

Educación en salud, práctica de actividad física y alimentación en grandes urbes: perspectiva de los usuarios

Education in health, physical practice and food in big cities: perspective of the users

María A Fernández A¹, Mariana López O², Erika López L³, Diego Gutiérrez R¹, Alejandra Martínez P¹, Carlos A Pantoja M¹

Forma de citar: Fernández MA, López MO, López E, Gutiérrez D, Martínez A, Pantoja CA. Educación en salud, práctica de actividad física y alimentación en grandes urbes: perspectiva de los usuarios. Rev Univ Santander Salud. 50(2): 116-125
doi: 10.18273/revsal.v50n2-2018003 

Resumen

Introducción: La población que vive en grandes urbes cuenta con elementos culturales que difícilmente están incorporados en las intervenciones de educación para la salud. **Objetivo:** Identificar los elementos clave en el diseño de estrategias culturalmente competentes para mejorar las sesiones de educación en salud, práctica de actividad física y alimentación. **Metodología:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo realizado en la Ciudad de México. Se utilizó la técnica de grupos focales. El guion temático incluyó: a) causas de la enfermedad, prevención y tratamiento; b) elementos para prevenir la enfermedad: dieta y actividad física; c) motivaciones para participar en una intervención que prevenga las Enfermedades Crónicas no Transmisibles desde su contexto cultural; y d) barreras y facilitadores. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas de acuerdo con la teoría fundamentada. **Resultados:** Los resultados muestran que uno de los impedimentos de mayor peso es la falta de tiempo para acudir a sesiones de educación en salud, la práctica de actividad física, la preparación y consumo de alimentos saludables. Dentro de los grupos, obesidad y sobrepeso no se perciben como un factor importante para el desarrollo de Enfermedades crónicas no transmisibles. Se propone incorporar elementos tanatológicos y logoterapéuticos en las intervenciones con el fin de dar sentido de vida a la salud. **Conclusión:** Se proponen estrategias que transiten de la promoción de la salud hacia el desarrollo humano, que integren elementos de manejo efectivo del tiempo, inteligencia emocional, aumento de la autoestima y estrategias familiares de colaboración.

Palabras clave: Competencia cultural, asistencia sanitaria culturalmente competente, dieta saludable, actividad física, percepción.

Abstract

Introduction: The population in the large cities has cultural elements that are hardly incorporated in health education interventions. **Objective:** To identify the key elements for designing culturally competent strategies necessary to improve health education sessions, physical activity and food intake for people at risk of chronic non-communicable diseases (NCD). **Methodology:** A qualitative, exploratory and descriptive study was performed in Mexico City. Focal group technique was used. Thematic script included topics such as: a) causes of the disease, its prevention and treatment; B) elements for disease prevention: diet and physical activity; C) motivations to participate in an intervention that prevents NCD in their own cultural context; and d) Elements that do not work in an intervention to prevent NCD. The interviews

1. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad de México.

2. Instituto Nacional de Geriátría, México. Ciudad de México.

3. Investigador independiente. Ciudad de México.

Correspondencia: María de los Ángeles Fernández Altuna. Dirección: Av. Universidad 3000, Facultad de Medicina, Ed. A, PB. Teléfono 5623-2485. Correo electrónico: geli.fernandezaltuna@gmail.com

were recorded, transcribed and analyzed under the fundamental theory approach. **Results:** Data showed that one of the most important impediments is the lack of time to attend health education sessions, physical activity and healthy foods preparation and consumption. Within the groups, obesity and weight were not perceived as an important factor for the development of NCD. We proposed to incorporate thanatological and logotherapeutic elements in the interventions in order to give live meaning to people's health. **Conclusion:** Strategies are proposed to move from health promotion to human development, integrating elements of effective management of time, emotional intelligence, increased self-esteem and family strategies of collaboration.

Keywords: cultural competency, culturally competent care, physical fitness, healthy diet, perception.

Introducción

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) representan un problema de salud pública en México, como en otros países. Entre los factores de riesgo se encuentran los relacionados a estilos de vida no saludables. A nivel mundial, cerca del 31.1% de adultos son físicamente inactivos, lo cual incrementa con la edad, mayor en mujeres y en países de ingresos altos¹. En México, la prevalencia de inactividad física fue significativamente mayor en 2012 (19,4%) que en 2006 (13,4%)². Asimismo, la transición nutricional y los cambios en la dieta mexicana se caracterizan por el aumento de la comercialización y disponibilidad de alimentos procesados, de bajo costo, con altas cantidades de azúcar, grasa y sodio, disminución del tiempo disponible para la preparación de los alimentos y el consumo de alimentos fuera del hogar³.

Para contrarrestarlo, en 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso nueve metas que deberían lograrse en 2025. Estas metas están orientadas a la modificación de estos estilos de vida no saludables que impacten en la nutrición y la práctica de actividad física (PAF)⁴. Uno de los ejes que promueven la efectividad de las intervenciones en salud es la diversidad cultural. Esta diversidad incluye factores que determinan las formas en que las personas perciben y presentan los síntomas, las expectativas que tienen sobre el cuidado de su salud, la manera en que acceden a servicios de salud (formales e informales) y cómo toman elecciones respecto a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad. Lograr las metas indicadas por la OMS requiere que el personal de salud sea culturalmente competente para abordar a sus pacientes, rompa con el enfoque basado en la enfermedad; considere el contexto cultural de la persona, la familia y la comunidad; reflexione sobre cómo sus propios prejuicios, supuestos y su rol dentro de la sociedad, afecta su interacción con las personas, y finalmente, desarrolle habilidades y comportamientos transculturales específicos que faciliten una atención médica más efectiva y respetuosa⁵.

La competencia cultural se define como la capacidad permanente de los sistemas de salud, instituciones y profesionales para brindar atención de alta calidad, confiable y centrada en el paciente y la familia, basada en evidencia y atención equitativa⁶. Por ello, considera la cosmovisión del paciente como eje central para comprender su comportamiento durante el proceso salud-enfermedad-atención y prevenir un choque cultural entre los servicios de salud y el paciente. Con esta competencia, los servicios de salud buscan identificar las barreras en el acceso a la atención médica y diseñar intervenciones culturalmente competentes para contrarrestar el impacto de las ECNT⁷. De acuerdo con Betancourt, el diseño de los componentes que define a una intervención en salud como "culturalmente competente" incluye cuatro tareas: evaluar las cuestiones culturales más relevantes de la población, explorar el significado de la enfermedad para el paciente, determinar el contexto social en el que vive el paciente y participar en la negociación con el paciente para fomentar la incorporación⁷.

La ausencia de esta competencia cultural en algunos de los programas para prevenir ECNT y de educación en salud ha sido una crítica constante, la cual se asocia a la falta de efectividad⁸. Se ha observado que al integrar la cosmovisión de los participantes en las intervenciones promueve el apego al tratamiento⁹. Por ello, el objetivo del presente estudio fue identificar los elementos clave en el diseño de estrategias culturalmente competentes para mejorar las sesiones de educación en salud, la práctica de actividad física y la alimentación en personas que tienen riesgo de padecer alguna ECNT.

Metodología

El diseño de las intervenciones en salud para la población de la Ciudad de México es complejo debido a heterogeneidad de las condiciones sociales, educativas y generacionales. Por ello, se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo realizado en la Ciudad de México, durante noviembre de 2016 en la Colonia Jamaica, Delegación Venustiano Carranza que se

encuentra al sureste del Centro Histórico de la Ciudad de México. En 2015, esta delegación contaba con 427,263 habitantes, el grado de marginación es muy bajo y sólo el 7.8 % de la población de 15 años o más cuenta con al menos cinco años escolares (primaria incompleta).

Selección de los participantes: Los participantes fueron hombres y mujeres mayores de edad, habitantes de la Ciudad de México, con factores de riesgo para desarrollar alguna enfermedad crónica o con auto-reporte de ECNT y su nivel educativo fue básico (secundaria completa o menos de 10 años de escolaridad). La estrategia de muestreo teórico se utilizó para seleccionar las personas que participarían¹⁰. El comercio y los servicios son las principales actividades económicas en esta colonia, pues son vecinos de tres mercados importantes (Mercado de la Merced, el Mercado Sonora y el Mercado de Jamaica) que se caracterizan por ser el centro de comercio de comida, de flores, trabajos donde están insertos los participantes. Asimismo, las mujeres mencionaron ser trabajadoras domésticas o ayudantes de vendedores. Mientras que los adultos mayores comentaron estar en el hogar, ser veladores o jubilados.

Recolección y análisis de los datos: Se creó una cédula donde se exploraron elementos demográficos, factores de riesgo para desarrollar alguna ECNT y/o diagnóstico de alguna ECNT emitidos por algún profesional de la salud (auto reporte) en el último año. Asimismo, se llevaron a cabo tres grupos focales con el fin de identificar las actitudes, experiencias y creencias de los participantes sobre las estrategias de prevención de las ECNT¹¹. El guion temático incluyó: a) causas de la enfermedad, prevención y tratamiento; b) elementos para prevenir la enfermedad: dieta y actividad física; c) motivaciones para participar en una intervención que prevenga ECNT desde su contexto cultural; y d) Elementos que no funcionan en una intervención en para prevenir las ECNT. Cada grupo focal tuvo una duración de 90 minutos, se realizaron en un establecimiento comunitario y fueron conducidos por dos investigadoras del equipo. El material fue grabado y transcrito textualmente en un archivo de Word y posteriormente se procesó en el software especializado para datos cualitativos Atlas Ti (Berlín: Scolari Sage Publications Software, 1997). El método comparativo constante se utilizó a lo largo del levantamiento de la información hasta su análisis de acuerdo con la teoría fundamentada¹².

La teoría fundamentada tiene como fin generar teoría de mediano alcance a partir de los discursos que se recogen en los contextos naturales, donde los actores se relacionan entre sí y con los objetos que les rodean en función del significado, mismos que develan su realidad

social¹³. Las fases de análisis incluyeron: codificación abierta, axial y selectiva. Inicialmente se identificaron los conceptos que describieron los hechos, eventos, o fenómenos. A partir de la comparación entre conceptos se integró las categorías e identificaron sus propiedades y dimensiones. El método de comparación constante permitió representar respuestas provisorias acerca de las relaciones entre categorías (hipótesis y proposiciones), de tal manera que nuestros resultados lograron tener sensibilidad teórica y dar sentido a los datos¹⁴.

Resultados

Perfil de los participantes: Las características de los 29 participantes de los tres grupos focales fueron los siguientes: el 60.8% fueron mujeres, el promedio de edad para hombres fue de 39.9 y de mujeres 42.0 años. Aunque la mayoría manifestó haber nacido en la Ciudad de México, un dato que sobresalió fue que sus padres migraron en la década de los 70's a la Ciudad de México en busca de mejorar su situación socioeconómica. Lo que permite observar una diversidad cultural según la entidad federativa donde nacieron los padres. Respecto al diagnóstico de alguna ECNT brindado por un profesional de la salud, el 13.4% auto-reportó padecer diabetes mellitus, 17.5% Hipertensión Arterial, 35.1% sobrepeso y 2.1% enfermedad cardíaca. Respecto a los factores de riesgo identificados en el último año, el 14.4% manifestó que tuvo colesterol elevado y 16.5% triglicéridos aumentados.

Un elemento que debe tenerse en cuenta a la luz de los resultados es la edad, en términos generales se dividen en dos grupos: adultos y adultos mayores. Esto tiene relación con la fase del ciclo de vida en que se encuentran los participantes. Para los primeros, aún responsables por el sustento de su hogar y el cuidado de los hijos (infantes o adolescentes), mientras que los adultos mayores refirieron estar jubilados y vivir solos o vivir en casa de alguno de sus hijos y apoyar en algunas actividades del hogar (cuidar de los nietos, hacer labores de limpieza, preparación de los alimentos o realizar las compras). Esto muestra la reestructuración actual que se produce en la familia citadina y la distribución de las actividades del hogar.

Asimismo, se identificaron comportamientos que ponen al sujeto entre una mayor hasta la nula disposición para adquirir un estilo de vida saludable. De acuerdo con el análisis, en la **Tabla 1** se describen las cinco categorías emergentes: gestión y uso del tiempo, actitudes y costumbres sobre la alimentación, práctica de la actividad física uso y acceso a la información y el turning point que definió su vida.

Tabla 1. Gestión y uso del tiempo: no hay tiempo para cuidar de la salud, pero sí para cuidar de la enfermedad.

Categorías emergentes	Elementos culturales más relevantes de la población	Explorar el significado de la educación en salud, la PAF (práctica de actividad física) y la alimentación saludable en el paciente	Determinar el contexto social en el que vive el paciente	Participar en la negociación con el paciente para fomentar la incorporación
<i>Educación en salud</i>	<p>Dedicar tiempo para ir a pláticas es una pérdida de tiempo, debido a la percepción sobre la limitada <i>ganancia</i> que se obtiene y los recursos que están disponibles (información en libros, internet, etc.).</p> <p>Las actividades cotidianas, educativas o laborales impiden que coincidan con los horarios en los que se prestan las sesiones para la educación en salud.</p>	<p>Se considera importante la educación en salud. Pero las sesiones en instituciones no son un evento importante.</p> <p>Los roles de género y las actividades que socialmente se han destinado hacen que los hombres no acudan a las pláticas. Mientras que las mujeres son quienes principalmente acuden.</p> <p>Discurso recurrente de la falta de tiempo que limita la PAF y la compra, preparación y consumo de los alimentos en el hogar.</p>	<p>Existen diferencias de acuerdo a la ocupación, edad y género. Asimismo, los tiempos de traslado entre el hogar, la escuela o el trabajo ocurre entre 40 y 90 minutos, por ello lo más accesible geográficamente es una oportunidad.</p> <p>De acuerdo al grupo se puede identificar oportunidades cuando comparten características similares, por ejemplo, grupo de personas jubiladas.</p>	<p>Una propuesta es empoderar al paciente sobre la gestión y el uso del tiempo a través de estrategias de optimización de este recurso</p>
<i>La cantidad, calidad y modos de preparación de los alimentos</i>	<p>Los cambios culturales hacen que con la comida se puede premiar o felicitar. Ya sea eventos anuales (cumpleaños, fiestas regionales) o cotidianas (postres o antojos no saludables o altos en calorías).</p>	<p>Percepción sobre la preparación de la comida saludable como compleja, costosa y poco apetecible.</p> <p>La alimentación saludable es para quien está enfermo. La oportunidad de estar sano se refleja en darse "ciertos lujos" de comer comida chatarra.</p>	<p>Involucramiento de los miembros de la familia en la participación</p> <p>Explorar las maneras emocionales que están inmersas en la preparación cultural de los alimentos y utilizarlas en la nueva preparación de los alimentos (cumpleaños, premios, antojos)</p>	<p>Crear grupos donde se practique la actividad física pero en el grupo de mayores es más tractivo cuando se incluyen elementos espirituales (aumento de la estima o relacionados con alguna religión).</p> <p>Preparar a los activadores físicos con conocimiento de ejercicio de bajo impacto o específicos para personas enfermas o adultos mayores.</p> <p>Las propuestas que van dirigidas en grupo permiten una mayor motivación en comparación con las que son a nivel individual.</p>
<i>La práctica de actividad física</i>	<p>La percepción de que el sobrepeso y la obesidad no disminuyen inmediatamente con la PAF es un obstáculo para continuar.</p> <p>Asimismo, no se perciben estas enfermedades como importantes. Por ello, la AF pierde su carácter de efectividad</p>	<p>La actividad física no se considera una posible opción para realizar como estrategia que le permita mantener su salud.</p> <p>Sólo se inicia la PAF cuando las consecuencias son severas, pero en el caso de enfermedades que son asintomáticas (hipertensión arterial) o no se perciben como riesgosas (obesidad)</p>	<p>Quienes padecen una enfermedad crónica ya tienen información sobre la enfermedad. Mientras que quienes no la padecen no manifestarían interés por contar con información para prevenirías.</p>	<p>La participación de personas con diferente nivel educativo, sexo, edad y nivel de conocimiento de la enfermedad puede ser provechoso. La experiencia de quienes ya tienen más tiempo con la enfermedad puede motivar a los nuevos integrantes y evitar el aburrimiento. Asimismo, la incorporación de temas relacionamos con la autoestima y el empoderamiento permite la cohesión y el interés de seguir en el grupo. Integrar sitios donde las fuentes de información sean más confiables.</p>
<i>Uso y acceso a la información</i>	<p>La participación en los talleres o pláticas que brindan en las instituciones de salud no se considera importante, pues la información se encuentra disponible en muchos sitios.</p>	<p>El conocimiento que tiene el paciente es suficiente, si no cuenta con él acude a un médico especialista en lugar de un médico general por estar más capacitado.</p>	<p>Quienes padecen una enfermedad crónica ya tienen información sobre la enfermedad. Mientras que quienes no la padecen no manifestarían interés por contar con información para prevenirías.</p>	<p>La participación de personas con diferente nivel educativo, sexo, edad y nivel de conocimiento de la enfermedad puede ser provechoso. La experiencia de quienes ya tienen más tiempo con la enfermedad puede motivar a los nuevos integrantes y evitar el aburrimiento. Asimismo, la incorporación de temas relacionamos con la autoestima y el empoderamiento permite la cohesión y el interés de seguir en el grupo. Integrar sitios donde las fuentes de información sean más confiables.</p>
<i>Turning points que definieron su vida</i>	<p>Experiencias de pérdidas (muerte) los han sensibilizado sobre sus estilos de vida que no son saludables</p>	<p>La adopción de comportamientos saludables ocurrió debido a las experiencias traumáticas relacionadas con el descontrol de alguna enfermedad crónica que le dio un nuevo sentido de vida.</p>	<p>El testimonio de quienes han tenido experiencias dolorosas de pérdida y han cambiado su historia de vida motiva a quienes creen que no es posible adoptar</p>	<p>El testimonio de quienes han tenido experiencias dolorosas de pérdida y han cambiado su historia de vida motiva a quienes creen que no es posible adoptar</p>

En la población estudiada, existe la percepción de *perder* el tiempo al acudir a una intervención de educación en salud (taller, plática o conferencia) que requiere el traslado ya sea desde su hogar o trabajo a un centro de salud o establecimiento comunitario. La falta de tiempo que limita la PAF y la compra, preparación y consumo de los alimentos en el hogar, fue un concepto constante durante el discurso de los participantes. En la Ciudad de México trasladarse del domicilio de los participantes hasta su ámbito laboral puede variar entre una a tres horas cuando hay excesiva congestión vehicular. Esta dinámica ciudadana desalienta la asistencia a las actividades de educación para la salud, pues dedicar la mitad del día a acudir a sesiones informativas o de PAF significa dejar de percibir ingresos económicos cuando trabajan a destajo. El uso del tiempo constituye un indicador importante que permite identificar claramente las desigualdades respecto al género, la ocupación y la edad. En el caso de adultos mayores, tras su jubilación perciben ventajas pues dedican tiempo para su cuidado, principalmente quienes tienen la sensibilidad sobre el cuidado de su salud.

“No tengo tiempo, entre cuidar a mis hijos, la escuela, las actividades domésticas y mi trabajo, no puedo” [GF,256]. “Ahora que ya me jubilé, me doy un tiempo para mí, me voy al grupo, platicamos, hago ejercicio (...) Antes era muy difícil” [GF,106]. “Yo trabajo por mi propia cuenta, yo soy comerciante. O hago ejercicio o trabajo, para tener dinero necesito trabajar. Me dedico a mi trabajo desde muy temprano hasta la tarde o noche, es mi responsabilidad” [GF,201]. “Yo atiendo un negocio, desde temprano tengo que atender a los clientes, al regresar a casa lo único que quiero es descansar” [GF,204].

Cuando se exploró el uso de las tecnologías en salud como aplicaciones móviles o acceso a internet a través de una computadora con el fin de optimizar el tiempo, este grupo no le atrajo la idea de utilizarlos, sus limitados recursos económicos hacen poco probable el adquirir celulares inteligentes y computadoras. Sólo las generaciones de jóvenes son quienes tienen acceso debido a que en los colegios las computadoras las tienen disponibles, lo que muestra de las brechas intergeneracionales de acceso a tecnologías de la información y comunicación. Un elemento que sobresalió fue la analogía con los dispositivos que hace algunos años se implementaron para PAF.

“Las aplicaciones en el celular no servirán de mucho, antes se usaban los casetes, los poníamos en la grabadora y al inicio los usábamos, pero después

los desechábamos. Así pasó con los del VHS, los CD’s o los programas a través de la computadora” [GF,361]

En respuesta a esta categoría, este grupo sugiere brindar estrategias y herramientas que podrán utilizar para cambiar o mejorar su estilo de gestión y uso del tiempo. Así como programas de acceso a tecnologías de salud amigables y accesibles desde una visión social, cultural y económica para este grupo.

Actitudes y costumbres sobre la alimentación: un régimen alimentario permite no sólo mantener la salud, sino fomentar un bienestar económico:

En este apartado existieron opiniones contrarias sobre la alimentación balanceada: entre lo sencilla, disponible y barata hasta lo compleja, inaccesible y cara. Se detectó en su mayoría una percepción persistente sobre lo costosa que es una alimentación saludable. Existen creencias de acudir al nutriólogo y recibir un régimen de alimentos que son inaccesibles logística y económicamente. Los ritmos de vida y las actividades ciudadanas han hecho que las personas ya no preparen alimentos en sus hogares y que la familia consuma alimentos fuera de casa, ya sea en el colegio, en el trabajo o en un establecimiento. Quienes opinan que la comida saludable no es “sabrosa” son quienes perciben que la comida sana es una combinación de ensaladas ligeras que no “llenen” o las que se consumen cuando se está enfermo, pues se requiere sin grasas, sin sal y la disminución de carnes rojas y de comida rápida.

“Comer sano es caro, la preparación es difícil y casi siempre no es sabrosa porque se hace sin sal” [GF,221]. “Preparar la comida es más complicado que comprarla hecha, a veces hasta sale más barata” [GF,125]. “Yo hago dos comidas, la comida con poca sal es sólo para el enfermo porque a los demás les gusta picoso y normal de sal”

Estas creencias se contraponen con la perspectiva incluyente que permite a todos los miembros de la familia adecuar su paladar a las cantidades de sodio y modos de preparación de alimentos; consumo de verduras crudas y alimentos saludables que son accesibles económicamente; la logística diaria y semanal de la compra, preparación y consumo de los alimentos, y apoyarse en profesionales de la salud que los orientan sobre cómo mejorar sus hábitos alimenticios. Es importante señalar que quienes mantenían una postura a favor de la modificación de la dieta, mostraron una sensibilidad y preocupación por educar a sus hijos en hábitos saludables, estas actitudes las observamos principalmente en el grupo de los adultos jóvenes.

“Una dieta saludable mejora nuestra economía. Yo aprendí a cocinar la soya, ensaladas y pedir ayuda, entre todos (integrantes de su familia) es más sencillo” [GF,236]. “Yo cocino parejo, con poca sal para todos” [GF,116].

“A veces cometemos el error de premiar a los niños llevándolos a comer hamburguesas u otro tipo de alimentación, en las fiestas un lujo era comprar refresco. Entonces los niños creen que eso es muestra de amor hacia ellos, y cuando crecen ellos se siguen dando esos pequeños lujos. Cambiar la manera en que vemos los antojos podría ayudar a que en lugar de que se nos antojen unas galletas y sea algo más sano” [GF,127].

Una de las estrategias propuestas es el cambio en la percepción hacia la preparación efectiva y eficiente de comida saludable que mejore la economía familiar y generar estrategias sobre la logística para su consumo en los espacios sociales, principalmente en el laboral (pues es donde la comida chatarra está disponible debido al bajo costo). Asimismo, el cambio de la percepción sobre los premios y castigos puede ser una estrategia que permita construir patrones saludables en la manera en que se alimenta la familia y las generaciones se relacionan.

La práctica de actividad física: La invisibilidad del sobrepeso u obesidad como factor de riesgo, la falta de tiempo, las condiciones climáticas inadecuadas, el nivel elevado de contaminación y la inseguridad de la Ciudad de México fueron los principales argumentos para no realizar alguna actividad física

Un auto-concepto distorsionado de su cuerpo hace que algunos participantes nieguen su sobrepeso o la obesidad e incluso, esta desapropiación de su cuerpo refleja cómo delegan la responsabilidad de cuidar salud a la medicalización como única estrategia que está en sus manos. Cuando se les pidió que describieran las enfermedades que tenían, dos personas con sobrepeso que declararon:

“Yo tengo hipertensión, pero nada más. Me han recomendado que haga ejercicio y eso me ayudaría, pero con el medicamento me he sentido bien. Me lo tomo diario” [GF,129]. “El que me preocupaba, es mi hijo porque está gordito y no quiero que le hagan bullying, por eso empezamos a hacer ejercicio” [GF,131].

En el caso de los adultos mayores, se observaron condiciones de salud que les impide la PAF, como osteoporosis o artritis, lo que genera constante malestar físico. Asimismo, la generación de redes de apoyo es un elemento importante que los motivaba a acudir a las sesiones de educación para la salud, pues la convivencia les brinda condiciones de seguridad y bienestar, principalmente quienes viven solos.

Una estrategia propuesta para promover que exista consciencia sobre el peso real y no el deseado es generar programas educativos que promuevan el aumento de la autoestima, de tal manera que se cree un empoderamiento en las familias y redes de apoyo que prevengan enfermedades como depresión o el aislamiento. Asimismo, algunas de las estrategias podrían ser diseñadas de acuerdo con la edad y condición física (ejercicios de bajo impacto o específicos para adultos mayores), e identificar las condiciones de seguridad y bienestar del lugar donde realicen actividades físicas y en grupo.

Uso y acceso a la información sobre su salud y su enfermedad: La mayoría de los entrevistados reportaron tener padres migrantes oriundos de otras entidades federativas, donde se hablan diferentes idiomas, pero ninguno de ellos manifestó problemas en la comunicación con los médicos debido al idioma. Incluso, algunos de los entrevistados se expresaron con terminología médica al describir los métodos para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Cuando se les preguntó si presentaban dificultad para comprender algunos términos, los adultos jóvenes expresaron buscar información en internet, aunque precisan que no pueden garantizar la veracidad de la información debido a la gran cantidad de sitios que se pueden consultar.

Los adultos mayores manifiestan una actitud de aburrimiento para acudir a las charlas o talleres de educación para la salud; falta de reconocimiento al médico de primer nivel de atención en comparación con el médico especialista, dado los años estudiados; quienes padecían una enfermedad con varios años de evolución, refieren que en las charlas a las que han acudido usualmente presentan la misma información y no encuentran algo interesante. Dentro de este grupo, quienes viven solos indicaron que obtener información no es su prioridad, sino socializar y contar con una red de apoyo y recreación. En este tipo de charlas, ellos mencionan que un elemento clave es el manejo y expresión de las emociones, pues no sólo la teoría permite empoderar al sujeto, sino también elementos de inteligencia emocional.

Turning point que definieron el estilo de vida saludable: El enfoque del curso de vida permite analizar cómo un fenómeno económico, demográfico, social o cultural moldea tanto las vidas individuales como las generaciones¹⁵. Algunos participantes identificaron un desapego total de su cuerpo y su salud, previo a experimentar a una situación extrema y vivir situaciones que pusieron en riesgo la vida, haber salido victoriosos de este evento permitió obtener *una segunda oportunidad* y darle sentido a su vida.

“Tuve que estar a un paso del coma diabético para que cambiara mi estilo de vida, antes no me ocupaba de mí, ahora ya tengo tiempo para hacer ejercicio y comer bien” [GF,121]. “Con la muerte de mi esposo a los 35 años por un paro (cardiovascular), me di cuenta que debía de cuidarme, nunca pensé que una persona tan joven tuviera problemas del corazón y fuera a morir. Ahora me dedico a cuidarme a mí y a mi familia, también me preocupó por la salud de mi suegra, le hacemos chequeos cada año” [GF,213].

La salud mental y autoestima fueron reconocidos como claves para lograr responsabilizarse por su salud y adoptar estilos de vida saludables para ellos y su familia posterior al evento. Es importante mencionar que quienes experimentaron una situación de salud delicada, mientras la describían los investigadores observamos un momento de reflexión por parte de los demás participantes, lo cual motiva a generar estrategias grupales con elementos logoterapéuticos y como una oportunidad para el cambio en quienes aún no viven estas situaciones y tienen estilos de vida no saludables.

Discusión

La mayoría de los sistemas de salud, han sido duramente criticados por la falta de elementos culturales en las intervenciones ofrecidas tanto en la promoción de la salud como en la atención de la enfermedad¹⁶. Este estudio hace un llamado a los servicios de salud para incorporar la competencia cultural como un elemento importante en la calidad de la atención para lograr las metas propuestas por la OMS para 2025⁸. La mayoría de las intervenciones que retoman la competencia cultural, se enfocan en las estrategias centradas en la comunidad, las estrategias culturalmente enfocadas y las estrategias centradas en el lenguaje¹⁷. En este estudio sólo se pudieron recoger las primeras dos ya que la última se centra en dos obstáculos de una buena comunicación entre médico y paciente: las diferencias de idioma y de cultura, y no se observó la necesidad de un intérprete. En nuestro estudio los entrevistados

se expresaron ampliamente con términos médicos cuando describieron los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de su enfermedad.

El tiempo fue el recurso máspreciado y que impide a la población estudiada integrar a su ritmo diario comportamientos saludables. García y Pacheco¹⁹, han identificado el tiempo que se dedica a las diversas actividades no remuneradas y remuneradas por parte de hombres y mujeres de diferentes grupos sociales. En nuestro estudio observamos que las cargas de trabajo ponen en desventaja a las mujeres y hombres para acudir a sesiones de educación en salud y la PAF. Estas cargas de trabajo son diferenciales según el sexo y edad, en este estudio se expresa que la carga de trabajo y la preparación de los alimentos fue exclusivamente hacia la mujer. La participación de los varones en la vida reproductiva experimenta un lento cambio generacional y sociocultural. Aún se observa cómo las manifestaciones culturales de los roles de género son depositadas en la mujer como la responsable de la preparación de los alimentos y cuidar del hogar. La minoría expresa la necesidad de “pedir ayuda” e involucrar a su familia para estas actividades.

Los patrones de alimentación de las personas entrevistadas, concuerdan con la transición alimentaria y nutricional, la cual muestra la coexistencia de dos extremos de la deficiente alimentación, tanto la carencia de nutrientes como el exceso de carbohidratos¹⁹. Aunque no se profundizó en la seguridad alimentaria, es importante considerar los estudios llevados a cabo en México donde se ha asociado la inseguridad alimentaria y obesidad, principalmente por las condiciones socioeconómicas bajas que caracterizan esta población²⁰.

Respecto a la PAF, nuestros resultados fueron muy de la mano con los expuestos respecto al género, ya que las mujeres mencionan tener menos disposición y tiempo para realizar actividad física que los hombres, como lo han visto Rodríguez, et al.²¹ La percepción de que el sobrepeso y la obesidad no disminuyen inmediatamente con la PAF es un obstáculo para continuar con este hábito. No se detectó información sobre el tiempo frente a la pantalla de televisión, como lo han evidenciado algunos estudios²². Lo que observamos es una transición hacia el uso de dispositivos móviles, como el teléfono celular, que es percibido por las personas mayores como un evento que “quita mucho tiempo” a los más jóvenes.

En nuestro estudio encontramos diferencias sobre la autopercepción de sobrepeso según el género. Las mujeres no perciben que presentan sobrepeso y quienes

tienen obesidad, no lo consideran como enfermedad. Respecto a las diferencias por nivel socioeconómico, contrasta con lo que Colchero, et al. Encontraron, a mayor nivel socioeconómico y de escolaridad aumenta la probabilidad que las personas perciban correctamente su índice de masa corporal²³, quizá se debe a que en el grupo estudiado no existen diferencias socioeconómicas que contrasten ampliamente. Es importante mencionar que la autoestima juega un papel importante para aceptarse a sí mismo y tener congruencia entre su cuerpo y su auto-concepto, pues se ha observado que un elevado peso corporal ha sido relacionado con alteraciones psicológicas como depresión, apatía, sentimiento de inferioridad o baja autoestima²⁴.

La población estudiada es resultado del rápido crecimiento de la Ciudad de México que sobrepasó la capacidad para crear infraestructuras que garantizaran la seguridad y salubridad de la vida. Esta urbanización se acompañó de una concentración de la pobreza, que se manifiesta en la calidad de vida, pues se calcula que los ciudadanos invierten 3.5 horas en promedio al día, en traslados e invierten entre 6 y 18% de su ingreso en transporte público²⁵. Ante este panorama, las estrategias van orientadas con el fin de integrar elementos culturales del contexto y las percibidas por la población estudiada.

Las estrategias están orientadas a la gestión y el uso del tiempo a través de optimización de este recurso; para la educación en salud, se dirigen a romper con la rutina establecida por los servicios institucionales de salud: ampliar el horario de las asesorías de educación para la salud, brindarlas de manera eficiente y en un lugar estratégico y accesible geográficamente. En dicho servicio no basta que se brinde información referente a la salud, sino que este tipo de encuentros sugieren sea un espacio para socializar y desarrollar una red de recreación. Esto pareciera dar un giro de la promoción de la salud hacia el desarrollo humano que le permita el empoderamiento de la vida del sujeto. En el grupo de adultos mayores es más atractivo cuando se incluyen elementos espirituales sin priorizar alguna religión. Ello invita a reflexionar sobre el quehacer y los límites de los servicios de salud y del Estado.

Respecto a las estrategias hacia la PAF es necesario contar con activadores físicos con conocimiento de ejercicio de bajo impacto o específicos para personas enfermas o adultos mayores e integrar grupo.

La modificación de la percepción hacia la preparación de la comida como un proceso sencillo, asequible y como una estrategia de mejora de la economía familiar

podría prevenir el consumo de comida rápida alta en carbohidratos. Asimismo, intervenir hacia el cambio en los patrones culturales y emocionales en las nuevas generaciones, donde se premia o felicita a través de la comida.

Finalmente, el enfoque del curso de vida permite observar cómo los eventos que fueron de vital importancia influyeron para que la persona adquiriera un sentido en la vida y adoptar estilos de vida saludables y poder definir puntos clave para definir programas y políticas de salud como ha ocurrido con otras enfermedades²⁶. Estos eventos con percibidos por los participantes como una oportunidad para que el cambio ocurra desde un aspecto individual hasta el familiar y los servicios de salud no los han aprovechado ni visto como una estrategia para implementar la conciencia sobre el cambio en el estilo de vida.

Conclusiones

La educación para la salud con una visión culturalmente competente es un reto para los sistemas de salud actuales. Los contextos físicos y socioeconómicos de desigualdad; el ritmo de vida que llevan los habitantes dentro de la ciudad; la precariedad laboral donde están insertos, promueve que los habitantes se desconecten emocionalmente de su cuerpo y opten por estilos de vida no saludables.

Ante este panorama, las estrategias propuestas se dirigen a mejorar la gestión y uso del tiempo; modificar la percepción sobre lo sencillo, accesible y *sabrosa* que puede ser la comida saludable e incluso una estrategia que mejore las finanzas del hogar; en el caso de la PAF, la intervención debe ser diseñada de acuerdo con la edad y condición física de los participantes y ser un elemento importante en la generación de redes de apoyo, que brinden condiciones de seguridad y bienestar principalmente en los adultos mayores. Un elemento importante para prevenir las ECNT es la propuesta de dar un giro de la promoción de la salud hacia el desarrollo humano, que integra elementos para aumentar la autoestima. A través del enfoque logoterapéutico y tanatológico podría lograrse la aceptación de la enfermedad o la adopción de estilos de vida saludables.

Las implicaciones de nuestros resultados en el ámbito de la salud pública son dar un giro al enfoque biomédico y rescatar las necesidades culturales de la población invisible ante programas de educación para la salud. El desarrollo de políticas que sean incluyentes para

esta población reduciría la carga de la enfermedad y las desigualdades sociales de la salud. Estos hallazgos pretenden sensibilizar la toma de decisiones en materia de salud que incluyan elementos psicológicos que definen la cultura de la población en pobreza, como la baja autoestima. Esperamos que futuras intervenciones incorporen estos elementos logoterapéuticos y tanatológicos.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México. Para la realización del grupo focal, se solicitó a los participantes firmaran el consentimiento informado donde se describió el objetivo del estudio, el procedimiento y el compromiso de confidencialidad. A cada participante se le entregó una copia de este documento.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012; 380(9838): 247-257. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646-1.
2. Medina C, Janssen I, Campos I, Barquera S. Physical inactivity prevalence and trends among Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey (ENSANUT) 2006 and 2012. *BMC Public Health*. 2013; 13: 1063. doi: 10.1186/1471-2458-13-1063.
3. Barquera S, Campos I, Rivera JA. Mexico attempts to tackle obesity: the process, results, push backs and future challenges. *Obes Rev*. 2013;14 (Suppl 2):69-78. doi: 10.1111/obr.12096.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 "Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida". Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014: 1-16 p.
5. Watt K, Abbott P, Reath J. Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literatura *BMC Fam Pract*. 2016; 17: 158. doi:10.1186/s12875-016-0560-6.
6. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh Firemping O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003; 118(4): 293-302. doi: 10.1093/phr/118.4.293.
7. Betancourt JR. Cultural competency: providing quality care to diverse populations. *Consult Pharm*. 2006; 21(12): 988-995.
8. Harris J, Springett J, Croot L, Booth A, Campbell F, Thompson J, et al. Can community-based peer support promote health literacy and reduce inequalities? a realist review. *Public Health Res*. 2015; 3(3): 85-90.
9. Work Group for Community Health and Development. Building culturally competent organizations. Kansas: University of Kansas; 2010.
10. Kornblit AL, Beltramino F, Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis, 2ª edición, Buenos Aires: Biblos Metodología; 2007.
11. Hamui SA, Varela M. La técnica de grupos focales. *Inv Ed Médica*. 2013; 2(1): 55-56.
12. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry*. United States: Sage Publications, 1985: 42-44.
13. Blumer H, *Symbolic Interactionism: perspective and method*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1969.
14. Vasilachis I. *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Gedisa; 2006
15. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Rev Latin Población*. 2011; 5(8): 5-31.
16. Frenk J, Gómez-Dantés O. Healthcare or sickcare: reestablishing the balance. *Salud Publica Mex*. 2016; 58(1): 84-88.
17. Jongen CS, McCalman J, Bainbridge RG. The implementation and evaluation of health promotion services and programs to improve cultural competency: a systematic scoping review. *Front Public Health*. 2017; 5: 24. doi: 10.3389/fpubh.2017.00024.
18. García B, Pacheco E. *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. México: El Colegio de México, ONU-Mujeres, Inmujeres; 2014: 586 p.
19. Carrasco Henríquez N. *Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos*. *Estud Soc*. 2013; 21(41):186-209.
20. Morales MC, Méndez HI, Shamah T, Valderrama Z, Melgar H. La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. *Salud Publica Mex*. 2014; 56(1): S54-S61.
21. Rodríguez RC, Salazar JJ, Cruz AA. Determinantes

- de la actividad física en México. *Estudios Sociales* 2007; 16(30): 79-101.
22. Morales MC, Hernández B, Gómez LM, Shamah T, Cuevas L. Obesidad, sobrepeso, tiempo frente a la pantalla y actividad física en adolescentes mexicanos. *Salud Publica Mex* 2009; 51(4): S613-S620.
 23. Colchero MA, Caro Y, Kaufer M. Socioeconomic status and misperception of body mass index among Mexican adults. *Salud Publica Mex.* 2014; 56: 251-258.
 24. Moreno JA, Moreno R, Cervelló E. El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. *Rev Psicod Salud.* 2007; 17(2): 261-267.
 25. Ziccardi Contigian A. Programa Ordenamiento de la Zona Metropolitana el Valle de México. México: Programa Universitarios de Estudios sobre la Ciudad-Universidad Nacional Autónoma de México; 2012: 29 p.
 26. De la Torre JC. A turning point for Alzheimer's disease? *Biofactors.* 2012; 38(2): 78-83.