la red “Ventajas de la intervención nutricional en domicilio” (Figura 7).

Visibilización de los adultos mayores que no pueden acudir a la unidad de salud. Identifican como una gran ventaja el hecho de que se pueda brindar la atención médica y nutricional, a personas que quizá en otro momento no tenían acceso a los servicios de salud, además de reconocer las condiciones de vida bajo las que viven.

“una de las ventajas es que realmente el paciente empieza a tener conocimiento de lo que es nutrición porque en toda su vida no han llevado nada, entonces llegar a ese rinconcito de la Ciudad de México y hacerle ver que te preocupas por él, que estás ahí, que le vas a enseñar eso es algo muy positivo para mí, porque ellos ya no van al centro de salud, eran como unos fantasmas que nadie sabía de ellos, hasta que en este caso llegamos.” (Lavanda 1: 87)

Importancia de la valoración de las condiciones de vida de los adultos mayores que viven con diabetes. Las nutricionistas reconocen la importancia de la valorar las condiciones de vida de los adultos mayores, y con ello adaptar la intervención nutricional a lo que realmente requieren las personas mayores. Otorgar la educación de acuerdo al contexto que ellos conocen. De esta manera se percibe la intervención nutricional como mejor, que, en el consultorio, pues se puede valorar el contexto real de la persona.

“...también tenemos la parte de la casa del paciente, así de mire con esta tacita podemos medir la porción de fruta o con este platito es lo que se debe comer de tal cosa, entonces tiene como sus pros y sus contras.” (Tulipán 8:18)

“Digo en consulta si manejo que tanto de agua toman, muéstreme su vasito, si está bien o mal, qué tanto de frijolitos se sirve, muéstreme el cucharón con el que se sirve, o sea es importante utilizar, tener como el apoyo de utilizar material visual para que ellos puedan entender eso, más como modificar su alimentación, cómo a través de la alimentación podemos cambiar o modificar su estado de salud de acuerdo a su patología. (Acacia 15:2)

Impacto familiar de la intervención nutricional en domicilio. Otro aspecto que consideran como ventaja es el impacto que pueden generar con la familia, ya que la orientación nutricional la realizan con ellos presentes.

“puedo ver qué es lo que comieron, y con la familia, no solo es la orientación con el paciente, incluso si hay otras personas el cuidador, u otra familia puedo aprovechar para dar alguna recomendación que le pueda servir de beneficio a la familia.” (Margarita 6:30)

Accesibilidad de la intervención nutricional como servicio público. Y finalmente reconocen que el servicio a domicilio del personal de nutrición sin costo, representa una ventaja, por la falta de recursos económicos de las personas.

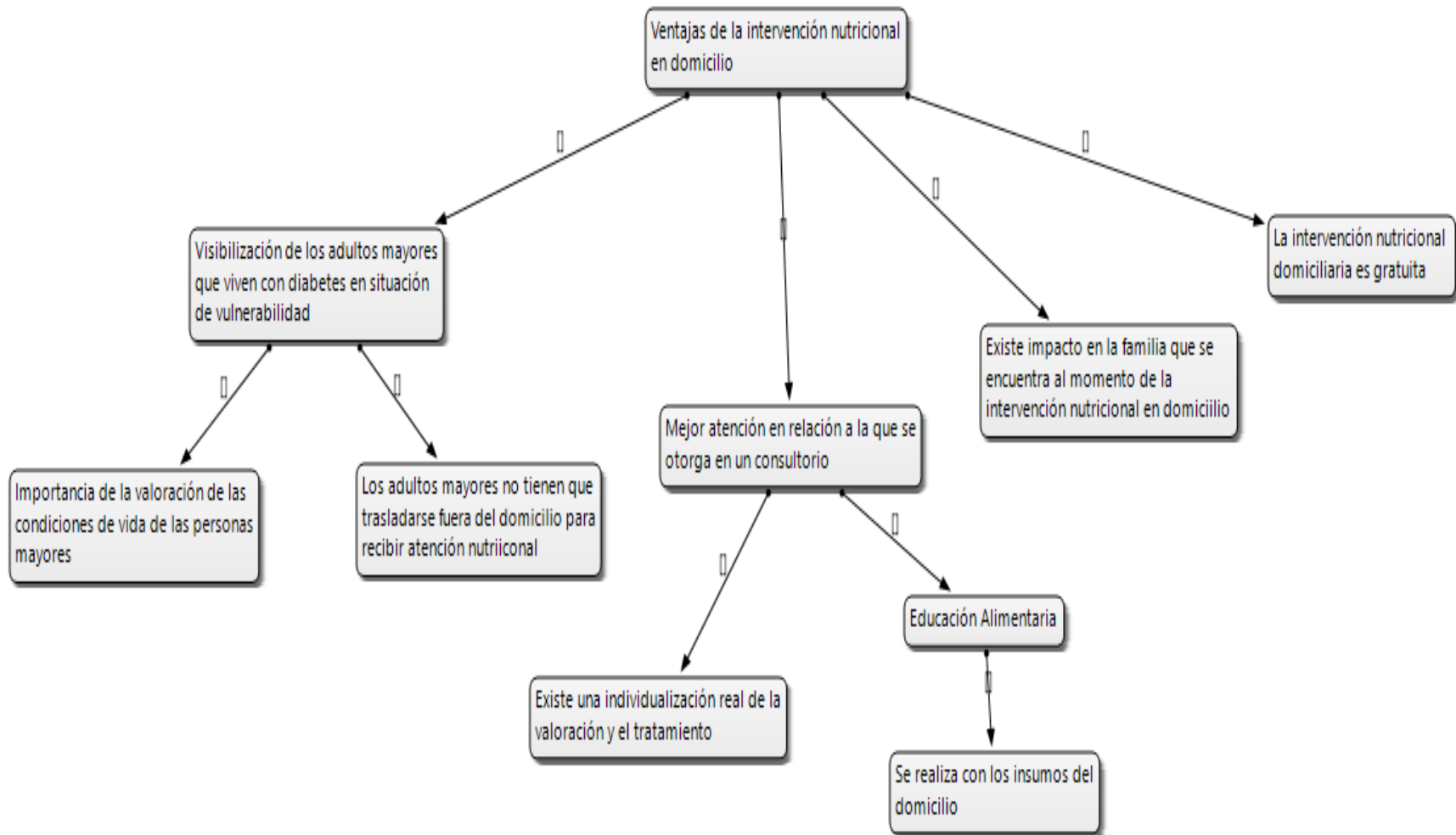
“Las ventajas, yo siento, hasta ahorita como ventaja que ya no tienen que trasladarse, pagar una consulta en el privado, eso es una gran, gran ventaja, que te lleven el conocimiento a tu casa, sentado, inclusive que te estemos diciendo y enseñando todo.” (Rosa 4:24)

4.5. Percepción de los resultados obtenidos en los adultos mayores que viven con diabetes a través de la intervención nutricional en domicilio.

Es importante señalar, que en el discurso las nutricionistas identifican que las condiciones de vida del adulto mayor y la edad, son características que determinan los resultados de la intervención y comentan que no creen que ésta pueda tener resultados de alto impacto en su alimentación.

“...aunque para otros si sienten que es como algo pues que... inservible, porque dicen a mí de que me sirve que me vengas a decir eso si no tengo dinero para comprarlo, o lo único que me traen es pan o cositas así, lo único que tienen a la mano es una tienda y no pueden ni siquiera salir a comprar sus alimentos.” (Loto 14:46)

Figura 7. Ventajas de la intervención nutricional en domicilio



Ante ello, hacen referencia a que **la intervención nutricional llegó tarde a los adultos mayores que viven con diabetes**, pues en la experiencia notan que los adultos mayores expresan agradecimiento por la oportunidad de conocer más sobre la diabetes y los cuidados en la alimentación, incluso mencionando que de haber recibido este tipo de información tempranamente ante el diagnóstico, seguramente se encontrarían mejor.

“si alguien me hubiera explicado esto antes, la verdad es que sí me hubiera tomado los medicamentos... porque ya entiende por qué es importante, porque se siente sin energía, porque se la pasa haciendo pipí y por qué tienen un buen de hambre, y entonces dices ah... el mismo me dijo, ah ya entiendo, por qué entonces... el azúcar ¿qué?, yo no sé si se imaginan cristalitos de azúcar o qué... entonces agradecimiento en algunos sí lo ves positivamente...” (Iris 3:25)

“Yo creo que un 60 por ciento les es grato porque realmente nadie llegó y les explicó sobre carbohidratos simples y complejos, y llegas y les dices sabes qué es eso, ya en el momento que les explicas entienden mejor su enfermedad y es un beneficio para ellos, o el decir que el azúcar y los dulces son lo dulce que les hace daño cuando también el pan y la tortilla, para ellos pan y tortilla significa que no les sube su glucosa porque no son dulces, entonces al momento que les dices eso pues se asombran, se interesan.” (Lavanda 1:95)

Relacionado con lo anterior, las nutricionistas refieren que los adultos mayores las **reconocen como las expertas en alimentación**, a pesar de las creencias que se tienen sobre el papel del nutricionista.

Perciben que, el contar con la atención del personal de nutrición, favorece la solución de dudas respecto al consumo de alimentos, que no son cubiertas por otro miembro del equipo.

“Muy bien, porque muchas veces te dicen que ya necesitaban un nutriólogo, ya quería saber qué comer, ya quería platicar con usted, ellos

lo ven muy bien, que, sí es necesario para ellos, ellos lo solicitan o ellos mismos lo dicen.” (Hortensia 7:40)

“Pero, siempre es voy a tratar de hacerlo, entonces con la experiencia que tengo sí ha habido cambios, sí ha habido disminución, percepción del consumo de la ingesta de algunos, pero ellos lo que me han manifestado les gusta que les llevemos esa información, porque hay veces que no saben ni que consumir, ni que tomar.” (Acacia 15:38)

Las nutricionistas rescatan que el mayor resultado que han tenido con la intervención es **la conciencia de autocuidado**, principalmente en la ingesta de alimentos que influyen en el control glucémico y la importancia del automonitoreo.

“Sí hay algunos que han tenido sus modificaciones, que han por ejemplo incluido o disminuido el consumo de bebidas azucaradas, esas son de las primeras cosas que me gustan tratar, ver cómo van disminuyendo poco a poco, la verdad es que he visto a veces muy poquito, pero si van mejorando en cuanto a hábitos, igual en sus glucemias algunos que sí, otros que de plano no, hay pacientes que ya no quieren nada, que ya no quieren vivir. Hay pacientes que si se apegan y si pueden llegar a ver ciertos cambios.” (Gardenia 5:50)

“Sí cambian sus hábitos, cambian porque ellos empiezan a conocer la cuestión de los alimentos, qué alimentos tienen mayor cantidad de carbohidratos, que alimentos no, y eso también ayuda a que sus niveles de glucosa poco a poco vayan siendo un poco regulares, a lo mejor no llegamos como a lo indicado, pero si tratamos que no vayan a tener más complicaciones.” (Lirio 10:49)

“Pues sí, en muchos de los casos creas esa parte de la duda, y a lo mejor lo que mencionaba de la parte del monitoreo de la glucosa que llevan a cabo, y a lo mejor ahí se dan cuenta que no tienen un buen control de su enfermedad y empiezan a hacer esos cambios.” (Girasol 2:26)

4.6. Visión de las nutricionistas sobre la intervención nutricional en domicilio.

Ante la información arrojada en los puntos anteriores, se incorpora al análisis de los resultados, la visión que tienen las nutricionistas sobre la intervención nutricional que llevan a cabo en domicilio, que como se puede apreciar es una práctica compleja.

Al preguntar sobre esta visión de la práctica profesional, las nutricionistas destacan tres elementos:

- a) Gratificación personal,
- b) Frustración e
- c) Identidad como profesional de la salud.

Los primeros dos elementos respecto a la **gratificación personal** y la **frustración** se pueden identificar como recursos personales de las nutricionistas, donde relacionan de alguna manera su labor con el bienestar emocional del adulto mayor lo que produce gratificación personal:

“es gratificante, si podemos verlo con ojos positivos, gratificante más que nada por la atención que le das a los pacientes, no tanto por los resultados que puedan llegar a tener, porque honestamente no son tantos, porque insisto es la situación económica, la social, a lo mejor si solo es una persona o están solos, cómo le digo al viejito que vaya al mercado de abajo, o de tres cuadras y a la izquierda, cuando no puede salir a nada, entonces en ese sentido, como tal no hay tantos cambios, pero si hay la gratificación de que al final estás escuchando a una persona que es lo que requiere.” (Iris 3:23)

A la par mencionan que acercarse a la realidad de cada persona atendida, les es frustrante y desgastante, esto se puede relacionar con las barreras y limitaciones que tienen para llevar a cabo la práctica profesional.

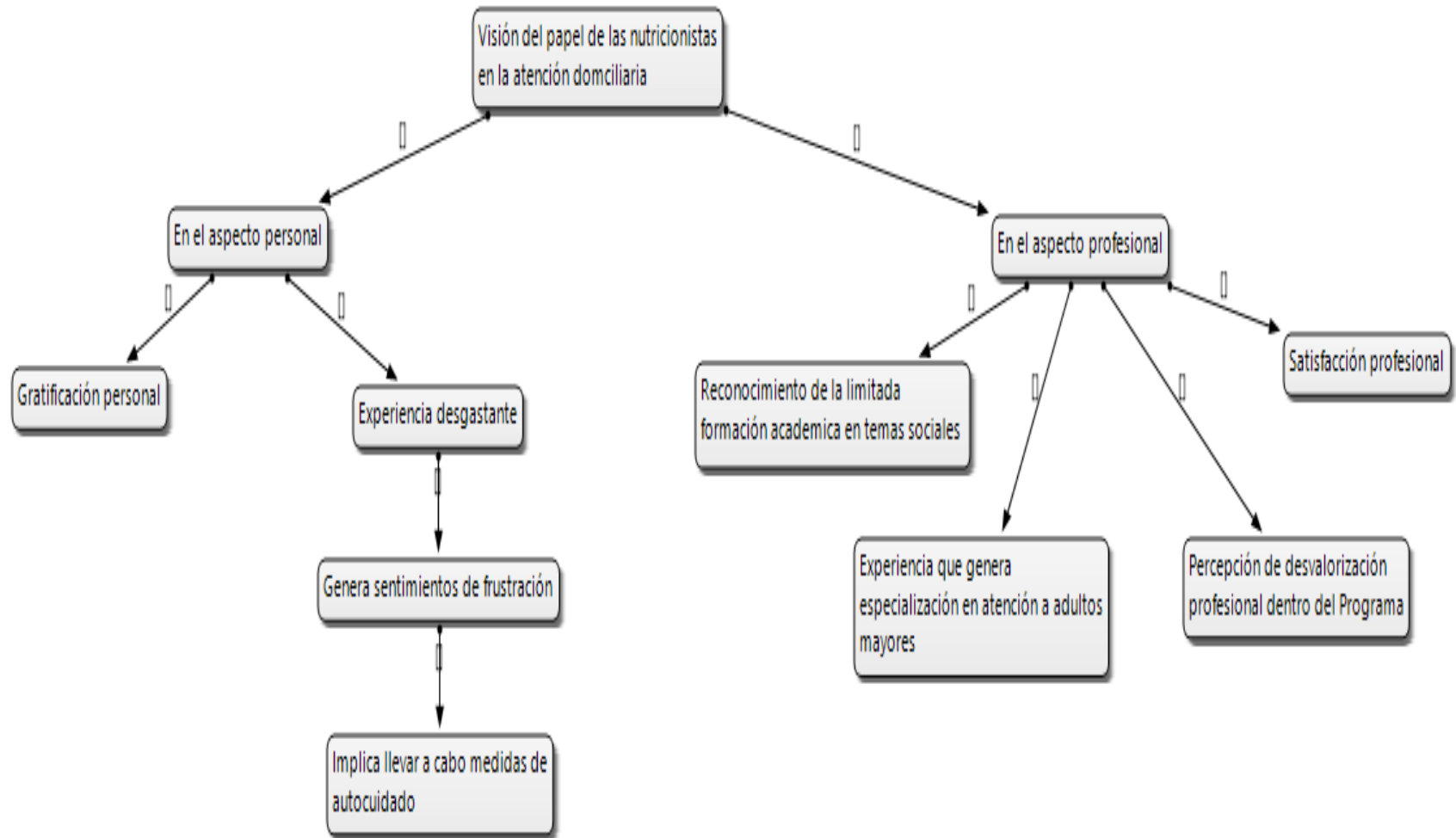
Como lo menciona Dalia, quien ha buscado el apoyo psicológico para continuar con su trabajo.

“Es que si entramos a casas en donde están tan descuidados los adultos mayores que ni siquiera les limpian y si hay como fauna nociva, pero pues yo creo que es más emocional, te parte el corazón ver a la gente así. O sea, cómo pudiste dar tanto en la vida y de repente no te den nada y sientan que eres una carga, eso es muy feo. Yo creo que me ataca emocionalmente... Iba a terapia, desde que entré al programa dije no puedo manejar esto, es muy difícil, y ver que, repito a mí me gusta trabajar mucho con adultos mayores, niños y adultos pues sí es bueno, pero siento que es una población abandonada, y a la que ya no le dan importancia literal, literal, no solo en medicina o en salud, es una población abandonada, y me gusta ayudar, que yo siento que voy y los escucho.” (Dalia 9:50).

Respecto a su **identidad como profesionales de la salud**, identifican que durante la formación académica no recibieron la preparación necesaria que exige atender al tipo de adultos mayores que son beneficiarios del programa, y cómo es que han tenido que adaptarse de acuerdo a las herramientas y recursos que han generado en su experiencia.

“Creo que es algo diferente a lo que te enseñan en la escuela porque en las escuelas es como todo muy cuadrado, es así de no, si el paciente tiene tal enfermedad, ustedes tienen que adecuar el plan de alimentación a tantos hidratos de carbono tantos lípidos, tanta proteína y ya cuando llegas a la realidad del paciente, dices pues sí, si sabes la parte teórica pero ya viéndolo en la vida real ves que no es tan sencillo adecuarlo a un paciente o no es tan sencillo que un paciente se adecue, a lo mejor por la limitación de la familia, a lo mejor tiene bajas redes de apoyo, entonces ir influyendo en esa parte de decirle oiga señor y si en lugar de que le diga a sus vecinos que le regalen tal, porque no le dice que le regale mejor una manzana o regáleme una zanahoria, porque esto que me regala me hace daño, pues que lo apoyan, que te hagan caso, es como una satisfacción muy grande.” (Tulipán 8:27).

Figura 8. Visión de las nutricionistas sobre la intervención nutricional en domicilio.



Reconocen que trabajar en un programa de atención domiciliaria representa beneficios que otro nutricionista no podría tener, es decir, representa una experiencia que las coloca como expertas en la atención a adultos mayores.

“Además, creo que somos un programa que estamos como a la vanguardia de un tema que nos preocupa mucho que es el envejecimiento, creo que todos los nutriólogos de Médico en tu casa son súper valiosos porque son de los pocos profesionales que pueden decir que tienen experiencia en el adulto mayor, es un tema que a penas en México se está reflexionando, se está haciendo más investigación y nosotros nos estamos dando cuenta como servicios de salud que es un tema que en poco lo vamos a tener al tope.” (Narciso 12:52)

A la par, perciben desvalorización del trabajo que realizan como nutricionistas, dan testimonio que dentro del programa se sienten olvidadas y la prioridad en el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas debería ser la atención nutricional en coordinación con el trabajo interdisciplinario.

“...así como se enfocan y piensan que es muy importante el tratamiento médico y realmente lo es, pero ya hablando de enfermedades metabólicas creo que es más importante la intervención nutricional, entonces creo que sería como contratar más nutriólogos, somos como decía esa frase “somos poca mantequilla en demasiado pan”, no abarcamos todo, es muy complicado. Así como te digo sí es importante tener un médico, pero en esto es más importante tener un nutriólogo, trabajar en conjunto.” (Dalia 9:66).

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

En este apartado se centra la discusión, de los principales hallazgos que aporta la investigación, de acuerdo a los objetivos y su relación con la literatura revisada, en función de las expresiones de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, en la intervención nutricional.

El objetivo de esta tesis fue caracterizar la intervención nutricional en adultos mayores con diabetes tipo 2 beneficiarios del programa de atención domiciliaria “El Médico en tu Casa”, tomando como referente la experiencia situada del personal de nutrición de las 16 jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Esta caracterización se realiza al conocer las tensiones y contradicciones entre el diseño conceptual y la implementación de la intervención, las barreras y limitaciones, las estrategias que aplican las nutricionistas, además de las ventajas y la percepción que tienen respecto a su labor y los resultados que han tenido con los adultos mayores. Por un lado, se encuentra el funcionamiento de la intervención nutricional en domicilio como respuesta social organizada y la participación profesional del personal de nutrición, y por otro los modos de vida de los adultos mayores con diabetes desde lo que perciben las nutricionistas.

En primer lugar, de acuerdo a lo señalado en el Manual Operacional, se puede caracterizar al modelo de atención domiciliaria del programa, como un modelo de atención compartida. Dicho modelo, se refiere al vínculo que existe entre el primer y segundo nivel de atención, para dar continuidad al estado de salud de las personas (Minardi et. al., 2001; Espinel et. al. 2011). Aunque, el personal de nutrición no hizo referencia a este vínculo.

Respecto a la población beneficiaria, igual que en otros países, la atención domiciliaria se destina a adultos mayores, personas con enfermedades crónicas avanzadas, en situación de discapacidad o postrados (Kruse et.al. 2015; Minardi et. al., 2001; Oliver, et.al., 2008; Carvalho, 2007; Revilla y Espinoza, 2003).

En comparación con otros países, como Estados Unidos, Brasil o España, que sólo cuenta con personal de medicina, enfermería, psicología y trabajo social (Kruse et.al. 2015; Minardi et. al., 2001; Revilla y Espinoza, 2003; Espinel et. al. 2011 ; Orueta et.al., 2012), el programa, incorpora también a personal de nutrición, fisioterapia y promoción de la salud.

Ya en el plano de la intervención nutricional, a través de las narraciones de las nutricionistas, podemos observar que efectivamente existen elementos del diseño conceptual, que no pueden ser aplicados en domicilio o al menos no se menciona cómo.

Las tensiones y contradicciones, se encuentran depositadas en las definiciones operacionales de: valoración nutricional completa, análisis del entorno familiar, orientación nutricional (en el sentido de a quién proporcionarla y la adaptación a las necesidades) y al trabajo interdisciplinario.

Por ejemplo, en el caso de la definición de valoración nutricional completa, sabemos que esta debe incluir la valoración de indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos y socioeconómicos; sin embargo, las nutricionistas no las reconocieron de forma integral y se inclinaron hacia la evaluación de los aspectos biológicos.

Esto se debe destacar, ya que en función de lo que consideren dentro de la evaluación nutricional, serán las dimensiones que abordaran para el tratamiento. Y como se ha observado en diferentes estudios, la omisión de los aspectos sociales genera falta de apego al tratamiento dietético (Paz, et. al. 2014; Page-Pliego, 2015; Madia, et.al., 2013).

Continuando con la valoración nutricional, se indica que esta debe ser completa, pero el personal narra la falta de equipo básico como báscula, estadímetro portátil, glucómetro, etc., esta falta de recursos, no permite que la valoración nutricional sea completa.

Ante la limitación del desarrollo conceptual del diseño, las nutricionistas contribuyen con la implementación de funciones, que para ellas resuelven en cierta medida la

presencia de barreras y limitaciones de la intervención. Estas son: la diferenciación del tratamiento dietético, de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores, orientación nutricional considerando a toda la familia, capacitación al cuidador, elaboración de material y trabajo interdisciplinario con psicología.

A lo largo de lo expuesto en los resultados, podemos observar como el hecho de que no se cuenten con definiciones operacionales claras y homologadas, que consideren las características de los territorios y de la población atendida, generan la aparición en el discurso de **las barreras y limitaciones de la intervención nutricional**.

Dichas barreras y limitaciones, se agruparon en dos, aquellas que son propias de la operación del programa y las que responden al modo y condiciones de vida de los adultos mayores. Al respecto, se podría pensar que no se tomaron en su sentido amplio las características de los adultos mayores para diseñar la operatividad, y Castro, 2006, refiere que las intervenciones realizadas en el tratamiento de la diabetes, deben considerar acciones que se acerquen lo más posible a la realidad de las personas que viven con la enfermedad, considerando una mayor eficiencia y eficacia de los servicios de salud, reforzando la dimensión humana.

Hay que reconocer que los elementos que conforman estos grupos, pudieran haberse considerado y definido en el diseño conceptual de la intervención, no sólo de nutrición, sino en general del programa. Por ejemplo, los protocolos o procedimientos necesarios para atender a los adultos mayores de acuerdo a la presencia de discapacidad, necesidades socioeconómicas y educativas, la presencia del cuidador o ante el estado de abandono, entre otros. Así mismo, definir los tiempos necesarios de seguimiento de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores, pero considerando también el número de nutricionistas por jurisdicción sanitaria, los protocolos de acompañamiento en materia de seguridad.

Las nutricionistas, identifican que les hacen falta nociones de psicología para mejorar la atención, por ello la mencionan como necesidad en capacitación laboral. Por ejemplo, en un estudio realizado por Alcaraz, sobre la influencia del patrón

cultural en la adherencia al tratamiento, se identificó la importancia de brindar apoyo psicológico constante durante la etapa de aceptación de la enfermedad, de la mano de aspectos médicos, sociales y nutricionales, con la finalidad de mejorar las condiciones generales de las personas con diabetes. (Alcaraz, 2009).

Las nutricionistas han implementado **estrategias para llevar a cabo la intervención nutricional**, sobre todo para responder a las condiciones de vida de los adultos mayores y a la insuficiencia de recursos del programa. Las estrategias que implementan, pueden agregarse al diseño conceptual para que se puedan considerar en los procedimientos operativos. Es importante señalar, que se contemplan medidas que requieren de la intersectorialidad de la atención a los adultos mayores, en este caso el aprovechamiento de los comedores comunitarios y la tarjeta de pensión alimentaria, haría falta evaluar si todo el personal de nutrición conoce estos programas, o incluso otros que no hayan sido mencionados.

Por otro lado, dentro de **las ventajas de la intervención nutricional**, señalan cuestiones que tiene que ver más con la atención domicilia en general, sobre todo resaltan lo necesario que es un programa de este tipo, pues antes de su funcionamiento, había adultos mayores que definitivamente no tenían acceso a los servicios de salud. En lo que respecta a la intervención nutricional, manifiestan que es mejor que la atención en consultorio, por la posibilidad que tienen de evaluar el contexto real del adulto mayor y utilizar los insumos del hogar para educar, aunque no se identifique bien cómo se debe de hacer. Una ventaja más es la posibilidad de incorporar a la familia en la educación alimentaria, aunque es importante homologar los procedimientos, aplicarlos y poder evaluarlos para incorporarlos al diseño conceptual.

En el ámbito de **los resultados** percibidos, las nutricionistas muestran que la intervención que realizan puede incidir en la conciencia del consumo de alimentos que incrementan la glucemia, a través de estrategias que propone la Asociación Americana de Diabetes, 2018, como la identificación de los grupos de alimentos. Sin embargo, no tienen manera de medir dichos resultados, por la falta de recursos

o instrumentos que identifiquen el impacto de la intervención nutricional. Por ejemplo, el uso de marcadores bioquímicos desde el automonitoreo, hasta la realización de exámenes de laboratorio como glucemia en ayuno o hemoglobina glucosilada (HbA1c) que se deben realizar periódicamente (ADA, 2018, ALAD, 2008), las nutricionistas reconocen que no cuentan con los recursos suficientes para el monitoreo en cada consulta o bien identifican la falta del programa USDO, que apoyaba para la toma de estudios de laboratorio en domicilio.

Recuperando, **la visión que tienen las nutricionistas sobre su propia intervención**, resulta una práctica profesional compleja. Que si bien, al aproximarlas a las diferentes realidades de los adultos mayores, les puede generar frustración, reconocen la necesidad del cambio del paradigma de la atención tradicional en nutrición, es decir, pasar de la atención meramente biomédica a una más integral, que incluya el contexto social, cultural, histórico y político de la población atendida (Giraudo 2015). Por lo que se reconocen como especialistas en atención nutricional a adultos mayores bajo la experiencia que han adquirido.

Finalmente, se reconoce que, al salvaguardar la confidencialidad de las nutricionistas, no se realizó un análisis sobre las desigualdades que pueden existir en la implementación de la intervención nutricional según la alcaldía donde se encuentren.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

En primer lugar, menciono la importancia que tiene conocer la experiencia situada de los profesionales de la salud, en este caso las nutricionistas, en la implementación de un programa de atención en diabetes. Pues en el caso de la intervención nutricional en domicilio, se aprecian distancias visibles entre el diseño conceptual y la implementación, como la falta de claridad de los procedimientos de evaluación y tratamiento nutricional y el desconocimiento del manejo de las condiciones de vida desfavorables de la población beneficiaria.

De hecho, el personal de nutrición identifica que realiza más funciones de las que se mencionan en el diseño conceptual. Estas son resultado de las estrategias que implementan al enfrentarse a las condiciones de vida desfavorables de las personas mayores que viven con diabetes y a los procesos operativos del programa, en los que prevalece la falta de recursos.

Es así, como las nutricionistas, reconocen las dificultades de realizar la intervención nutricional de manera tradicional bajo el enfoque biomédico y preventivo, como se suele llevar a cabo en el consultorio. Acercarse a la realidad de la población, permite incorporar nuevos procesos que favorezcan el tratamiento de la diabetes desde las necesidades reales de la población atendida en domicilio. El personal de nutrición, contempla que la valoración nutricional completa no solo debe abarcar aspectos biológicos y dietéticos, sino también, aprovechando que se encuentran dentro de la realidad de los adultos mayores, valorar los recursos económicos, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y las redes de apoyo con las que cuenta para satisfacer las necesidades de alimentación, pero también las emocionales.

Desde la experiencia situada de las nutricionistas que realizan la intervención nutricional domiciliaria, se debe considerar la creación de estrategias prioritarias, estructuradas y adaptadas al tipo de población que es beneficiaria del programa y de esta manera contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con diabetes.

Podemos ubicar entonces a las nutricionistas como actores protagónicas que participan en los procesos sociales que intervienen en las trayectorias colectivas en donde se expresan las particularidades de la diabetes en adultos mayores considerados como población vulnerable, cuya práctica e intervención social permiten aproximarse al entendimiento de los modos de vida de los beneficiarios del programa a favor de intervenciones destinadas a superar la noción de culpabilización del adulto mayor sobre el proceso salud-enfermedad.

De acuerdo a los testimonios del personal de nutrición, es necesario considerar que se requiere de una reelaboración teórica de las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales; individuales y colectivas, tanto materiales como simbólicas y de una aproximación multidimensional que articule diversos planos de la realidad en la configuración conceptual de sus funciones para llevar a cabo la intervención nutricional en el domicilio.

Esta reelaboración teórica no sólo debe quedarse en el plano de la práctica profesional en el domicilio, sino también ser considerada para la práctica privada en consultorio. Esta debe ser planteada desde el escenario académico, a favor de entender cómo es que la dimensión biológica de la diabetes queda subsumida a los procesos sociales e históricos que favorecen su aparición en ciertos grupos sociales.

Esta investigación permitió reconocer a la intervención nutricional como objeto de conocimiento, sujeta al cambio de acuerdo a la transformación de los procesos sociales, culturales y económicos que genera el modo de producción capitalista. Es importante reconocer que la intervención nutricional se construye en conjunto, a partir del conocimiento académico del personal de nutrición, la experiencia en campo y las características de la población sujeta de la atención.

Sin embargo, aún es imprescindible conocer en diferentes escenarios cómo se va transformando la intervención nutricional en diabetes. Es decir, saber si se reconoce que va más allá de la identificación y eliminación de factores de riesgo en la forma de alimentarse, y si a la hora de plantear el tratamiento dietético nutricional se

consideran las barreras que tiene la población para acceder a una “alimentación saludable”.

De igual manera, como parte de las voces y experiencias que se deben tomar en cuenta es la de otros profesionales de la salud que interactúan con el personal de nutrición y desde luego la participación de la persona atendida y sus familiares y/o cuidadores.

Finalmente, enlisto algunas propuestas de acción para mejorar la intervención nutricional domiciliaria:

1. Realizar un diagnóstico completo de las características de la población que atiende el programa.
2. Reestructurar el diseño conceptual de la intervención nutricional, considerando la caracterización de la población y la experiencia de las nutricionistas. Es decir, convocar la participación colectiva en la construcción de los procedimientos operativos.
3. Relacionado con lo anterior, establecer estrategias de contacto interjurisdiccional, para reestructurar la relación profesional entre las nutricionistas en favor de la construcción de conocimiento sobre el ámbito domiciliario.
4. Estandarizar la evaluación nutricional completa y satisfacer las necesidades de insumos para que ésta se pueda llevar a cabo.
5. Estandarizar el procedimiento educativo alimentario con los insumos del hogar.
6. Recuperar la experiencia en la elaboración de material educativo de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores.
7. Considerar la capacitación en los temas señalados por las nutricionistas (diabetes, aspectos psicológicos, cuidados paliativos y geriatría) además de la difusión de los procesos de determinación de la salud-enfermedad-atención.

8. Ofertar la participación activa de pasantes de la licenciatura de nutrición en el campo clínico que ofrece el programa. Con el objetivo de incorporar a su aprendizaje la práctica profesional en domicilio y acercarlos a las realidades de la población.
9. Considerar la participación intersectorial en la atención de los adultos mayores y establecer estrategias comunes con programas sociales de otras secretarías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo-Botero M., Dávila-Cervantes C. (2015). "Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México". *Gaceta Sanitaria*. 29(3):172-177.
- Almeida-Filho, N. (2000). "La ciencia tímida. Riesgo: Objeto- Modelo de la Epidemiología". Lugar Editorial, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, pp 83-112.
- American Diabetes Association (2008). *Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes*, *Diabetes Care*. 31 :61-78.
- AMMFEN (2003). *Los nutriólogos en México. Calidad educativa y profesional; proceso de acreditación*. Trillas. México.
- Andrade F. (2009). Estimating diabetes and diabetes-free life expectancy in Mexico and seven major cities in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Publica*.26(1):9-16.
- Ávalos M., et.al. (2013). Barreras y perspectivas del personal de salud en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. *Horizonte sanitario*. 12(3): 111-118.
- Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. (2007) Functional dependence and chronic disease in older Mexicans. *Salud Publica* 49(4):59-66.
- Benach, J.; Muntaner, C. (2008). Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar. Entrevista por Salvador López Arnal. *Rebelión*. Recuperado el 13 de julio de 2018 de [<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=72000>].
- Breilh J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanus.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (Salud Colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1): S13-S27.
- Cabrera, A. (2011) "Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la Medicina Social latinoamericana", en: Eibenschutz, C., Tamez, S., González, R. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. UAM, México, pp. 25-42.

Calderón A, Martínez L, Medrano R, Vázquez M. (2002). Grado de dependencia y capacidades de auto cuidado del paciente adscrito al programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (ADEC). *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad de Nuevo León*.2:(2):45-53.

Carvalho, L.C., Macruz, M.C. y Merhy, E. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud Colectiva*.3(3) 259–269.

Castiel LD, Álvarez-Dardet C. (2007). La salud persecutoria. *Rev Saude Publica*;41(3): 461-466.

Castro, A.E. (2007). La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*. 9(1): 26-33.

Castro, R. (2010). “En Busca del Significado, Supuestos, Alcances y Limitaciones del Análisis Cualitativo”. En Szasz, I y Lerner, S. (compiladoras) *Para Comprender la Subjetividad: Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad*. México: Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 57-85.

CDSS-OMS. (2007). “Closing the Gap in a Generation: Health Equity Taking Action on the Causes of the Causes. Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud.

Cerda, A. (2010). Políticas dominantes en promoción de la salud: caracterización y cuestionamientos. En: CHAPELA, M.C.; CERDA, A. (Orgs.). *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. p.70-95. (Serie Académicos CBS, n.94).

Citieschangingdiabetes. Novo Nordisk (2016). Recuperado el 27 de febrero 2017 de <http://www.citieschangingdiabetes.com>.

Connolly V. 2006. “Diabetes, Pobreza y Resultados en el mundo rico”. *Diabetes Voice*; 51: 37-40.

Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México. (2016). Índice de Bienestar Social de la Ciudad de México. Recuperado el 4 de diciembre de 2019 <http://data.evalua.cdmx.gob.mx/docs/estudios/edf2016/IBSCDMX%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>

Consejo Nacional para la Población. 2006. “Proyecciones de la población de México 2005-2050” Recuperado el 13 de enero de 2017 de <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.html>.

Crocker, R. (2005) *Desarrollo curricular por competencias profesionales integradas*. Universidad de Guadalajara. México

Crocker, R.; Martínez, E. y Vázquez, J.L. (2004). Interculturalidad para la educación y comunicación social en alimentación y nutrición con el pueblo Wixarika (Huichol). *Revista de educación y desarrollo*. 1:25-36.

Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. Introduction. *The Discipline and Practice of Qualitative Research*: pp. 1-13.

Espinel-Bermúdez, M. C., Sánchez-García, S., & Juárez-Cedillo, T. (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.

Furlán, A. (2017). Homenaje a Eduardo Remedi. *Educación, formación e investigación*. 3(5): 238-245.

Garrocho C. y Campos J. Segregación socioespacial de la población mayor en la Ciudad de México, 2000-2010 en *Situación demográfica de México 2015* (2015). Recuperado el 18 de octubre de 2018 de <https://core.ac.uk/download/pdf/80533331.pdf>.

Gutiérrez, L. & Lezama M. (2013). “Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud”, Serie: Cuadernillos de salud pública, México, Instituto Nacional de Geriátrica, Recuperado el 18 de octubre de 2018 de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/foro/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf, 2013.

Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre F, López- Moreno S. (2000). “Diseño de estudios epidemiológicos”. *Salud Pública de México*. 42(2): 144-154.

Hernández-Girón C, Orozco-Núñez E., Arredondo-López A.. (2012). “Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública”. *Salud Pública de México*. 14(2): 315-324.

Jarillo, E., Outón, M., & Salinas, A. (2011). Formación y práctica de profesionales de la salud: una mirada de su historia en México. En Chapela, M.C.; Contreras M.E. (Coordinadoras) *Pensar el futuro de México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Jiménez C., Rojas R., Villalpando S., Barquera S., Aguilar C., (2012). “Diabetes mellitus: La urgente necesidad de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control”. Recuperado el 23 de marzo de 2018 de <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0302.pdf>.

Kruse, S., Luce H., Echevarría, S., & Elena, M. (2015). Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. *Revista Enfermería Global*. 39: 360–374.

Lalonde M. (1996). El concepto de ‘campo de la salud’: una perspectiva canadiense. En: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPS, p.3-5.

Laurell C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos de Medicina Social.19:1-11.

Laurell, C. (1994) Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez Ma. Isabel (coord.) Lo biológico y lo social, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101, OPS/OMS, Washington D.C. EUA, pp. 1-12.

Lewontin R, Rose S, y Kamin L. (1991). No está en los genes. Racismo, genética e ideología. CONACULTA, México.

López- Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Ávila M. (2000). "Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica." Salud Pública de México 42(2): 133-143.

López O., Blanco J. (2004). "Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones". Salud Problema 8(14): 7-14.

López O., Escudero JC., & Carmona LD. (2008). Determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller de determinantes sociales de ALAMES. Medicina Social. 3(4):323-335.

López, O. Blanco, J. Rivera, A. (2015) Determinantes sociales y derecho a la salud en México. En: Tetelboin, C., Granados, J.A. (coord.) Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y los derechos. El trabajo, la formación y la comunicación. México. Universidad Autónoma Metropolitana. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. p. 41-66 (Serie Académicos. CBS. N. 119).

López, O., Escudero, J. y Carmona, L.. (2008) Determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller de determinantes sociales de ALAMES. Medicina Social, 3(4):323-335.

Manrique-Espinoza B., Salinas-Rodríguez A., Moreno-Tamayo K.M., Acosta-Castillo I., Sosa-Ortiz A.L., Gutiérrez-Robledo L.M., et.al. (2013), "Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México". Salud Pública de México. 55(2): 323-331.

Medina O. & López O. (2010). Una aproximación a los determinantes sociales de la diabetes tipo 2 en México. Chapela C. (Coord.) En el debate: Diabetes en México, UAM-X, pp. 25-52.

Menéndez, L.E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares, significados diferentes. Estudios. Sociológicos., 16(16):37-67.

Minardi M., R., Morales, M., González L., A., Cotta J. S., Real, R., & Días Ricós, J. A. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de Salud Publica. 44(4) 45-55.

Minayo, M.; Deslandes, S.; Neto, O. & Gómez R. (1994). Investigación Social. Teoría, Método y Creatividad. 63:(2):63-68

Montero, M. (2012). El concepto de intervención social. Revista MEC-EDUPAZ Universidad Autónoma de México. 1:54-76.

Montes de Oca VM & Hebrero M. (2008). Family dynamics, aging, and functional impairment in Mexico. Revista Kairos. 11(1):143-166.

Morales, M.I. (2017). Estudio cualitativo del Programa DiabetIMSS en una Unidad de Medicina Familiar de San Luis Potosí. Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social. 25(2): 101-110.

Moreno-Altamirano L, García G. & Estrada G. (2014). “Diabetes tipo 2: epidemiología y determinantes sociales”. Revista del Hospital General. 77(3): 114-123.

Oliver D., Wittenberg-Lyles E, Demiris G, Washington K, Porock D, & Day M. (2008) Barriers to Pain Management: Caregiver Perceptions and Pain Talk by Hospice Interdisciplinary Teams. Journal of Pain and Symptom Management. 36(4): 374-82.

Ordoñez, Z. (2011). Apuntes para la reflexión de las prácticas profesionales en trabajo social. Tendencias y Retos. 16:145-155.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2005). ¡Actuemos ya! Contra la Diabetes. Recuperado el 31 de marzo de 2018 de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2008). “Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca”. Recuperado el 31 de marzo de 2018 de https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2014). “Envejecer bien, una prioridad mundial”. Recuperado el 31 de marzo de 2018 de <http://www.who.int/ageing/es/>.

Orueta, R., Jiménez, G., Sánchez, A., Marín, S. G., Ramón, J.&,Toledano, P. (2012). Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. Revista Clínica de Medicina Familiar. 5(1), 3–8.

Revilla, L., & Almendro, J. (2000). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Atención Primaria, 31(9): 587–591.

Rojas-Rajs, S, Tetelboin C. (2019) “Caractérisation des politiques du diabète et de la recherche sur les systèmes de santé dans 5 pays d'Amérique latine”, CALASS 2019 Cultures et transformation des systèmes de santé, Montréal, 22-23-24 Août.

Rojas-Rajs, S.; Jarillo, E. (2013). Comunicação em saúde e estilos de vida saudáveis: contribuições para a reflexão sobre a saúde coletiva. Interface. 17(46):587-99.

Rull J., Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Ríos-Torres JM, Gómez-Pérez, FJ, Olaiz G. (2005). “Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico”. Archives of Medical Research 36(3):188-196.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2016a) Agenda Estadística (2016). México. Gobierno de la Ciudad de México. Recuperado el 18 de julio de 2018 de http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2016/inicio.html.

Secretaría de Salud SSA. (2019). Comunicado 295. En Palacio Nacional, el secretario Alcocer presenta Plan Nacional de Salud e Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). Recuperado el 3 de diciembre de 2019 de <https://www.gob.mx/salud/prensa/295-en-palacio-nacional-el-secretario-alcocer-presenta-plan-nacional-de-salud-e-instituto-desalud-para-el-bienestar-insabi>.

Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Rivera-Dommarco, J., & Hernández-Ávila, M. (2016). "Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). Informe final de resultados". Recuperado el 8 de marzo de 2018 de <https://www.insp.mx/ensanut/medio-camino-16.html>.

Silva A., (2005). "Una ceremonia estadística para identificar factores de riesgo". *Salud Colectiva*. 1(3): 309-322.

Wong, R. (2006), "Envejecimiento en áreas urbanas marginadas de México: condiciones mixtas de privilegio y desventaja". Instituto Nacional de Salud Pública, México. Recuperado el 8 de marzo de 2018 de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/poblacion_urbana.pdf.

ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA

I. CALENTAMIENTO

Presentación y objetivo de la entrevista experiencia situada alrededor de la intervención nutricional en el Programa El Médico en tu Casa.

Firma del consentimiento informado.

II. DATOS PERSONALES

1. ¿Cuál es tu nombre?
2. ¿Dónde estudiaste?
3. ¿Qué te motivó a estudiarla?
4. ¿Te has seguido preparando después de terminar la licenciatura, en qué temas y por qué?
5. ¿Cuéntame cómo fue que ingresaste a este trabajo?

III. EL MÉDICO EN TU CASA (caracterizar y conceptualizar la intervención nutricional en general).

6. ¿Cuál es tu puesto de trabajo y qué funciones desempeñas en el programa El Médico en tu Casa?
7. ¿Qué tipo de población y con qué padecimientos son los que atiendes con mayor frecuencia?
8. ¿Cómo defines la intervención nutricional que realizas con los adultos mayores que tienen diabetes?
9. ¿Consideras que los conocimientos con los que cuentas son suficientes para llevar a cabo la intervención nutricional?
10. Pensando en los lineamientos del programa ¿Consideras que las actividades que están estipuladas ahí, corresponden a lo que realizas las visitas domiciliarias? ¿Qué cosas son diferentes?
11. ¿Qué significa para ti modificar el estilo de vida de la población adulta mayor con diabetes?
12. En tu opinión ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la atención nutricional domiciliaria del Médico en tu casa?
13. Desde tu experiencia ¿Cómo ves el programa El Médico en tu Casa?
14. ¿Cómo es ser una nutrióloga de El Médico en tu Casa?

IV. PROBLEMAS

15. Una de las poblaciones que atendemos son adultos mayores con diabetes. En tu opinión ¿cómo ven estas personas la intervención que realizas?
16. ¿Cuáles son las principales problemáticas a las que te enfrentas al realizar la intervención nutricional con este grupo? ¿Recuerdas algún caso específico, cómo lo resolviste?

V. ESTRATEGIAS

17. ¿Qué cambios ha implicado en tu intervención trabajar en un programa de atención domiciliaria, respecto a la atención en el consultorio?
18. En tu experiencia en atención domiciliaria ¿Has realizado ajustes en tu manera de realizar la intervención nutricional? ¿Cuáles han sido estos ajustes? (Explicar que a veces hay lineamientos muy generales)
19. ¿Consideras que tus compañeras de otras jurisdicciones tienen experiencias similares en campo, cuando atienden a los adultos mayores con diabetes?

VI. CAMBIO

20. Según tu experiencia ¿Qué tipo de resultados has tenido con los adultos mayores con diabetes respecto al cumplimiento de los objetivos del programa? (Modificación de estilos de vida)
21. De acuerdo a tus conocimientos, tu experiencia profesional y tu experiencia en campo ¿cuáles deberían de ser las principales acciones a realizar en la intervención nutricional en domicilio, especialmente con adultos mayores con diabetes?
22. ¿Qué elementos o características del programa MTC y la IN podríamos modificar para mejorarla?

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a: Personal de nutrición contratado para el Programa “El Médico en tu Casa”

Título de proyecto: Intervención nutricional para adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 del programa de atención domiciliaria “El Médico en tu Casa”: la experiencia situada del personal de nutrición de la Ciudad de México.

Nombre del Investigador Principal: Anayely González Luis

Fecha aprobación por el Comité de ética:

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por la Universidad Autónoma Metropolitana en colaboración con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. El estudio se realizará en las oficinas de la coordinación central del Programa “El Médico en tu Casa”.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es caracterizar la intervención nutricional del Programa “El Médico en tu Casa” a adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II de la Ciudad de México, desde la experiencia situada del personal de nutrición.

Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte del personal de nutrición contratado para el programa “El Médico en tu Casa” de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Procedimientos:

Su participación consistirá en:

- **Responder las preguntas abiertas que considera la Guía de entrevista para personal de nutrición del Programa “El Médico en tu Casa”.**
- La **entrevista** durará alrededor de **90 minutos** y abarcará varias preguntas sobre la operatividad del servicio de nutrición del programa, la intervención nutricional en adultos mayores con diabetes mellitus, la experiencia del trabajo en campo y los beneficios de la intervención nutricional en este grupo de población.
- La entrevista será realizada en el lugar, día y hora determinada por la Coordinación Central del Programa “El Médico en tu Casa”.
- Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento y retomarla cuando quiera.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

Beneficios: Anotar los beneficios directos si los hay, de lo contrario mencionar No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para (describir el uso potencial de la información en términos de beneficio social).

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera en su puesto de trabajo en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Aviso de Privacidad Simplificado: La investigadora principal de este estudio, Lic. Anayely González Luis, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo ***nutricion.anayely@gmail.com***.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Lic. Anayely González Luis al siguiente número de teléfono 5527690908 en un horario de 8:00 a 16:00 horas ó al correo electrónico ***nutricion.anayely@gmail.com***.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.



Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora: _____