



Facultad de Farmacia.

Carrera de Nutrición y Dietética.

**Factores asociados a la adherencia dietética en
sujetos adultos mayores con Enfermedades Crónicas
No Transmisibles atendidos en el Centro de Salud
Familiar Nueva Aurora en Viña del Mar**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO
EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y AL TÍTULO DE NUTRICIONISTA

Integrantes:

Camilo Javier Avendaño Mancilla.

Francisca Javiera Leiva Conejero.

Daniela Sofía Moya De la Paz.

Director de Tesis:

Claudia Vega Soto.

Co-Director:

Juan Collao Vásquez.

2016

Contenido

RESUMEN	4
ABSTRACT	6
MARCO TEORICO.....	8
Datos Poblacionales de Adultos Mayores en Chile.....	8
Epidemiología	9
Realidad actual del sistema de salud primaria focalizado en AM con ECNT:	12
Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor	12
Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)	13
Descripción de la atención de salud local focalizada en la percepción del usuario	13
Adherencia al tratamiento.....	16
Factores que influyen en la adherencia en personas con ECNT	17
OBJETIVOS	22
General	22
Específicos	22
METODOLOGIA	23
1. Tipo de estudio:.....	23
2. Muestreo y reclutamiento	23
3. Instrumentos.....	24
5. Recolección de datos	25
6. Descripción de los participantes.....	25
7. Análisis de los datos	26
RESULTADOS	28
Conocimientos	28
Enfermedad y tratamiento.....	32
Factores externos que afectan la adherencia	35
Apoyo social y conformidad con tratamiento	38
Posibles factores que afectan la adherencia dietoterapéutica.....	44
DISCUSION.....	46

1. Metodología de investigación	46
2. Aspectos relacionados con los conocimientos	47
3. Aspectos relacionados con apoyo social y conformidad de tratamiento	49
4. Aspectos relacionados con factores externos que afectan la adherencia	50
5. Aspectos relacionados con su enfermedad y tratamiento	53
6. Fortalezas del estudio	55
7. Proyecciones	56
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS.....	63
Anexo nº1	63
Anexo nº2	65
Anexo nº3	67

RESUMEN

Introducción: Debido al progresivo envejecimiento de la población chilena y al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, se vuelve de vital importancia mantener a los adultos mayores con sus patologías controladas. Para esto es fundamental que éstos tengan adherencia a sus tratamientos tanto farmacológicos como nutricionales.

Objetivo: Identificar factores que influyan en la adherencia dietética de un grupo de adultos mayores con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, atendidos actualmente en el Centro de Salud Familiar Nueva Aurora de la Región de Valparaíso.

Metodología: Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a pacientes atendidos en el CESFAM Nueva Aurora, de las cuales se obtuvo información que fue codificada mediante el programa computacional ATLAS-Ti, hasta lograr la saturación de esta. Finalmente los resultados obtenidos se analizaron y contrastaron con la bibliografía disponible.

Resultados: Dentro de los potenciales factores que afectan la adherencia dietoterapéutica de la población estudiada se encontraba el nivel de conocimientos que presenta el paciente, así como la presencia de apoyo familiar, el cual se relacionaba con la conformidad con el tratamiento nutricional. También se pudo encontrar que la adherencia se veía condicionada por la influencia del medio social sobre el usuario, así como las tentaciones que este presentaba con respecto a algunos tipos de alimentos. Finalmente se analizó la percepción de los entrevistados sobre la importancia de sus tratamientos y la influencia de estos en sus patologías y vidas.

Conclusión: Se elaboraron entrevistas semiestructuradas las cuales fueron aplicadas a un grupo de adultos mayores con ECNT y luego analizadas mediante el programa Atlas Ti. Se identificaron diversos factores que podrían afectar la adherencia dietoterapéutica:

- a) Factores relacionados con los conocimientos.
- b) Factores relacionados con la enfermedad y tratamiento.
- c) Factores externos al individuo.
- d) Factores relacionados con el apoyo social y conformidad del tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Due to the progressive aging of the Chilean population and the increase of chronic diseases, it becomes vitally important to keep the elderly with their controlled pathologies. For this is fundamental that they have adherence to their treatments, both pharmacological and nutritional.

Aim: Identify factors that influence dietary adherence in a group of elderly with Chronic Diseases, currently attended at the New Aurora Family Health Center in the Valparaíso Region.

Methodology: Semi-Structured interviews were made to patients attending CESFAM Nueva Aurora. The information obtained was codified using ATLAS-Ti Software, until saturation was achieved. Finally, the obtained results were analyzed and contrasted with the available bibliography.

Results: Among the potential factors affecting the dietary adherence of the population studied, was the level of knowledge that the patient presents, as well as the presence of family support, which was related to compliance with nutritional treatment. It was also possible to find that adherence was conditioned by the influence of the social environment on the user, as well as the temptations that this presented with respect to some types of food. Finally we analyze the perception of the interviewees about the importance of their treatments and the influence of these in their pathologies and lives.

Conclusion: Semi-Structured interviews were made and applied to a group of elderly with chronic diseases, and then analyzed using the Atlas Ti Software, and several factors affecting dietary adherence were identified:

- a) Factors related to knowledge.
- b) Factors related to the disease and treatment.
- c) Factors external to the individual.
- d) Factors related to social support and treatment compliance.

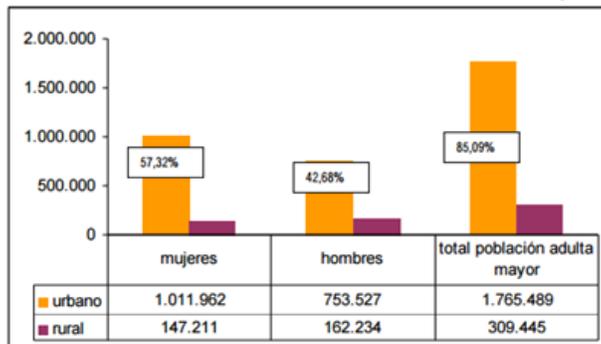
MARCO TEORICO

Datos Poblacionales de Adultos Mayores en Chile

Según las estadísticas y proyecciones realizadas para la población adulta mayor en el año 2008, el descenso de las tasas de fecundidad y mortalidad explican el cambio de la composición etaria de la población, con un aumento sostenido del número de personas adultos mayores. Ello ubica a nuestro país en un grupo denominado de envejecimiento avanzado con 10,2% de adultos mayores en el año 2000, un 12,4% al 2008 y con una proyección de 24,1% para el 2050. (1)

Con respecto a la distribución y tamaño de la población mayor de 60 años (Gráfico N° 1) las estadísticas oficiales indican que hay un predominio de la cantidad de mujeres en zonas urbanas (57,32%), concentrándose específicamente en las regiones más densas: Metropolitana, Valparaíso y BioBío. En el caso de las áreas rurales hay preponderancia de varones mayores de 60 años (52,43%) sobre un total de 309.445 personas de tercera edad viviendo en estas zonas. (1)

Gráfico N° 1: Distribución y Tamaño Población Mayor de 60 años según sexo y zona de residencia, 2008



Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población 1990-2020, INE

Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población 1990-2020, INE.

En forma adicional, de acuerdo a las proyecciones del INE se estima que en el 2020 mientras la población femenina constituirá el 50,56% del total poblacional, las mujeres adultas mayores para entonces, presentarán una prevalencia del 54,85% respecto a la población de la tercera edad. (Tabla N°1) (1)

Tabla N°1: Población estimada para 2020 por sexo.

	Hombres		Mujeres		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total población	9.170.100	49,44%	9.378.995	50,56%	18.549.095	100,00%
Mayores de 60	1.4448.280	45,15%	1.759.449	54,85%	3.207.729	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de población al año 2020, INE

Epidemiología

Nacional

DEIS (Departamento de Estadísticas e Información de Salud), en el año 2012 establece que las principales causas de defunción del Adulto Mayor corresponden a enfermedades del

sistema circulatorio: cerebrovasculares e isquémicas (31,6%). Estas se encuentran seguidas de neoplasias (25,2%), enfermedades respiratorias (12,8%), enfermedades del sistema digestivo (6,1%), y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (5,2%) como la diabetes mellitus. (2)

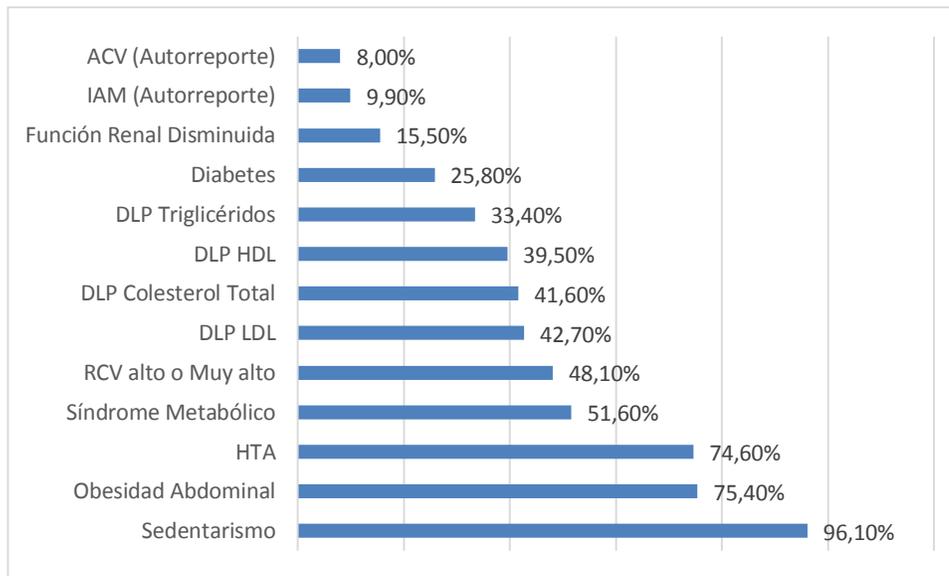
Regional (V región)

Según DEIS 2012, el 12,5% de las defunciones de Adultos Mayores se produce en la región de Valparaíso, cuyas causas se deben principalmente a la presencia de enfermedades del sistema circulatorio: isquémicas del corazón, así como cerebrovasculares e hipertensivas (34,1% de las defunciones en esta región), tumores (24,1%), enfermedades del sistema respiratorio (11,7%), enfermedades del sistema digestivo (6,6%), enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (5%). (2)

Enfermedades cardiovasculares

Según la ENS (Encuesta Nacional de Salud) 2009-2010, en lo que respecta a la prevalencia de factores de riesgo y patología cardiovascular de la población adulta mayor chilena, el 96,1% de la población presenta sedentarismo, el 75,4% cumple parámetros de obesidad abdominal y el 74,6% hipertensión arterial; el 48,1% cumple criterios para Riesgo Cardiovascular (RCV) alto o muy alto; sobre el 30% presenta algún tipo de Dislipidemia (DLP). El 9,9% de los encuestados refiere haber presentado un infarto agudo al miocardio y el 8,0% un accidente cerebrovascular (Gráfico N° 2). (3,4)

Gráfico N° 2: Prevalencia de factores de riesgo y patología cardiovascular en personas de 65 años y más.



Fuente: ENS (2009-2010)

Aspectos nutricionales

Según la ENS 2009-2010, un 30,9% de la población chilena con diagnóstico de obesidad corresponde a personas mayores de 65 años, siendo el segundo grupo etario con mayores niveles en este aspecto. Asimismo, en cuanto a la obesidad mórbida, el grupo de personas mayores de 65 años ocupa el primer lugar con un 4,29%. Al analizar según sexo, tanto en obesidad como obesidad mórbida, la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres mayores. (4)

Actividad física

Según los registros del EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor), sólo un 7% de los adultos mayores realiza actividad física. De estos, un 60% son mujeres, y

40% hombres. Al observar la ENS se puede evidenciar que la prevalencia de inactividad en los adultos mayores es de un 48%, muy superior a la prevalencia nacional de 27,1% (3,4).

En el año 2012, según registros del DEIS, 50.934 personas de 65 años y más realizaba actividad física en establecimientos de salud, de ellos el 57,3% eran mujeres. (4)

Realidad actual del sistema de salud primaria focalizado en AM con ECNT:

Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor

El Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor establece que los sistemas de salud deben adecuarse para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores; por ello está enfocado en la prevención, cuyo fin es evitar el daño en la etapa de la vejez, así como también se hace cargo del deterioro desencadenado en esta; mediante la atención integral con la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado y competente. (4)

Como parte de las acciones realizadas en Chile y que son un constituyente importante del programa nacional de salud del adulto mayor, podemos encontrar: Acceso a servicios de salud por parte de la población AM: Fondo Nacional de Salud (FONASA), Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PACAM), Programa Nacional de Inmunización, Evaluación Médico Preventiva para el Adulto Mayor (EMPAM), Garantías Explícitas de Salud (GES) para las personas mayores (4), y Guías Alimentarias cuyo fin es la prevención de ECNT (Enfermedad Crónicas No Transmisibles) mediante la educación en alimentación y nutrición.

Por otro lado, el Ministerio de Desarrollo Social tiene diversos Servicios relacionados, uno de estos es el SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), que tiene como misión fomentar a la autonomía de las persona mayores. (5)

Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)

El programa de salud cardiovascular (PSCV), es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las Enfermedades Cardiovasculares (ECVs). Este se encuentra orientado a la prevención, control y descompensación de enfermedades como la Diabetes Mellitus tipo 2, la Hipertensión y la Dislipidemia, a través de la educación y supervisión de las patologías, a fin de disminuir el riesgo cardiovascular.

El usuario que presente alguna de estas patologías será ingresado al PSCV como “paciente crónico”, es decir, recibirá atención permanente de médico, enfermera y nutricionista, además de obtener los medicamentos que requiera de acuerdo a indicación médica y exámenes anuales para el seguimiento de su patología.

Descripción de la atención de salud local focalizada en la percepción del usuario

La atención de salud en Chile actualmente se basa en el modelo biopsicosocial, el cual considera al individuo como parte del sistema, además de reconocer la salud como un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. (6)

Tiene importancia la relación equipo-paciente, destacándose la comunicación entre ambos; se establece una relación de ayuda, respetando las responsabilidades de la persona sobre su

cuidado y reconociendo los componentes que podrían influir en su salud (familia, entorno), como aliados relevantes en el proceso de conservación o mejoramiento de la salud. (6)

Las respuestas dadas por el profesional no siempre deben determinar un tratamiento; pueden simplemente acoger la dolencia, acordar con el paciente una estrategia para enfrentarla y abstenerse a intervenir. El objetivo principal entonces es cuidar la salud. (6)

También considera que la persona es una unidad cuerpo/mente/espíritu. No existen personas con problemas o enfermedades puramente físicas o psicológicas, porque en los seres humanos coexisten ambas dimensiones. Esto exige al profesional ser un experto entrevistador, debiendo centrarse en la persona enferma y su contexto, y no en la enfermedad. (6)

El modelo biopsicosocial, como referente para una nueva manera de comprender el proceso salud-enfermedad, tiene su aplicación práctica en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario: un desafío para los equipos de salud, que buscan mejorar su actuar en pro de la salud de las personas. (6)

El Modelo de Atención Integral pone en el centro de su quehacer a las personas y sus familias, y responde a las expectativas que aquellas tienen respecto al cuidado de su salud. Busca que la persona sea reconocida de manera integral, escuchada, respetada, con posibilidades de opinar, activa en la toma de decisiones, con conocimiento y opinión sobre los riesgos y beneficios de las indicaciones profesionales, con claridad sobre sus deberes y respetada en sus derechos, responsable en el cuidado de su salud, capaz de utilizar los recursos personales y del entorno para el cuidado de su salud. (6)

La percepción de los pacientes de la atención en salud que reciben radica en cada uno de los profesionales de salud con los que comparten. Esto influye directamente en los niveles de adherencia a los tratamientos.

Por otro lado, un estudio realizado en la ciudad de Concepción, sobre la percepción de la función del profesional nutricionista por parte de los usuarios de atención primaria, determinó que la visión de la interacción profesional-paciente se puede dimensionar en 3 grandes aristas:

- I) Evaluación individual del estado de salud del paciente: caracterizado por la retroalimentación comunicativa y en la que la función del nutricionista se describe por los pacientes como paralelo al tratamiento médico.
- II) Consejería de las estrategias alimentarias correctas para una adecuada alimentación: donde se entrega información científica de manera accesible a la comprensión del paciente.
- III) Motivación para conseguir una alta adherencia dietoterapéutica por parte de los pacientes: se caracteriza por evidenciar científicamente las consecuencias de no seguir las recomendaciones nutricionales, de acuerdo a la realidad social de cada individuo. (7)

Al describir comparativamente las funciones de nutricionista y del resto del profesional de salud, el estudio sugiere que el paciente percibe al nutricionista como un profesional cercano, debido al carácter de la interacción que ocurre en las educaciones, con el que establece una comunicación más fluida debido a que sus procedimientos son exclusivamente dietéticos, en contraste con el farmacológico de otros profesionales. (7)

Adherencia al tratamiento

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como “El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (8)

La adherencia presenta una gran importancia en el manejo de ECNT, ya que la falta de esta, hace ineficaz el tratamiento prescrito, aumentando la morbilidad y mortalidad del paciente, así como los costos económicos que puede involucrar una o más patologías a largo plazo.

Para entender la adherencia de un paciente, se ha utilizado “El Modelo de creencias en salud”, el cual explica el proceso de decisiones respecto a la salud e identifica factores motivacionales, subjetivos, elementos habilitantes o modificantes de la conducta que actuarían como determinantes de una mayor o menor probabilidad de cumplir las prescripciones para tratar la enfermedad. (9)

Como dificultad se tiene que gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por una agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no, por lo que es de especial importancia encontrar medidas que mejoren la adherencia de este.

Factores que influyen en la adherencia en personas con ECNT

Conocimientos

La educación y entrega de información nutricional a los pacientes son fundamentales para realizar cambios en las conductas de los mismos, sin embargo se presume que estos por si solos no serían suficiente para mantener una correcta adherencia al tratamiento, es importante que, además, el paciente obtenga conocimientos acerca de su patología, como por ejemplo los efectos nocivos que supone no seguir un tratamiento adecuado (consecuencias o complicaciones de la enfermedad, por ejemplo el daño de órganos a largo plazo) versus los beneficios de si seguirlo (buen control metabólico, bienestar físico y emocional) (10).

Lo anteriormente señalado sugiere que es necesario realizar intervenciones educativas que permitan a los adultos mayores la adquisición de la totalidad de los conocimientos acerca de su patología, esto les permitiría la realización de los cambios de conductas necesarios que estarían asociados a un adecuado control metabólico de la enfermedad.

Por otro lado es de considerar que para que una educación sea más efectiva es necesario aplicar modelos educativos dentro de la consulta que simplifiquen los conocimientos entregados, pero que a su vez, los abarquen en su totalidad; además, esta educación debería ser didáctica e involucrar activamente al paciente dentro de la misma.

También hay que considerar el tiempo que se posee para realizar las educaciones, ya sea dentro de la consulta, o talleres realizados dentro del centro de salud, puesto que un tiempo escaso puede interferir en la comprensión y/o claridad de los conocimientos adquiridos.

Relación Paciente/Profesional

“El establecer una relación con el paciente crea un vínculo que les permite entenderse en el establecimiento de una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia, y por lo tanto existan menos tasas de abandono”, además mejora la confianza y hace que el paciente exprese sus inquietudes a la hora de presentar dificultades o dudas respecto a su tratamiento. Hay que evitar culpabilizar y/o castigar al paciente, además de mostrar actitudes negativas o desinterés sobre su situación, pues eso puede generar temor por parte de este hacia el profesional, dificultando la comunicación entre ellos y la adherencia. (11)

Una buena relación entre el paciente y el profesional, en general está asociada a mejoras de la participación del primero en su cuidado, con disminución de las inasistencias a consulta, e incremento del compromiso con el tratamiento. A su vez, se ha demostrado que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia. (12)

Psicológicos

Las enfermedades crónicas además del envejecimiento interrumpen muchas áreas de la vida al causar limitaciones físicas que generan una pérdida de la calidad de vida, incapacidad de realizar algunas actividades que anteriormente podían efectuarse sin problemas, además de una mayor dependencia por parte del paciente hacia sus familiares y/o gente cercana, lo cual puede llevar a depresión e irritabilidad que dificulten el seguimiento de las

indicaciones y/o perjudiquen en mayor medida el estado de salud (13), como se puede apreciar en el siguiente ejemplo:

“En relación a la DMI, al parecer, cuando la depresión está presente, existe evidencia de un peor control metabólico, disminución de la actividad física, mayor obesidad, y potencialmente mayores complicaciones derivadas de la patología”. (12)

Los pacientes más resilientes están más preparados para confrontar cualquier crisis que ocurra en su vida y tener una mejor calidad de vida, independiente de las enfermedades, deterioro y otras situaciones que puedan generar estrés y sentimientos negativos. En resumen, la fuerza interna de los pacientes puede estimular el auto cuidado y la responsabilidad para el manejo de la patología. (13)

Percepción de las ECNT y tratamiento

“Los pacientes tienen una percepción del mundo muy distinta a la nuestra, por lo que hay que tener en consideración sus creencias o las influencias que estas presentan en las distintas manifestaciones de la dicotomía salud-enfermedad”. (10) Si se percibe lo grave que es la patología o se ve deteriorada su salud, el paciente tiene mayor probabilidad de cumplir la terapia, probabilidad que aumentará si percibe que el tratamiento que le ha sido indicado será beneficioso y se encuentra satisfecho con éste.

El no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas respecto a éste, además de entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, afectan negativamente la adherencia.

Otro factor que afecta negativamente el seguimiento de las indicaciones dietoterapéuticas corresponde al hecho de que estas se asocian en la mayoría de los casos, a restricciones alimentarias.

Apoyo social y familiar

Las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento, por lo tanto, las que cuentan con apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento, o en este caso, la dieta y/o indicaciones alimentarias entregadas (11). Se debe tener consideración de los aspectos sociales o psicológicos a la hora de manejar una enfermedad.

El soporte social por parte de familiares y amigos favorece a los pacientes cuando se enfrentan a dificultades, ya que eso permite encontrar el sentido a la vida que ayuda a los adultos mayores a superar momentos difíciles. (13)

El sentimiento de pertenencia dentro del ambiente familiar es valioso para la salud psicológica y calidad de vida.

Socioeconómicos y educacionales

Un factor importante a tener en cuenta es el hecho de que gran parte de los adultos mayores se encuentran jubilados, lo que se traduce en un menor ingreso económico, lo que representa dificultades a la hora de seleccionar algunos tipos de alimentos que si bien son más beneficiosos para la salud, implican un mayor gasto.

Esto también podría verse relacionado con la inasistencia al centro de salud, asociado con la lejanía del centro de tratamiento y elevados costos en el transporte.

Un bajo nivel socioeconómico también está relacionado con analfabetismo y bajo nivel educativo, lo que también influiría negativamente sobre la adherencia al tratamiento. (14)

En consideración a lo anteriormente señalado, se concluye que hay un importante aumento de la población adulta mayor, además de la prevalencia de enfermedades que se benefician de algún tratamiento nutricional, cuyo desarrollo se ve influenciado por la existencia de programas a nivel ministerial asociados al cuidado de la salud de las personas adultas mayores, como es el caso del Programa de Salud Cardiovascular. La eficacia de este tipo de programas se encuentra condicionada directamente por la adherencia de los pacientes a su tratamiento dietético, la cual se ve influenciada por múltiples factores, diferentes para cada zona del país. Desde esta perspectiva se puede afirmar que los factores que influyen la adherencia dietoterapéutica de los pacientes que viven y se tratan en la zona sur del país no van a ser los mismos que los de la zona norte o central. Bajo esta premisa, y considerando que se carece de estudios realizados en la población de la Quinta región, se hace necesario investigar en profundidad qué factores son los que realmente influyen en la adherencia de los pacientes tratados en esta zona, con el objetivo de obtener información precisa que permita intervenir efectivamente en esta población en específico y con ello mejorar la salud y calidad de vida de los adultos mayores de la quinta región.

OBJETIVOS

General

Identificar factores que influyan en la adherencia dietética de un grupo de adultos mayores con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, atendidos actualmente en el Centro de Salud Familiar Nueva Aurora de la Región de Valparaíso.

Específicos

- 1.- Formular entrevistas semiestructuradas dirigidas a un grupo de adultos mayores con Enfermedades Crónicas No Transmisibles atendidos en el sistema de Atención Primaria de Salud.
- 2.- Realizar análisis cualitativo de las entrevistas aplicadas al grupo de usuarios asistentes al centro de salud, para establecer factores más comunes que puedan afectar la adherencia dietoterapéutica.
- 3.- Identificar factores tanto positivos como negativos que influyan en la adherencia dietoterapéutica dentro de la población adulta mayor de la región de Valparaíso.

METODOLOGIA

1. Tipo de estudio: Cualitativo, exploratorio transversal.

Un estudio exploratorio es el primer acercamiento a una realidad desconocida para el investigador, no pretende hacer generalizables los resultados y las conclusiones, sino sólo evidenciar la realidad para un grupo de personas en un momento determinado, y a partir de esto reconocer factores que puedan cuantificarse en un universo cada vez más grande para hacer más generalizables los resultados.

2. Muestreo y reclutamiento

2.1 Selección de la muestra: La selección de la muestra se realizó por conveniencia mediante llamada telefónica a los adultos mayores pertenecientes al Centro de Salud Familiar Nueva Aurora, de la comuna de Viña del Mar, Región de Valparaíso.

El N° de Muestra para esta investigación correspondió a 8 pacientes (3 hombres, 5 mujeres), con posibilidad de segunda entrevista de ser necesario. Esto se determinó de acuerdo a la saturación de la información obtenida por parte de los entrevistados.

2.2 Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes mayores de 60 años que asistan al Centro de Salud Familiar Nueva Aurora, que pertenezcan al PSCV, y se atiendan con Nutricionista.
- ✓ Pacientes que se encuentren con al menos un año de tratamiento dentro del PSCV.
- ✓ Los pacientes deben aceptar participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado. (Anexo n° 1)

2.3 Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con dificultades cognitivas o trastornos psiquiátricos diagnosticados.

2.4 Aprobación del comité de ética: Para poder realizar este estudio fue necesaria la aprobación por parte del comité de ética de la Facultad de Farmacia, esto mediante el envío de un documento que explica la importancia del estudio y los procedimientos a realizar, además de involucrar la valoración de los aspectos éticos. (Anexo nº 2)

3. Instrumentos

3.1 Entrevistas semiestructuradas:

La entrevista es una técnica dentro de la investigación cualitativa, la cual permite la obtención de información, mediante la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, esto a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Dentro de las entrevistas podemos encontrar las semiestructuradas, las cuales presentan un mayor grado de flexibilidad que las estructuradas, debido a que son realizadas a partir de preguntas planificadas que pueden ajustarse a los entrevistados según el curso de la entrevista. Tiene como ventaja la posibilidad de adaptarse a los sujetos, con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos, dejando la posibilidad de que el entrevistado pueda entregar aspectos no considerados previamente por el investigador.

3.2 Consentimiento informado

Una vez que se seleccionaron los participantes del estudio y previo a la entrevista, se les entregó el consentimiento informado, el cual explica en qué consiste el estudio y quiénes lo están realizando. Éste involucra que el entrevistado coloque su nombre, fecha y firma.

3.3 Estudio piloto

Se realizó un estudio piloto en una muestra de la población diferente a la que se aplicó el estudio finalmente, pero obtenida bajo el mismo reclutamiento, en la que se aplicaron las preguntas previamente formuladas (Anexo nº 3), con el fin de validar, eliminar o modificar cada una de las preguntas para así obtener la información necesaria de forma clara.

5. Recolección de datos

Las entrevistas fueron aplicadas (post-capacitación) a los sujetos estudiados dentro del centro de salud (a los cuales se les explicó la metodología de ésta, y el fin del estudio), además de ser grabadas en un audio para su posterior análisis, previa aprobación del entrevistado. En caso de que el entrevistado no aceptara la grabación, se tomarían notas de campo durante la entrevista.

6. Descripción de los participantes

Los sujetos entrevistados correspondieron a adultos mayores de ambos sexos, con edades que rondaron entre los 60-80 años, y cuyas enfermedades crónicas más comunes eran principalmente hipertensión y diabetes, con una duración que variaba desde los 3-20 años desde el diagnóstico inicial, lo que no necesariamente se vinculaba con la edad del paciente.

La mitad de los entrevistados presentaban alguna intolerancia alimentaria, específicamente a la lactosa. Sólo en uno de los casos se mencionó la intolerancia al gluten.

Gran parte de los participantes tuvo su origen en la Región de Valparaíso (uno de ellos específicamente en zona rural), aunque algunos mencionaron nacer en la Región Metropolitana o la Región de La Serena. Actualmente todos viven en la comuna de Viña del mar.

Sólo 3 de ellos refirieron presentar su enseñanza media completa, mientras que el resto no completó sus estudios en diferentes grados o no realizó ningún tipo de educación formal.

7. Análisis de los datos

Es pertinente que para la elaboración de discusiones y conclusiones se deba analizar la información mediante su transcripción y codificación en categorías, según los factores a tratar dentro de la entrevista. Esto se realizó a partir del programa computacional ATLAS Ti 7.5.4 cuyas principales funciones están asociadas al análisis cualitativo.

La codificación se define como el proceso que fragmenta las transcripciones en categorías separadas de temas, conceptos, eventos o estados, en las cuales el contenido se ordena y clasifica de modo definitivo, esto teniendo en cuenta los razonamientos del investigador y elementos teóricos, los que permiten consolidar la categorización. A su vez, a partir de las categorías, se agrupan aquellas que refieran a un tema en común en una macrocategoría o núcleo temático, que engloba aún más la información contenida en los relatos de los participantes y permite organizar de una manera más adecuada los resultados de la investigación.

Todo esto aumenta la posibilidad de recabar cada detalle, cada cita textual para determinar que aporta al análisis. Una vez que se han encontrado esos conceptos y temas individuales, se deben relacionar entre sí para poder elaborar una explicación integrada.

Es importante mencionar que si no se alcanza un punto de saturación respecto a la información obtenida (Es decir, no se han obtenido la totalidad de datos relevantes para la investigación), es posible realizar una segunda entrevista en los pacientes ya entrevistados.

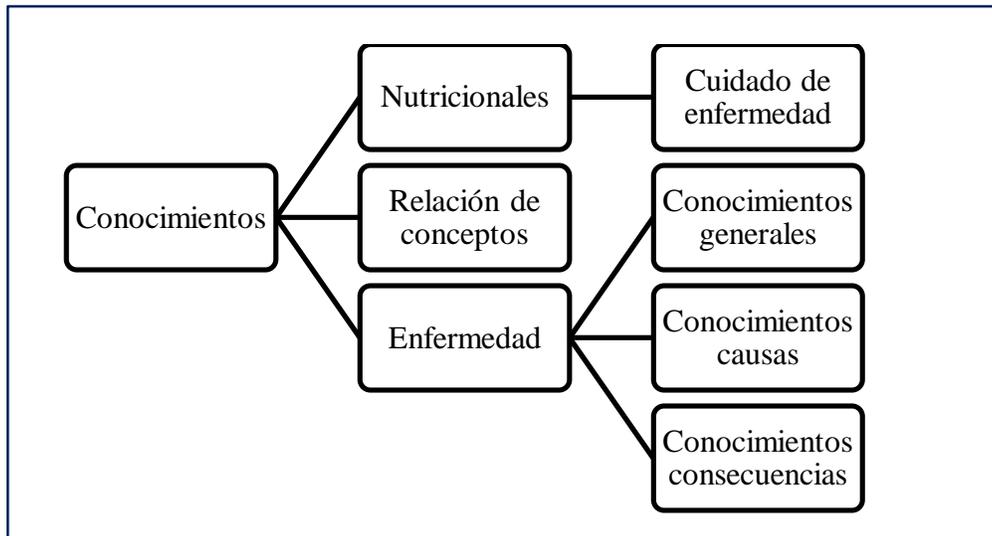
RESULTADOS

Para el análisis de la información se trabajó con la codificación de la información recopilada a través de las entrevistas. A su vez, estos códigos se distribuyeron en familias de acuerdo a la relación existente entre ellos. Esto se encuentra representado por mapas conceptuales, los cuales se encuentran jerarquizados según la importancia que le dieron los participantes a ciertos temas dentro de la entrevista.

En la citación de las respuestas entregadas por los participantes se indica el número de entrevista, página y línea en la que estas se encuentran ubicadas, por ejemplo: “E01P2L20” corresponde a la entrevista 1, página 2, línea 20. Las entrevistas se adjuntan de manera separada al documento de tesis.

Conocimientos

Figura N°1: Factores relacionados con los conocimientos del paciente.



1. Nutricionales

1.1. Cuidado Enfermedad:

El criterio que se utilizó para clasificar el conocimiento nutricional de los entrevistados correspondió a la mención de la restricción de sal en el caso de hipertensión, y la restricción de azúcares y/o carbohidratos en caso de diabetes, teniendo en cuenta que estas fueron las únicas enfermedades crónicas que presentaron los mismos y que forman parte del estudio.

En general hubo diversidad entre los conocimientos que presentaban los entrevistados respecto al cuidado de su enfermedad.

Los entrevistados que respondieron satisfactoriamente lo hicieron de la siguiente manera:

¿Sabe qué debe hacer para cuidarse de su enfermedad?

E04, P19L837-838: "Las pastillas... comer sano, verduras, legumbres, leche, mariscos, carnes blancas y poca sal."

2. Relación de conceptos

Por otro lado, los entrevistados fueron capaces de establecer por sí solos algunas relaciones durante la entrevista, por ejemplo entre enfermedad, alimentos específicos y/o consecuencias.

¿Sabe qué hacer para cuidarse de su enfermedad?

E10, P43L1914-1915: "No echarle mucha sal a la sopa a la las comidas, no ingerir alcohol porque el alcohol también te sube la presión."

En este caso el entrevistado pudo establecer la relación entre la hipertensión y el consumo de sal, además del alcohol.

3. Enfermedad

3.1. Conocimientos generales:

El criterio que se utilizó para clasificar los conocimientos generales de los entrevistados fue mencionar la variación de la presión en el caso de la hipertensión, y el azúcar en sangre en caso de los diabéticos.

Lo que más predominó fue el desconocimiento de la enfermedad.

¿Sabe en qué consiste su enfermedad?

E04, P18L828: “No tengo idea”.

Cabe destacar que en esta pregunta algunos entrevistados tendían a mencionar causas o consecuencias de la patología que presentaban, más que dar una definición certera.

E05, P22L1009: “Sí, la diabetes afecta a la vista, los huesos, etc”

3.2. Conocimiento causas

El criterio utilizado para clasificar los conocimientos de las causas de la enfermedad fue mencionar algún factor hereditario o la presencia de malos hábitos alimenticios.

En este caso la cantidad de entrevistados que presentaron conocimientos de las causas de su enfermedad, fue la misma que los que desconocían las causas.

¿Sabe por qué se causaron sus enfermedades?

E09, P37-L1697-1698: “No sé... mi papá falleció de un infarto y mi mamá a lo mejor tenía diabetes por que se hacía heridas y no se cicatrizaban nunca, por eso...”

Tal como refleja la cita anterior, algunos de los entrevistados inicialmente tendían a responder que no poseían conocimientos, sin embargo, al momento de justificar lo hacían de forma correcta.

3.3. Conocimiento consecuencias

El criterio que se utilizó para clasificar los conocimientos respecto a las consecuencias de la enfermedad fue mencionar los accidentes vasculares en el caso de la hipertensión, y la diabetes, así como uno o más de los compromisos a nivel sistémico en el caso de esta última (renal, alteraciones visuales, etc).

En este ítem también se pudo encontrar una variabilidad en relación a las respuestas que daban los entrevistados, algunos conociendo las consecuencias de su enfermedad.

¿Sabe cuáles son las consecuencias a largo plazo de su enfermedad?

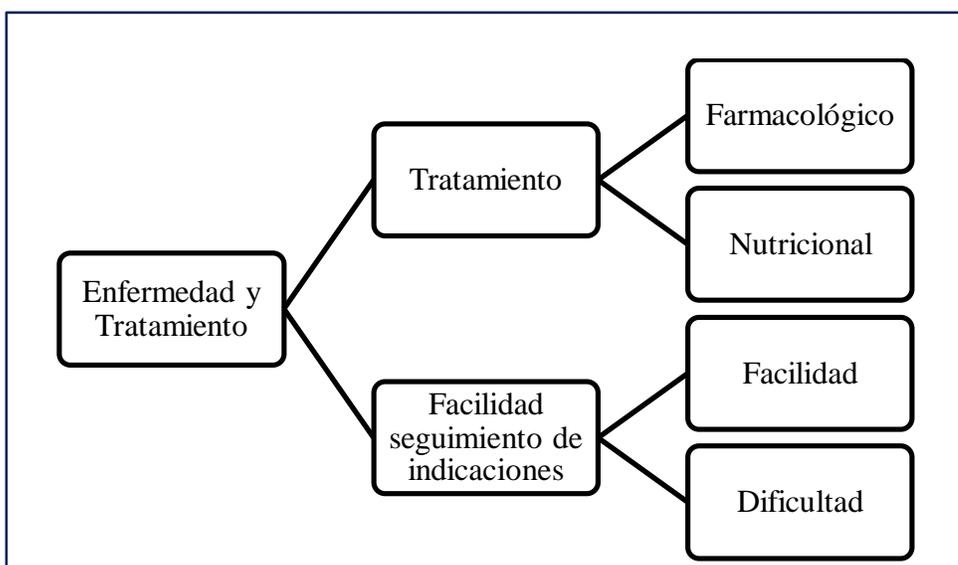
E05, P22L1015: “En lo renal y lo que le dije anteriormente (...Sí, la diabetes afecta a la vista, los huesos, etc.)”

El resto solo podía explicar las consecuencias de una de sus enfermedades, o respondió de una manera insuficiente.

E03, P12L558-560: “Sipo son enfermedades que son degenerativas en realidad, pa’ empezar se te hecha a perder parte del estómago, porque ya no funciona la parte de que los alimentos son bien procesados en la bolsa del estómago”

Enfermedad y tratamiento

Figura N°2: Factores asociados con la enfermedad y tratamiento del paciente.



1. Tratamiento

1.1. Farmacológico:

Algunos de los entrevistados mencionaron o colocaron mayor énfasis en el tratamiento farmacológico cuando se les realizaron preguntas con respecto al control de su enfermedad, tal como se puede apreciar en la siguiente cita:

¿Aparte del deporte siente que la dieta la ayuda? ¿Y la alimentación le ayuda?

E09, P39L1763: "Lo que a mí me ayuda es la insulina... Sí, claro, todo tiene que ir junto."

1.2. Nutricional:

Con respecto al énfasis que colocaron otros de los participantes en relación al tratamiento nutricional, se pudo apreciar que no se le dio una mayor importancia a una adecuada alimentación por sobre el tratamiento farmacológico, sino más bien, se mencionaron ambos como un complemento.

¿Sabe qué debe hacer para cuidarse de su enfermedad?

E08, P33L1525: “Si. No comer sal, mucha sal, y tomarme los remedios, y no pasar rabias.”

2. Facilidad de seguimiento de indicaciones

2.1. Facilidad:

Una parte importante de los entrevistados dijo no presentar dificultades respecto al seguimiento de las indicaciones nutricionales, sin embargo, durante el resto de la entrevista, estos se contradecían mencionando algunos de los desvíos que realizaban con respecto a la misma:

Hábleme sobre las dificultades que ha tenido para seguir la dieta y qué ha hecho al respecto.

E09, P39L1777: “Ninguna.”

¿Y no se ha salido de las indicaciones que le dieron?

E09, P39L1789-1790: “Ah! Si... por ejemplo ahora me dijo que tomara leche descremada y antes que eso prefiero tomar agua.”

2.2. Dificultad:

Sólo una de las personas entrevistadas reconoció presentar dificultades respecto al seguimiento de la dieta.

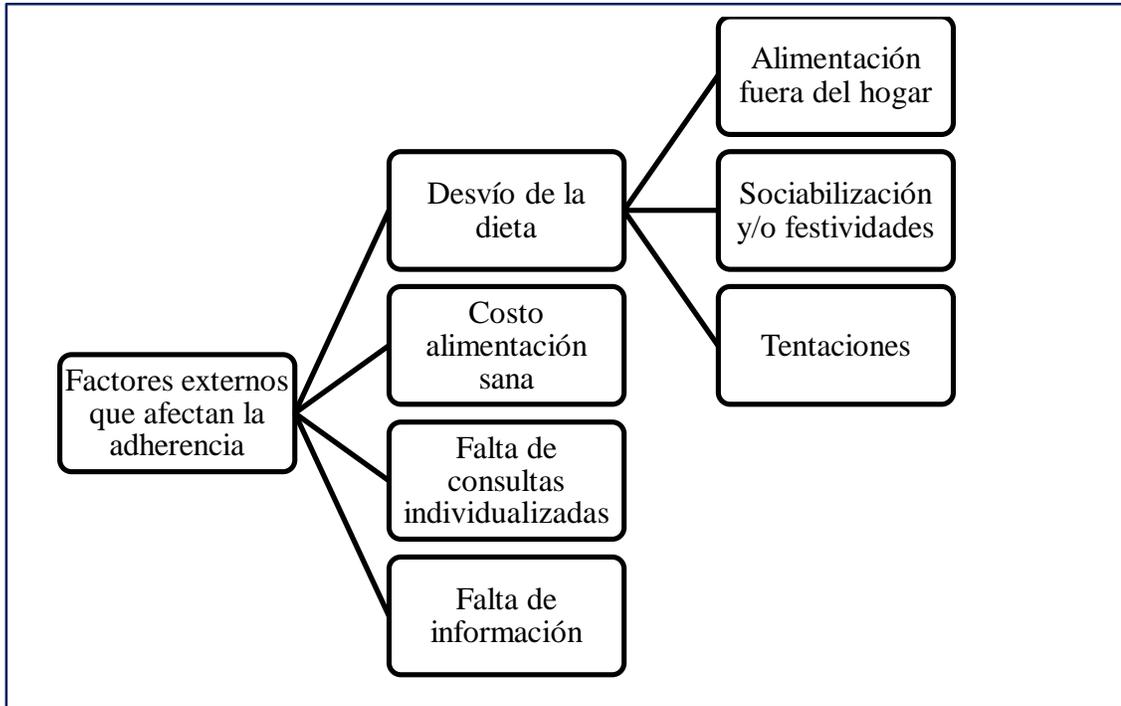
¿Qué dificultades ha tenido para seguir la dieta?

E10, P44L1949-19450: “Bueno, sacrificio, porque no puedo comer esto, no puedo comer esto otro, que no puedo aquí, que no puedo allá.”

El resto, si bien mencionó presentar desvíos en el curso de su tratamiento, no reconoció este hecho como una dificultad.

Factores externos que afectan la adherencia

Figura N°3: Factores externos que afectan la adherencia



1. Desvío de la dieta

Todos los entrevistados mencionaron en algún grado presentar un desvío con respecto a la dieta recomendada por la nutricionista o la que seguían normalmente dentro de su hogar, asociado a los diferentes factores expuestos.

1.1. Sociabilización y/o festividades

Algunos entrevistados mencionaron que los factores que los llevaban a salirse de la dieta se vinculaban a eventos particulares, como celebraciones o eventos sociales, donde, para formar parte del contexto y compartir en plenitud con sus pares, no podían rechazar los alimentos que todos comían.

¿Y cuándo se sale de la dieta por qué es?

E07, P30L1408-1411: “Es por cosas especiales, un cumpleaños, un matrimonio, un bautizo, todas esas cosas. Uno de repente tiene hartas actividades. ...Es algo normal, y uno tiene que hacerlo, por convivencia.”

1.2 Alimentación fuera del hogar

También, gran parte de los entrevistados mencionaron presentar dificultad con respecto al seguimiento de las indicaciones del nutricionista al momento de alimentarse fuera del hogar.

Por ejemplo, un factor importante a considerar en el caso de las personas hipertensas es el hecho de que muchos de los alimentos que se consumen fuera del hogar no necesariamente tienen una restricción del sodio aportado. Como mencionó el siguiente entrevistado:

Cuando come fuera, ¿se desordena?

E08, P34L1583-1584: “Es que afuera no las pudo cumplir, que no se puede, si voy invitado a almorzar a una de estas cómo voy a pedir sin sal.”

1.3 Tentaciones

Gran parte de los entrevistados mencionaron presentar un desvío de la dieta porque sentían tentación respecto a los alimentos con mayor palatabilidad como dulces, asados, entre otros.

Cuando se llega a salir de la dieta... ¿Por qué es?

E0, P8L355: “Por tentación no más, deseo.”

Existe una excepción en la que uno de los entrevistados mencionó cuidar su dieta al momento de salir, o participar de actividades sociales, pero esto se encuentra ligado a que presenta una enfermedad hepática, además de ser intolerante al gluten, enfermedades que poseen una sintomatología inmediata a diferencia de otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.

Pero por ejemplo cuando sale con amistades... ¿Se sale de la dieta?

E10, P45L1975-1976: “”No fijate, porque por lo que yo tengo en el hígado no puedo tomar, ahora por lo celiaca no puedo servirme torta, pasteles, comer masas, no puedo.

2. Costo de alimentación sana

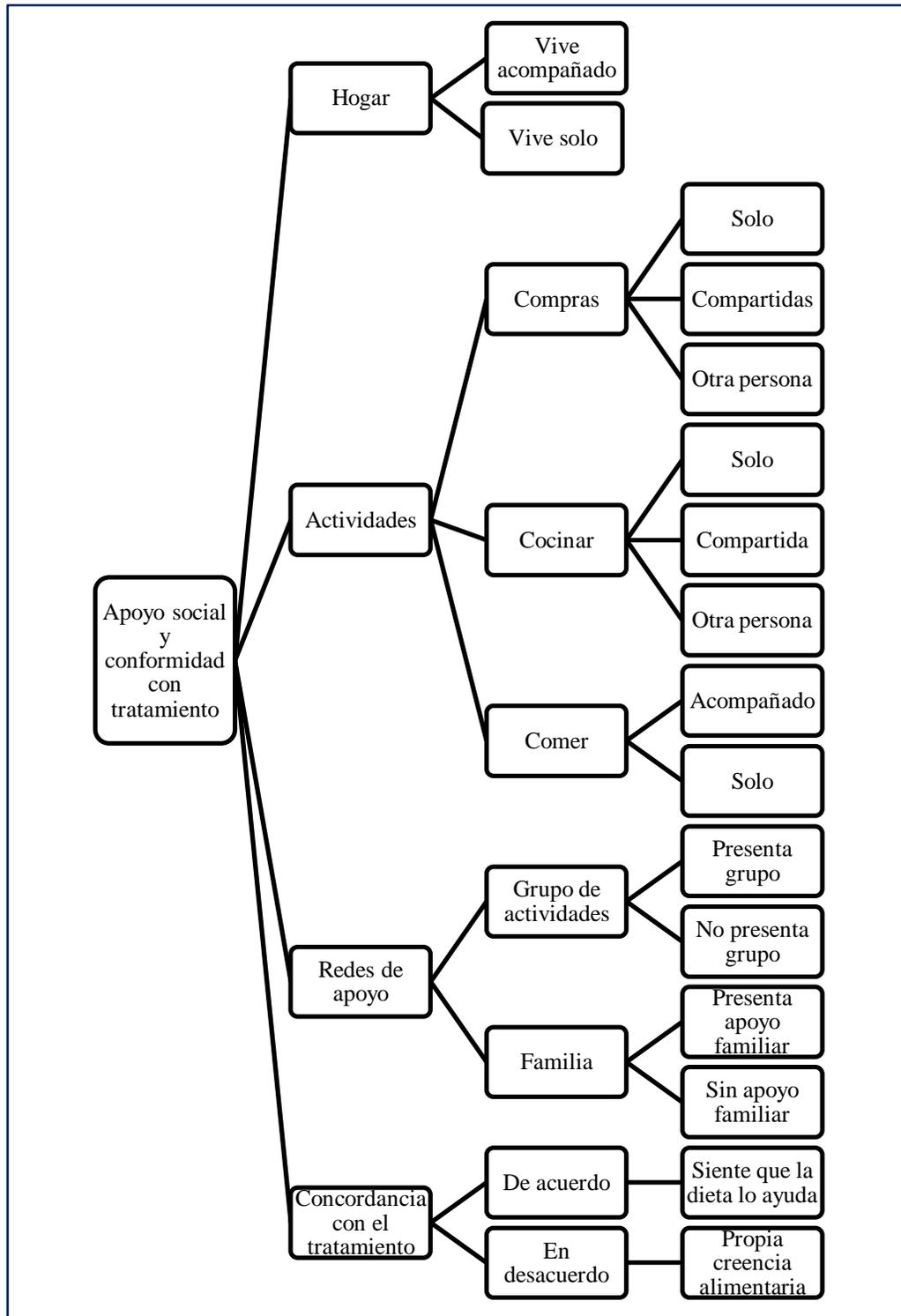
Si bien solo dos de los entrevistados mencionaron el alto costo de los alimentos saludables, puede ser un factor importante al momento de seguir las indicaciones entregadas por la nutricionista. Ambos indicaron además que una alimentación sana no tenía cabida dentro de su presupuesto. Esto se puede apreciar en la siguiente cita:

E03, P13L595-598: “Casi los ochenta mil pesos, ochenta y tres, ochenta y dos, setenta y siete, eso gasto, entonces claro, uno es presionado, pero se va cuánta plata en remedios, entonces hay muchos abuelitos que gastan en remedios y comen pésimo, por eso.”

Otros factores externos que afectan la adherencia y que fueron mencionados sólo por un entrevistado, pero que sería importante considerar, estarían relacionados con la falta de consultas individualizadas, así como la falta de información en las consultas nutricionales.

Apoyo social y conformidad con tratamiento

Figura N°4: Factores relacionados con el apoyo social y conformidad con el tratamiento



En el presente mapa conceptual (Figura N°4) se puede apreciar la relación entre el apoyo social y la conformidad con el tratamiento, se observan tres aristas dentro del apoyo social, estas son con quien vive, la dinámica del hogar y el apoyo externo que pueden tener y como esto se relaciona con la conformidad que tienen respecto al tratamiento que reciben.

1. Hogar

Se consultó a cada entrevistado si vivía solo o acompañado, y se pudo observar que la mayoría vivía acompañado. Las respuestas se ejemplifican en las siguientes citas:

1.1. Vive acompañado

¿Con quién vive?

E04, P17L754: “Hijo y pareja.”

1.2. Vive solo

E01, P1L21: “Vive mi hija cerca, pero yo vivo sola en mi casa, con mi perrito.”

2. Actividades

Se preguntó a todos los entrevistados sobre las actividades relacionadas con su alimentación. Los entrevistados que indicaron vivir solos también compraban, cocinaban y comían solos sus alimentos, un hecho que se aprecia lógico pero que de igual forma debe quedar evidenciado. Por otro lado, dentro de los entrevistados que interactuaban con otras personas en todas o algunas de estas actividades encontramos algunos que delegaban la compra y cocina de alimentos a su pareja, o que compartían estas responsabilidades en

familia. Las siguientes citas en cada uno de los puntos ejemplifican lo anteriormente señalado.

2.1 Compras

2.1.1. Compra solo

¿Y usted siempre compra todo eso? ¿O la hija también le trae?

E01, P3L122: “No, yo compro las cosas, lo que quiero comer yo compro.”

2.1.2. Compra compartida

¿Y usted compra todos esos alimentos o su hermano también lo hace?

E07, P26L1211: “No, entre los dos. Entre los dos trabajamos. Todo a medias.”

2.1.3. Compra otra persona

¿Hay un responsable de la compra de alimentos en el hogar?

E05, P22L994: “Mi señora.”

2.2. Cocinar

2.2.1. Cocina solo

¿Entonces usted también se hace el almuerzo, todo?

E01, P3L126: “Todo, si yo cocino. Por ejemplo ahora voy a hacer guiso de zapallo italiano.”

2.2.2. Cocina compartida

¿Hay un responsable de la preparación de alimentos en el hogar?

E08, P32L1492: “Los dos cocinamos, y los dos hacemos el aseo.”

2.2.3. Cocina otra persona

¿Hay un responsable de la preparación de alimentos en el hogar?

E05, P22L997: “Mi señora”

2.3. Comer

2.3.1. Come acompañado

Cuando usted va a comer, ¿Qué necesita para poder comer a gusto?

E04, P18L820: “Nosotros comemos con mi pareja, algunas veces vemos tele.”

2.3.2. Come solo

“¿Y siente que tiene que estar acompañada para almorzar o le da lo mismo?”

E01, P4L171-174: “No, ya estoy acostumbrada ya, a veces viene mi hijo...Entonces paso solita, pero ayer almorcé con mi hijo y mi nieta.”

3. Redes de apoyo

3.1. Grupo de actividades

Algunos entrevistados manifestaron pertenecer a grupos sociales con los cuales formaban vínculos participando de diversas actividades o recibían apoyo por parte de estos, otros entrevistados declararon no formar parte de ningún grupo en específico.

3.1.1. Presenta grupo

¿Actualmente participa o se reúne con algún grupo o realiza alguna actividad? ¿Qué actividades realizan en los clubs?

E08, P32L1478-1479: “Sí, en un grupo de adulto mayor y en club árabe, como director del club árabe; paseos más que nada.”

3.1.2. No presenta grupo

¿Tiene redes de apoyo?

E04, P17L762: “No, nada.”

3.2. Familia

La mayoría de los entrevistados manifestó tener apoyo familiar, sin embargo algunos declararon no poseer el apoyo de éstos a pesar de que incluso en algunos casos tenían aún más parientes que los que si recibían apoyo.

3.2.1. Presenta apoyo familiar

¿Alguien le ayuda a cuidarse?

E05, P24L1071: “Mi señora.”

3.2.2. Sin apoyo familiar

¿Alguien le ayuda a cuidarse?

E03, P16L723-725: “Ehh... que me digan come mamá come, come, come, no, porque ya saben que soy light, al comienzo paso eso, que me decían come, pero como no vas a comer ahora, pero ahora están rendidos.”

4. Concordancia con el tratamiento

4.1. De acuerdo

Los entrevistados que presentaron apoyo familiar y/o se encontraban de acuerdo con el tratamiento nutricional indicado sentían que el mismo los ha ayudado, y que han visto disminuida la sintomatología de su enfermedad.

Ya, y aparte de eso, ¿Qué opina de lo que le dijo la nutricionista?

E07, P28L1311-1312: “No, bien, todo bien, de que hay que comer bien, no, estoy de acuerdo. 100%. Tiene toda la razón.”

4.1.1. Siente que lo ayuda

Algunos entrevistados que estaban de acuerdo con las indicaciones nutricionales manifestaron que estas les ayudaban, como se puede apreciar en la siguiente cita:

Y por ejemplo ¿Como qué cambió?

E07, P29L1322-1324: “No, me siento mucho mejor, eso estamos claros, y me siento bien, ando bien, no me duele la cabeza, no tengo problema de digestión, disculpe la expresión.

Muy difícil, entonces anda todo bien, yo me siento bien, todo anda bien.”

4.2. En desacuerdo

Los entrevistados que mencionaron vivir solos eran los mismos que no se encontraban totalmente de acuerdo con el tratamiento otorgado por la nutricionista, como se puede evidenciar en la siguiente cita:

¿Qué opina respecto a lo que le dijo el/la nutricionista? ¿Le sirvió?

E03, P19L613-621: “No po, termine haciéndome el autoestudio...me decía ¿cómo te vas a comer cinco frutas?, pero es que no como otras cosas”.

4.2.1. Propia creencia alimentaria

A su vez, los que no se encontraban totalmente de acuerdo, presentaron sus propias creencias alimentarias.

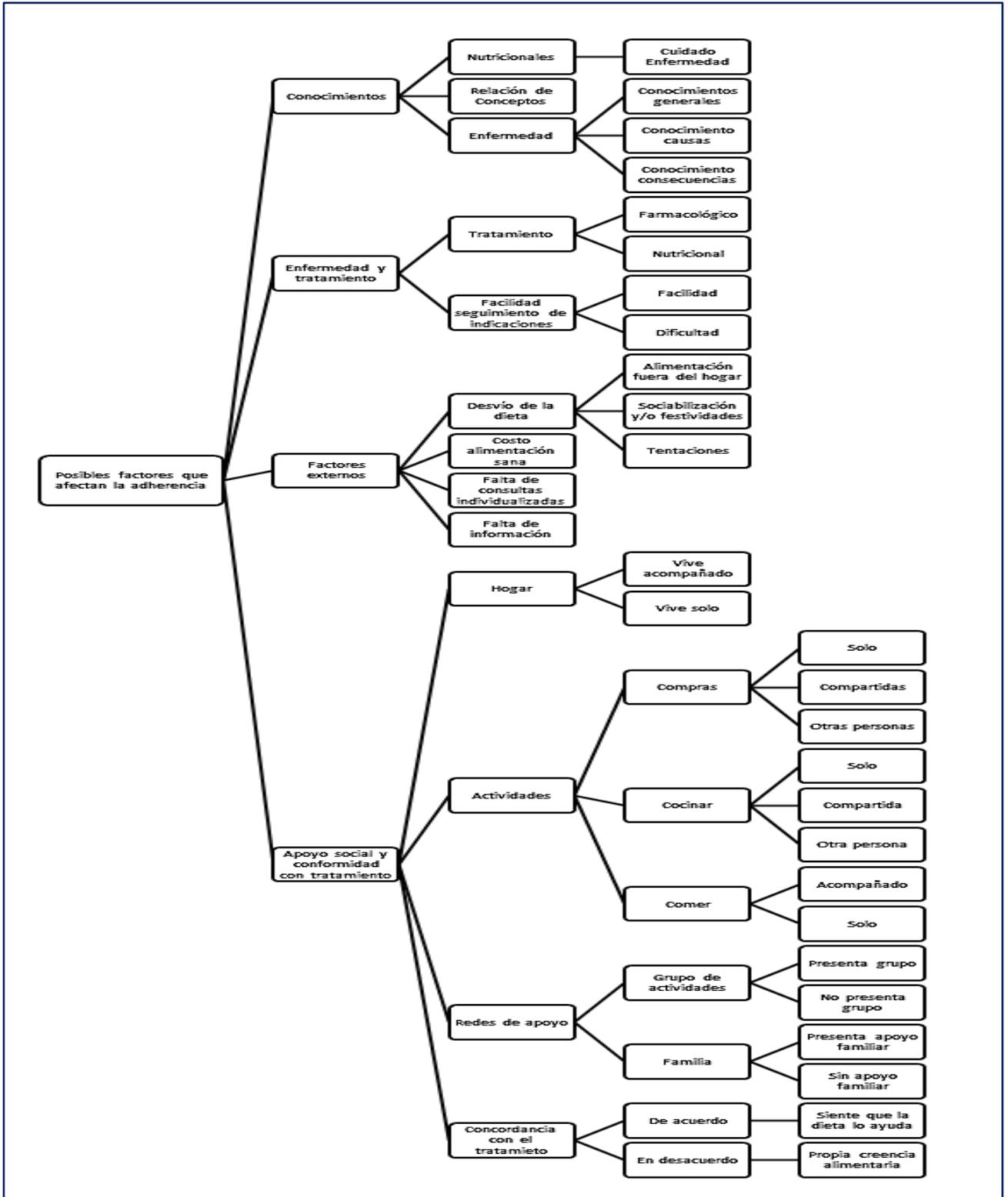
¿Le ha costado seguir una dieta ordenada?

E03, P14L642-645: “...De repente me inviten a once y allá torta o un pedazo de kuchen, claro que me lo como, pero ese día me hago una ensalada de espinaca, porque lo verde te contrarresta, lo verde te va a contrastar lo que tu comas de azúcar”

Posibles factores que afectan la adherencia dietoterapéutica

En la siguiente figura se puede apreciar la síntesis de los factores encontrados a lo largo del estudio, y que podrían influir en la adherencia dietética de los pacientes adultos mayores atendidos en un centro de salud de atención primaria:

Figura N°5: Posibles factores que afectan la adherencia dieto terapéutica



DISCUSION

1. Metodología de investigación

Inicialmente se tenía planteado reclutar a los entrevistados mediante llamada telefónica, con el fin de acordar el momento y lugar de entrevista, sin embargo, esto no se pudo llevar a cabo. En la mayoría de los casos los números telefónicos ya no correspondían y/o sus direcciones no eran precisas. Finalmente, se optó por preguntar directamente a los pacientes que se encontraban sentados esperando su atención en farmacia para la entrega de medicamentos, si se atendían con nutricionista y si tenían enfermedad crónica, de ser así, posteriormente se les explicaba el estudio y se les invitaba a participar, además de la entrega del consentimiento informado.

En total, se realizaron 10 entrevistas, de las cuales 8 fueron incluidas en este estudio, y otras 2 correspondieron a entrevistas piloto.

A lo largo de la investigación aparecieron ciertas limitaciones como:

- ❖ Disponibilidad de tiempo limitada por parte de los potenciales entrevistados, los cuales en variadas ocasiones se negaron a participar por tener que realizar otras actividades, por ejemplo: cuidado de nietos, labores del hogar, etc.
- ❖ Incongruencias dentro de las entrevistas, ya que parte de la información entregada por los entrevistados se contradecía al momento de indagar con mayor profundidad en cuanto al seguimiento de las indicaciones nutricionales, lo cual queda demostrado, ya que la mayoría de los entrevistados mencionaron realizar cambios en su alimentación de forma inmediata y sin dificultad, sin embargo a lo largo de la

entrevista cuando se generaba un ambiente de mayor confianza y los pacientes hablaban con mayor libertad, estos manifestaban haber sufrido constantes desvíos alimentarios durante su tratamiento. Esto está relacionado con el Hawthorne Effect, en el cual se puede apreciar que los participantes alteran su comportamiento una vez que saben que están siendo estudiados, lo que dificulta la obtención de información objetiva, sin embargo en entrevistadores más capacitados y/o experimentados, este fenómeno se ve mitigado por sus conocimientos y habilidades, los que les permite generar el ambiente correcto para la obtención de información verídica.

2. Aspectos relacionados con los conocimientos

Un factor importante, que podría influir en la adherencia, es el nivel de conocimientos que presente el paciente, por lo cual en este caso es importante mencionar que si bien la mayoría de los entrevistados no presentaron adecuados conocimientos generales acerca de su enfermedad, si fueron capaces de manifestar conocimientos en diferentes ítems específicos, como el conocimiento de causas, consecuencias y/o cuidados, respondiendo a las preguntas que apuntaban a estos de forma clara, lo que denota que el no poder explicar un tema específico a cabalidad no significa necesariamente un desconocimiento total de un tema. Incluso en este caso los entrevistados también pudieron establecer relaciones patología-sintomatología y patología-consecuencia, por ejemplo: Hipertensión – Problemas vasculares, Diabetes – Visión, Diabetes – Riñón, entre otros.

Por otro lado, dadas las respuestas entregadas por los entrevistados, se pudo evidenciar que es necesaria una profundización en la educación correspondiente al conocimiento general de su enfermedad, incluyendo sus causas, cuidados y consecuencias, ya que en algunos

casos la información entregada por el entrevistado no satisfacía el mínimo requerido para considerarse instruido sobre su patología. Sin embargo, hay que tomar en cuenta la capacidad que pueda tener cada entrevistado para formular una respuesta clara respecto al tema del que se le consulta.

Esta información recabada nos orienta a poner mayor énfasis en el tiempo de atención dentro de las consultas nutricionales, ya que un tiempo limitado de 15 a 20 minutos podría no ser suficiente para realizar una consejería nutricional eficiente, la cual está definida como la interacción en la cual el consejero se enfoca en la experiencia del paciente, sus sentimientos, pensamientos y conductas con respuestas intencionales para reconocer, explorar y retar (15). Teniendo en cuenta esta definición, se nota la necesidad de extender el tiempo de atención a modo de realizar una anamnesis más completa en lo que respecta a los distintos ámbitos del paciente.

Un estudio planteó una estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores en un consultorio policlínico, con 7 cursos de 45 minutos cada uno. En este se observó que los conocimientos de estos mejoraron notoriamente en lo que respecta a los factores de riesgo, sintomatología y tratamiento de la enfermedad, destacando la importancia de este tipo de metodología en lo que se refiere a la educación de los pacientes (16). Esto sugiere que la implementación de talleres fortalecería la educación entregada dentro de la consulta por los profesionales nutricionistas, lo que podría ser de gran ayuda a la hora de educar a los adultos mayores, con la finalidad de mantener controladas sus enfermedades crónicas.

En otro estudio, en el cual se analizó la relación entre los conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos con la adherencia terapéutica, se pudo concluir que la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes se debía mayormente a que no recibían educación suficiente y apropiada, por lo que no tenían incorporadas creencias en salud que les permitieran modificar sus conductas o prácticas en relación con su salud (17). Es por ello que para mejorar la adherencia dietética de los pacientes es necesario aumentar sus conocimientos acerca de su patología, tales como los efectos negativos que esta ejerce sobre la salud, así como los beneficios/consecuencias de seguir o no el tratamiento indicado por el/la nutricionista, de manera que estos adquieran mayor conciencia y puedan realizar cambios de manera efectiva.

3. Aspectos relacionados con apoyo social y conformidad de tratamiento

Se pudo observar que dentro de la información entregada por los entrevistados existen ciertas tendencias, por ejemplo las personas que declararon vivir solas, también declararon comprar, preparar y comer solas sus alimentos.

A su vez, las personas que dijeron presentar apoyo familiar en su mayoría referían vivir acompañadas y tendían a estar conformes con el tratamiento nutricional. Según esto se puede inferir que si viven acompañadas y poseen apoyo familiar hay una mayor facilidad en la adopción de nuevas costumbres alimentarias; premisa que coincide con estudios realizados en América Latina (18), donde se muestra que los adultos mayores cuentan fundamentalmente con el apoyo de la familia para poder solventar sus problemas de acceso a comida, medicamentos y tratamientos.

También es importante mencionar que las personas con familia manifestaron tener mayor apertura en la adopción de nuevos hábitos. Se evidencia que un factor crucial en la adherencia dietoterapéutica es la presencia de la familia, esto a pesar de que los adultos puedan poseer redes de apoyo externas como grupo de gimnasia y adulto mayor, por lo cual, se podría concluir que se requiere de un apoyo interno para fomentar una buena adherencia.

4. Aspectos relacionados con factores externos que afectan la adherencia

Si analizamos el cumplimiento de la dieta según lo declarado por los entrevistados se evidencia que hay ciertos incumplimientos que son transversales a todos los entrevistados, como es el hecho de que ninguno de estos declaró que cenaba, desviándose de las recomendaciones indicadas por el/la nutricionista. Además se debe destacar la influencia de los factores externos que afectan la adherencia a la dietoterapia en los adultos mayores entrevistados, en los cuales podemos observar que hay dos principales razones que ellos manifestaron para no seguir las indicaciones nutricionales: el desvío de la dieta y el costo que tiene una alimentación saludable en la actualidad. De acuerdo a esto, todos los entrevistados manifestaron tener desvíos de la dieta, lo que se reduce a tres situaciones principales:

En primer lugar, el no poder seguir la dietoterapia al alimentarse fuera del hogar, hecho que se debe a que muchas veces no existe disponibilidad de alimentos libres de sal, azúcar o bajos en grasas dentro de los locales de consumo habituales y por este motivo los usuarios se ven obligados a consumirlos al no tener otra opción. Esto se vincula a la segunda situación, el querer participar de eventos sociales significativos o simplemente querer

sociabilizar con sus pares. En la mayoría de las culturas, comer tiene una función básicamente social, alrededor de la comida se afianza un conjunto de reglas, a menudo muy estrictas, que dan sentido e identidad a cada grupo. Los diferentes eventos sociales tienen ciertos marcadores característicos y la alimentación es parte crucial de estos, como por ejemplo la torta para celebrar un cumpleaños o el asado para celebrar las fiestas patrias; se puede inferir, que para los usuarios, el consumir alimentos que los vinculen a sus familiares o pares es de suma importancia para sentirse integrados, por este motivo les es muy difícil sacrificar estas instancias que ellos consideran socialmente valiosas en pro de respetar su dietoterapia.

En relación a esto se piensa que podría ser necesario concientizar y educar también a las familias respecto a la inclusión general de alimentos saludables en las festividades y/o al momento de comer fuera del hogar, así como recalcar el control del consumo de las porciones de estos en el paciente, de manera inculcar estos cambios en todo el núcleo familiar, facilitando el trabajo que debe realizar el paciente.

Se debe tener en cuenta que a los hechos anteriores se vincula el que muchos de los entrevistados declararon sucumbir ante “tentaciones” o alimentos prohibidos, ya que les resultaba muy difícil dejarlos, algo que es bastante común en la actualidad, teniendo en cuenta la palatabilidad que estos poseen, junto con la sensación de placer que otorgan al ser consumidos.

Otra de las variables mencionadas por los adultos mayores entrevistados fue lo costoso que es seguir una dieta saludable. En este caso es indispensable tener en cuenta que gran parte

de los adultos mayores sólo viven con la pensión básica solidaria otorgada por el gobierno, el cual es un monto de aproximadamente \$93.000 (19). Considerando que la estructura del gasto promedio mensual de los hogares chilenos corresponde a \$150.000 en relación a la compra de alimentos y bebidas no alcohólicas según el INE del 2015 (20) es sencillo inferir que la pensión que reciben los adultos mayores es insuficiente, teniendo en cuenta que esta se debe gastar en vivienda, servicios básicos, transporte, entre otros.

Hay que considerar que a medida que aumenta la edad, hay un aumento en los problemas de salud. Según un estudio del Instituto de Nutrición y Tecnología de los alimentos (INTA), el 80% de los adultos mayores de 60 años toma siete o más fármacos diariamente (21), lo que puede involucrar mayores gastos cuando se trata de medicamentos que no están asociados a enfermedades crónicas comunes como la diabetes, hipertensión, y dislipidemia, y que por lo tanto no son entregados dentro del centro de salud. En este sentido, el alto costo de los medicamentos en Chile dificulta la correcta distribución de recursos económicos, con enfoque en los alimentos.

Algunos factores que fueron mencionados solo por un entrevistado, pero que es necesario tener en cuenta, es la falta de consultas individualizadas, en las que existe la percepción de que se entrega la misma información a todos los pacientes con la misma patología, sin tomar en cuenta el nivel socioeconómico, educacional, cultural, y social. De acuerdo a la información entregada por esta paciente, se podría respaldar, la necesidad de extender el tiempo de atención, con la finalidad de indagar aún más la anamnesis social del paciente, para así entregar una atención mucho más personalizada y/o específica de acuerdo a sus características.

5. Aspectos relacionados con su enfermedad y tratamiento

Se observó que algunos entrevistados le dieron un mayor énfasis al tratamiento farmacológico por sobre el nutricional, mientras que el resto estableció que era necesaria una complementación entre ambos, sin darle una mayor importancia a uno por sobre otro, lo que denota que ninguno de los entrevistados le dio una mayor importancia al control dietoterapéutico de la enfermedad por sobre el farmacológico. Esto puede deberse a los efectos que la farmacoterapia presenta respecto al control de la sintomatología, a diferencia del efecto a largo plazo que se puede observar con la dietoterapia, la que también involucra cambios de hábitos por parte de los pacientes, los cuales no siempre son bien recibidos.

Esto también queda demostrado en un estudio en el cual se observó la adherencia al tratamiento en hipertensos, en el cual uno de los resultados apuntó a que los pacientes presentaban mayor facilidad para seguir las indicaciones de tipo farmacológico. Estos referían que se podía llevar a cabo el tratamiento sin esfuerzo, ya que estas no implicaban un cambio en los estilos de vida de la persona. En cambio, los pacientes tenían la percepción de que el cumplimiento de la dieta implica indicaciones con ciertas dificultades para su seguimiento. (22)

En base a lo anteriormente señalado se puede inferir que sería necesario aplicar un enfoque más preventivo que curativo con la finalidad de no impactar negativamente a los pacientes al momento de modificar drásticamente sus hábitos alimenticios, sino que, por otro lado los pacientes realicen cambios paulatinamente, y de esta manera fomentar una buena adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como nutricionales, logrando que ambos sean igualmente respetado por los pacientes.

Por otro lado, dentro de las irregularidades que presentaron las respuestas de algunos entrevistados al momento de preguntarles sobre el seguimiento de indicaciones nutricionales, y que constituyeron una limitación en el estudio, se pudo evidenciar la importancia de la relación entre el profesional y el paciente, así como la persistencia de estos últimos con un mismo profesional, lo cual permitiría establecer una relación más estable y de mayor cercanía, en la que el paciente sienta la seguridad de sincerarse frente a alguien de confianza, ya que en este caso el paciente, al sentirse estudiado y no haber establecido una relación de confianza previa con el entrevistador, no daba respuestas certeras.

En cuanto a la única entrevistada que admitió poseer dificultades con el seguimiento de las indicaciones nutricionales, es importante destacar que presentaba enfermedades que involucraban cambios más drásticos de alimentación, como es el caso de la enfermedad celiaca, además de una patología hepática, los que también están asociados a una sintomatología de efectos más inmediatos al momento de no cumplir con el tratamiento dietoterapéutico entregado.

Esto podría hacer que el paciente se vea obligado a seguir las indicaciones nutricionales, y pueda evidenciar en mayor magnitud las dificultades a la hora de cumplir el tratamiento, a diferencia de los otros pacientes que ven los efectos de su enfermedad a más largo plazo y sienten que podrían presentar desvíos alimentarios en algunas ocasiones sin ver afectada su sintomatología de forma notoria.

6. Fortalezas del estudio

Actualmente se conoce que existen diversos factores que podrían afectar la adherencia a la dietoterapia de los usuarios de los sistemas de salud, y que estos varían entre los diferentes grupos de personas. En Chile aún no hay estudios que puedan analizar los factores influyentes en los diferentes sectores de nuestra población. Este estudio analiza un grupo determinado en una zona geográfica determinada, lo que es un acercamiento para iniciar una amplia discusión respecto a un tema que facilitará el tratamiento de los adultos mayores dentro de nuestro país.

Cabe destacar que al ser un estudio cualitativo, permitió indagar con mayor profundidad en las entrevistas, permitiendo conocer la perspectiva del paciente de forma más detallada, y recabar la mayor información posible, la que posteriormente podría ser utilizada como base de otros estudios cuantitativos en grupos similares o diferentes con el fin de explorar esta área y determinar finalmente que factores influyen realmente en la adherencia dietoterapéutica de los usuarios chilenos.

El tipo de análisis empleado enriquece el área de estudio, ya que este no es solo una mera fotografía de una situación específica en un lugar determinado, sino que además es una interpretación de estos datos, un análisis de la información basada en conocimientos y percepciones que entregan una visión global del suceso y dan pie a la indagación y discusión de un tema tan amplio y tan poco explorado como lo es la adherencia dietoterapéutica de usuarios chilenos.

7. Proyecciones

A futuro es necesario realizar estudios cuantitativos que midan y establezcan una relación entre el nivel de adherencia dietética y los conocimientos que los pacientes poseen acerca de las enfermedades que padecen, de manera que se pueda profundizar acerca de la influencia que ejerce una adecuada educación nutricional en lo que respecta al seguimiento de las indicaciones aportadas por el profesional nutricionista.

Hacen falta más estudios que verifiquen en profundidad la relación entre la presencia de redes de apoyo (familia y/o grupos externos) y la adherencia dietoterapéutica que poseen los pacientes.

La información obtenida durante estudio motiva la formulación de estudios similares pero realizados en diferentes grupos etarios, niveles socioeconómicos o zonas geográficas, entre otras variables. Esto con la finalidad de adquirir la mayor cantidad de información posible, la cual será la base para futuros estudios cuantitativos que determinen los factores de forma más tangible.

En un futuro se podría determinar los factores que influyen en la adherencia dietoterapéutica de los diferentes grupos de usuarios chilenos y como estos evolucionan con las generaciones, con el principal objetivo de implementar medidas que aumenten la adherencia dietoterapéutica de los usuarios a corto plazo y la mantengan en el tiempo, lo que determinaría una mejora significativa en la salud de la población en general.

CONCLUSION

1. Se elaboraron entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron aplicadas a un grupo de adultos mayores con ECNT, principalmente hipertensión y diabetes, que se atendían con nutricionista en el CESFAM Nueva Aurora.
2. Las entrevistas aplicadas fueron analizadas cualitativamente, mediante el programa Atlas Ti, a modo de establecer los factores que podrían afectar la adherencia dietoterapéutica.
3. Se identificaron diversos factores que podrían afectar la adherencia dietoterapéutica:
 - a) Factores relacionados con los conocimientos que presentaban los pacientes, tanto nutricionales (para el cuidado de la enfermedad) como de la enfermedad en sí (conocimientos generales, de las causas y consecuencias), además de las relaciones de conceptos que podían establecer.
 - b) Factores relacionados con la enfermedad y tratamiento, como la importancia que se le daba al tratamiento farmacológico y nutricional, así como la facilidad para el seguimiento de las indicaciones nutricionales.
 - c) Factores externos al individuo como el desvío de la dieta (por alimentación fuera del hogar, sociabilización y/o festividades, además de tentaciones), costo de alimentación sana, falta de consultas individualizadas e información.
 - d) Factores relacionados con el apoyo social y conformidad del tratamiento, en el cual se puede apreciar la influencia de las redes de apoyo (familia, grupo de actividades), sobre las actividades diarias de la persona y la concordancia con el tratamiento establecido por el/la nutricionista.

BIBLIOGRAFIA

1. SENAMA [Internet]. Estadísticas sobre las personas adultas mayores: Un análisis de género. Chile (Santiago): Liliana Cannobbio, Tamara Jeri; 2008 comienzo [citado mayo 2016]. Páginas: 5, 13-14. Disponible en:
http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis_de_genero.pdf
2. DEIS [Internet]. Estadísticas de natalidad y mortalidad. Chile: DEIS; 2012 [citado mayo 2016]. Disponible en:
<http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2014/06/Anuario-de-estad%C3%ADsticas-Vitales-2012.pdf>
3. MINSAL [Internet]. Encuesta Nacional de Salud. Chile: MINSAL; 2009-2010 [citado mayo 2016]. Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
4. MINSAL [Internet]. Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores. Chile: MINSAL; 2014 [citado mayo 2016]. Páginas: 9, 27, 66, 93, 94. Disponible en:
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
5. SENAMA [Internet]. Guía de programas y beneficios sociales SENAMA. Chile: SENAMA; 2015-2016. Disponible en:
<http://www.senama.cl/Programas.html>

6. MINSAL [Internet]. En el Camino a Centro de Salud Familiar. Chile: Ruth DV, Lidia CG, Isabel RP, Isabel SD; 2008 [citado mayo 2016]. Páginas: 15, 21, 92, 94-95 Disponible en:

<http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>

7. Patricio OM, Kristian BB, Sofía GT, María BT. Percepción de la función profesional del nutricionista por parte de los usuarios de atención primaria. Rev Chil Nutr [Internet]. 2010 [citado mayo 2016]; 37(2): 165-168. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v37n2/art04.pdf>

8. WHO: World Health Organization [Internet]. Adherence to long-term therapies. Switzerland: WHO; 2003 [citado mayo 2016]. Página 18. Disponible en:

http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

9. Sara MP, Mónica MP, José MM, Omar AB. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile [Internet]. 2006 [citado mayo 2016]; 134(1): 66. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n1/art09.pdf>

10. Claudia TP, Mauricio SC, Fernanda RH, Carla ZT. Interpretación de los conocimientos que influyen en la adherencia a la dietoterapia en adultos mayores con diabetes tipo 2 de una comuna rural. Revista Chilena de Nutrición. Rev Chil Nutr [Internet]. 2008 [citado mayo 2016]; 35(4): 422-424. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v35n4/art04.pdf>

11. Orueta SR. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf. Ter. SNS [Internet]. 2005 [citado mayo 2016]; 29(2): 42-43. Disponible en:

https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf

12. Manuel OP, Eugenia OP. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Med Chile [Internet]. 2007 [citado mayo 2016]; 135: 648. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>

13. Ana CA, Leandro DR, Suely IC. Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and coping. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [citado mayo 2016]; 48(2): 88-90 Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48-nspe2-00087.pdf>

14. Renato ZC, John FD, Jorge IP, José FF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012 [citado mayo 2016]; 30(2): 165. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>

15. Kathleen DB, Carol AS. Basic Nutrition Counseling: Skill Development: A Guideline for Lifestyle Management. 1rd edition. Wisconsin, Madison: Illustrated; 2002. Página 2, capítulo 1.

- 16.** Magalys AR, Iraida MS, Eneida MR, Belkis VC. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del policlínico previsor. Rev. Hum Med [Internet]. 2011 [citado mayo 2016]; 11(3): 435-443. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v11n3/hmc03311.pdf>
- 17.** Magda AG, Giselle DP, Reynaldo NG, Alfredo DH. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2005 [citado mayo 2016]; 21(3): 6-7. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v21n3/enf08305.pdf>
- 18.** Martha BP, Laura RW. Vejez y recursos sociales en América Latina. 2004; (1):73-83. Disponible en:
<http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/latina.pdf>
- 19.** Chileatiende.gob [Internet] Chile: Chileatiende; [actualizado 03 enero 2017; citado diciembre 2016]. Disponible en:
<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/5270>
- 20.** Ine.cl [Internet]. Encuesta de Presupuestos Familiares VII. Chile: Ine; 2011-2012; [citado diciembre 2016]. Página 5. Disponible en:
http://www.ine.cl/epf/files/principales_resultados/sintesis_web.pdf
- 21.** Supersalud.gob [Internet]. Impacto del envejecimiento en el gasto de salud. Chile: Supersalud.gob; 2006; [citado diciembre 2016]. Página 7. Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4021_recurso_1.pdf

22. Libertad MA, Héctor BV, María del Carmen CR, Félix VI, Yadmila LM, María de la Concepción OA. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev. Cub. Salud Pública [Internet]. 2015 [citado mayo 2016]; 41(1): 43. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>

ANEXOS

Anexo n°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) paciente:

Le invitamos a participar en un estudio para optar al título de Nutricionista desarrollado por Camilo Avendaño RUT: 17.909.705-2, Francisca Leiva RUT: 18.586.333-6y Daniela Moya RUT: 18.300.026-8 dirigido por Profesora Claudia Vega, Universidad de Valparaíso.

El estudio se titula “Factores asociados a la adherencia dietética en sujetos adultos mayores con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) atendidos en servicios de atención primaria de salud” y su objetivo es Determinar los factores que influyen sobre la adherencia dietética de los adultos mayores con ECNT en el Centro de Salud Familiar Nueva Aurora, V región.

Su participación es **voluntaria** y puede elegir ser o no ser parte del estudio, de modo que si se niega a participar seguirá recibiendo la misma atención que hasta ahora. De igual forma, si usted acepta participar, puede retirarse en cualquier momento que estime conveniente, sin problemas ni sanciones.

Durante el estudio se realizará una entrevista la cual será grabada (o escrita en caso de que ud. no desee ser grabado) con el fin de obtener todo el detalle de la información entregada, para posteriormente ser sometida a análisis. Sus datos serán identificados por medio de sus iniciales, de manera que toda la información recopilada al respecto será estrictamente confidencial. Asimismo, es importante destacar que su participación es gratuita y ninguno de los miembros del equipo en este estudio recibirá dinero ni compensaciones por ello. El

desarrollo de la entrevista tiene una duración aproximada de 1 hora en la cual se realizaran una serie de preguntas abiertas que deberá responder.

Formulario de consentimiento informado:

Yo, _____
_____, con fecha __/__/____, declaro que me ha sido leída y he leído la información proporcionada, he podido aclarar mis dudas y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Autorizo voluntariamente para que se utilice la información solicitada anteriormente.

ACEPTO

Anexo n°2

CONVENIO DE CONFIDENCIALIDAD

El/la suscrito/a, Camilo Avendaño RUT: 17.909.705-2, Francisca Leiva RUT: 18.586.333-6 y Daniela Moya RUT: 18.300.026-8, alumno/a tesista para optar al título de Nutricionista que ejecuta la tesis y el profesor guía Claudia Vega RUT: 15.273.065-9, en el marco del proyecto “Factores asociados a la adherencia dietética en sujetos adultos mayores con ECNT atendidos en servicios de atención primaria de salud”, acepto en este acto las siguientes condiciones:

Confirmando que se me ha advertido explícitamente la prohibición de divulgar, utilizar o transferir información del proyecto mencionado. Dicha prohibición se mantendrá vigente durante el plazo de duración del proyecto e incluso después de que el mismo haya concluido. La mencionada confidencialidad se refiere a todo tipo de información individual recolectada durante mi desempeño. Los resultados del estudio sólo se darán a conocer en situaciones formales.

En tal virtud, acepto mantener en secreto dicha información bajo las condiciones expuestas.



Camilo Avendaño rut: 17.909.705-2



Francisca Leiva rut: 18.586.333-6

A handwritten signature in blue ink on a light green rectangular background. The signature appears to be 'Daniela Moya' written in a cursive style.

Daniela Moya rut: 18.300.026-8

NOMBRE, RUT Y FIRMA DE ALUMNOS TESIS

Claudia Vega 15.273.065-9

NOMBRE, RUT Y FIRMA DE PROFESOR GUIA DE TESIS

En Valparaíso, 24 Junio 2016

Anexo n°3

PAUTA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Datos personales:

1. Nombre
2. Fecha de nacimiento
3. Sexo
4. Dirección
5. Nivel de estudios
6. Ingresos monetarios familiares dentro del hogar (Trabajo, pensión, aportes externos)
7. ¿Con quién vive?
8. Ocupación actual
9. ¿Hay algún alimento que le caiga mal? (Ejemplo: Intolerancia a la lactosa)
10. ¿Ud ha sido diagnosticado con alguna de estas enfermedades: Hipertensión Arterial, hígado graso, Obesidad, Dislipidemia, Diabetes, Enfermedad Renal Crónica?
11. ¿Desde hace cuánto tiempo padece cada una de esas patologías?

Cuénteme de usted:

1. Cuénteme ¿Dónde nació? y ¿dónde creció? (Lugar, región)
2. Hábleme de su infancia ¿Cómo fue? ¿con quién vivió?
3. Hábleme un poco de sus rutinas diarias actuales
4. ¿Actualmente participa o se reúne con algún grupo o realiza alguna actividad?

Recordatorio 24 hrs.

Alimentación:

1. ¿Hay un responsable de la compra de alimentos en el hogar? ¿Quién es? ¿Siempre las realiza la misma persona?
2. ¿Hay un responsable de la preparación de alimentos en el hogar? ¿Quién es?
3. ¿Cuáles son los tiempos de comida que ud. realiza normalmente? Refiérase también a los fines de semana ¿Mantiene los mismos tiempos y horarios de comida?
4. Cuando usted va a comer, ¿Qué necesita para poder comer a gusto? ¿Alguien lo acompaña? ¿Dónde prefiere comer? ¿Cómo es ese lugar, qué cosas tiene? ¿Hay algo que influya al momento de alimentarse?

Enfermedades:

1. ¿Sabe en qué consiste su enfermedad?
2. ¿Sabe por qué se originó su enfermedad?
3. ¿Sabe cuáles son las consecuencias a largo plazo de su enfermedad?
4. ¿Sabe que debe hacer para cuidarse de su enfermedad?

Tratamiento

1. ¿Actualmente recibe tratamiento nutricional para su enfermedad? ¿Y tratamiento farmacológico? ¿Cuál?
2. ¿Cuánto tiempo pasó entre el diagnóstico y la primera consulta nutricional?
3. ¿Qué le dijo el/la nutricionista?
4. ¿Qué opina respecto a lo que le dijo el/la nutricionista?

5. Luego de asistir a la consulta nutricional ¿realizo algún cambio en su alimentación?
¿Cuáles? ¿Cuánto tiempo tardo en realizar algún cambio significativo? ¿En el tiempo ud mantuvo esos cambios?
6. ¿Cree ud que la dieta le ayuda con su enfermedad?
7. Hábleme sobre las dificultades que ha tenido para seguir la dieta y qué ha hecho al respecto.
8. ¿Siempre se atiende con el/la misma nutricionista?
9. ¿Qué piensa de la atención ofrecida por el/la nutricionista? ¿Por qué?

Adherencia

1. ¿Ud. considera que cumple con su tratamiento nutricional? ¿En qué grado siente que lo cumple?
2. ¿Considera que el tratamiento farmacológico es suficiente para el control de su enfermedad o que este debe complementarse con el tratamiento nutricional?
3. ¿Qué cree que es lo más importante a la hora de decidir si seguir o no con las indicaciones nutricionales que se le dan, en otras palabras que tiene más peso a la hora de decidir qué comer?
4. ¿Alguien le ayuda a cuidarse? ¿Su familia adapta su alimentación a los cambios que usted necesita?
5. Cuando se sale de la dieta, ¿por qué es?