



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 ARAGON**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:**

**Interpretaciones sobre el tratamiento no farmacológico en  
pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 con y sin  
adherencia al mismo**

Que para obtener el título de Médico Especialista en Medicina  
Familiar

**P R E S E N T A :**

**Mariana Medina Reyes**  
Médico Residente  
Especialización en Medicina Familiar  
Matricula: 99367474  
Email: zyanya80@yahoo.com.es



**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:**  
**DR. RAÚL TOMAS ARRIETA PÉREZ**  
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón IMSS  
Matrícula: 8320616  
Email: drarrieta01@yahoo.com.mx



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Autorizaciones**

Tesis autorizada por el Comité Local de Investigación 3515 de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, con registro Institucional R-2009 3515 – 05.

---

Dra. Victoria Pineda Aquino.  
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

---

Dr. Humberto Pedraza Méndez.  
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

---

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez.  
Director Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS

---

Dra. Patricia Ocampo Barrio.  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF No. 94 del  
IMSS

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre, por ser mi ejemplo a seguir, por su apoyo incondicional que siempre me ha brindando y sobre todo por su amor, que me lo demuestra día a día.

A mis hermanas porque siempre están cuando las necesito.

A mi sobrino Gael por ser mi fuente de alegría.

A Dorian por su ayuda y apoyo dedicado a este proyecto.

A mis profesores por ser parte de mi formación profesional y guías en este camino.

A mis amigas y compañeras, Priscila y Miroslava, por su amistad y consejos.

A la Ingeniero Georgina Medina por su ayuda y valioso tiempo invertido en este proyecto.

# Interpretaciones sobre el tratamiento no farmacológico en pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 con y sin adherencia al mismo

\*\*Arrieta-Pérez RT \*Medina- Reyes M

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Unidad de Medicina Familiar No. 94

## RESUMEN

**Objetivo.** Comprender las diferencias entre la interpretación del paciente diabético tipo 2 con y sin adherencia terapéutica, sobre las indicaciones médicas respecto a la dieta y ejercicio.

**Diseño:** Estudio cualitativo descriptivo y comparativo de tipo etnográfico.

**Material y Métodos:** Entre los meses de agosto a noviembre del 2009, se aplicó entrevista cualitativa no estructurada y aplicación de cuestionario de adherencia terapéutica no farmacológica (dieta y ejercicio) a pacientes diabéticos tipo 2. Los datos fueron sometidos a análisis cualitativo y descriptivo.

**Resultados:** Se entrevistó a 26 personas (12 hombres y 14 mujeres) con edad promedio 41.8 años de los cuales solo 6 pacientes se adhieren al tratamiento no farmacológico. Consideran que la dieta es una meta difícil de realizar, se interpreta como una imposición, relega el placer de comer, además tiene una estricta elaboración. Asimismo explican que al seguir el régimen dietético y de ejercicio afecta sus relaciones familiares y sociales, pues viven un aislamiento al dejar costumbres y tradiciones alimenticias. En cuanto al ejercicio se menciona que sólo los pacientes obesos o con complicaciones deben realizarlo.

**Conclusiones:** Las interpretaciones están basadas en ideas que no son claras, los pacientes cumplirán cuando se sientan tomados en cuenta, ellos como enfermos, su familia y situación económica.

**Palabras clave:** Interpretaciones, adherencia terapéutica, dieta, ejercicio.

---

\*Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar adscrito a la UMF 94 Aragón IMSS.

\*\*Médico Familiar. Profesor Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar de la UMF 94 Aragón IMSS.

## INDICE DE CONTENIDO

1. Introducción. . . . .	7
2. Marco teórico. . . . .	9
3. Antecedentes científicos. . . . .	26
4. Planteamiento del problema. . . . .	28
5. Pregunta de investigación. . . . .	29
6. Propósitos del estudio . . . . .	29
7. Supuestos que guían el estudio . . . . .	30
8. Diseño del estudio. . . . .	30
9. Especificación de las variables de estudio. . . . .	30
10. Universo de trabajo. . . . .	31
11. Tipo de muestreo . . . . .	31
12. Procedimiento para integrar la muestra. . . . .	31
13. Determinación estadística de la muestra . . . . .	31
14. Criterios de selección de la muestra. . . . .	32
15. Descripción y validación del instrumento. . . . .	32
16. Análisis de la información que se obtendrá. . . . .	33
17. Programa de trabajo. . . . .	33
18. Cronograma de actividades. . . . .	34
19. Consideraciones éticas. . . . .	34
20. Recursos del estudio . . . . .	35
21. Resultados. . . . .	35
22. Análisis de resultados. . . . .	45

23. Conclusiones. ....	51
24. Sugerencias. ....	51
25. Bibliografía. ....	52
Anexos. ....	56

## 1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus se define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, resultado de defectos en la secreción de la insulina, la acción de la insulina o ambas y se puede expresar por afección familiar determinada genéticamente.

Se puede clasificar en cuatro tipos según el Comité Internacional de Expertos y la Asociación Americana de Diabetes (ADA) dependiendo de su etiología, estos son: Diabetes tipo 1 (DM 1), tipo 2 (DM 2), Diabetes mellitus gestacional que se presenta durante el embarazo y otros tipos específicos dados por otras causas como defectos genéticos en las funciones de las células beta, defectos genéticos en la función de la insulina, enfermedades de la función exócrina del páncreas e inducida por medicamentos.

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que llegarán a 370 millones en 2030, para el año 2025 se espera que México se ubicará en el séptimo lugar de los países con más diabéticos, con una cifra de 11.7 millones de enfermos como causa de morbilidad, la diabetes mellitus tipo 2 produjo 287,180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el duodécimo lugar dentro de las veinte principales causas de enfermedad en el país.

La mortalidad por diabetes mellitus en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como mujeres y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes fue responsable de 5 % de las consultas de medicina familiar durante 2002 y provocó el 18 % del total de las defunciones en la institución, ocupando el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable de 20 % en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en el segundo lugar y es responsable de 15 % de las defunciones.

El objetivo del manejo de la DM 2 es lograr el control bioquímico que involucra cambios efectivos de conductas, actitudes y conocimientos que conciernen a valores, tradiciones y costumbres adquiridas en la vida del paciente, difíciles de modificar aunque la persona reconozca la necesidad de dichos cambios. Dada la complejidad del problema se ha recomendado enfrentarlo integral y multidisciplinariamente, y considerar la educación, el control nutricional, el ejercicio físico y, en caso necesario, el tratamiento farmacológico.

A pesar de todos los avances en el manejo de esta enfermedad se presentan gran número de complicaciones prevenibles debido a la falta de adherencia terapéutica que es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el grado en que el cumplimiento de una persona ya sea tomar un medicamento, seguir un



régimen alimenticio o ejecutar cambios en el modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), falta de apego a la dieta, la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación.

Por ello, la intención de esta investigación es conocer las interpretaciones del paciente diabético respecto al tratamiento no farmacológico (dieta y ejercicio), y si las sigue o no, y así conocer cuáles son los motivos que impiden el cambio de estilo de vida ya que como se verá más adelante son el pilar fundamental para el control glucémico y así evitar complicaciones tanto agudas como crónicas.

## 2. MARCO TEÓRICO

### Definición

La diabetes mellitus era una enfermedad ya conocida antes de la era cristiana el manuscrito descubierto por Ebers en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo la eliminación excesiva de la orina. En el siglo II Galeno la describió, sin embargo en los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso Canon de la Medicina. <sup>1</sup>

Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel). <sup>1</sup>

En nuestros días la diabetes mellitus se define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, resultado de defectos en la secreción de la insulina, la acción de la insulina o ambas. <sup>2</sup>

La diabetes mellitus es un síndrome que se expresa por afección familiar determinada genéticamente, en la que el sujeto puede presentar:

- Alteración en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas.
- Deficiencia relativa o absoluta en la secreción de insulina.
- Resistencia en grado variable a la insulina. <sup>3</sup>

Desafortunadamente la diabetes mellitus no sólo consiste en la elevación de glucosa ya que es un síndrome complejo desde un punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren los sujetos que la padecen. <sup>3</sup>

### Clasificación:

Anteriormente se clasificaba tomando como base un enfoque terapéutico sin tomar en cuenta la causa del trastorno. En nuestros días existen numerosas clasificaciones siendo la más aceptada la elaborada por el Comité Internacional de Expertos y la Asociación Americana de Diabetes (ADA), basada en la clasificación de 1979, elaborada por el Grupo Nacional de Datos de Diabetes (GNDD) y decidieron efectuar cambios en la clasificación y diagnóstico de diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa. <sup>2</sup>

Esta clasificación incluye cuatro tipos:

1. Diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) que se presenta como resultado de la destrucción de las células beta resultando una deficiencia absoluta de insulina.
2. Diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) que es el resultado del defecto progresivo en la secreción de la insulina, y de la resistencia de esta.
3. Otros tipos específicos dados por otras causas como defectos genéticos en las funciones de las células beta, defectos genéticos en la función de la insulina, enfermedades de la función exócrina del páncreas e inducida por medicamentos (tratamiento del VIH).
4. Diabetes mellitus gestacional que se presenta durante el estado gestacional. <sup>2</sup>

## **Epidemiología**

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que llegarán a 370 millones en 2030. <sup>4</sup> La mayoría vive en países en desarrollo y cerca de 80 % de los años de vida perdidos por discapacidad a causa de la diabetes mellitus ocurre en los países pobres. Para el año 2025 se estima que México se ubicará en el séptimo lugar de los países con más diabéticos, con una cifra de 11.7 millones de enfermos. <sup>4,5</sup>

El problema se magnifica al constatar que al menos un tercio de las personas con diabetes mellitus en América Latina desconoce su condición de enfermo, lo cual desafía al programa de detección y complica la implantación de las estrategias de atención, control y prevención. <sup>6,7</sup>

La situación en México es parecida al resto de los países en desarrollo en cuanto a la magnitud del problema, aunque las cifras varían de acuerdo con la fuente, el nivel de atención, la población de referencia, el tipo de diagnóstico, los criterios de clasificación, etcétera. En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC-1993) se informó una prevalencia general de 8.2 y 21 % en los adultos de 60 a 69 años, 11% del total de las defunciones en el IMSS se debieron a las complicaciones de la diabetes mellitus. <sup>8</sup>

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) <sup>9</sup> registró una prevalencia general de diabetes mellitus de 7.5 % en la población mayor de 20 años.

Como causa de morbilidad, la diabetes mellitus tipo 2 produjo 287,180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el duodécimo lugar dentro de las veinte principales causas de enfermedad en el país. <sup>10</sup>

La mortalidad por diabetes mellitus en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como mujeres, y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos. <sup>11-12</sup>

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes fue responsable de 5 % de las consultas de medicina familiar durante 2002; generó 62,745 egresos, lo que representa 3 % del total de los egresos y provocó 17 042 defunciones, equivalente a 18 % del total de las defunciones en la institución. La diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable de 20 % en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en el segundo lugar y es responsable de 15 % de las defunciones. <sup>13</sup>

En la Unidad de medicina Familiar No. 94 de IMSS donde se realizará la presente investigación se cuenta con 13 380 pacientes diabéticos tipo 2.

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo representan situaciones identificables que se asocian con DM 2; es por ello que se utilizan como auxiliares para determinar, predecir o prevenir el desarrollo de la enfermedad o de sus complicaciones con varios años de anticipación; influye en ello la oportunidad con que se identifiquen y el control que se alcance en los factores modificables tales como sobrepeso, obesidad, control de las enfermedades concomitantes (hipertensión arterial), trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos, sedentarismo, estrés emocional, tabaquismo y alcoholismo. Asimismo se utilizan como orientadores para establecer el tratamiento apropiado a cada diabético y como indicadores del pronóstico de la calidad de vida y sobrevida. <sup>3</sup>

Los factores de riesgo pueden presentarse en cualquier momento del desarrollo de la historia natural de la enfermedad y pueden modificarse a través del tiempo; por ello es importante realizar una búsqueda intencional periódica para detectar en forma temprana la enfermedad y facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno con el inicio de medidas preventivas potenciales como la educación para la salud en grupos de riesgo, el control específico de factores modificables y evaluación de las opciones terapéuticas apropiadas a las características de cada diabético, lo cual repercutirá favorablemente en la morbilidad y mortalidad inherentes a la enfermedad. <sup>3</sup>

### **Criterios diagnósticos**

De acuerdo con la propuesta del Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus:

- Cuando se sospeche DM 2 y se confirma a través de la prueba de detección en un individuo aparentemente sano.
- Cuando se presenten los síntomas clásicos de diabetes como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida injustificada de peso, cetonuria (en algunos casos) y se registre glucosa plasmática casual >200 mg/dL (glucemia determinada en cualquier momento sin ayuno previo).
- Elevación de la concentración plasmática de glucosa en ayuno 126 mg/dL, en más de una ocasión.

- Glucemia en ayuno menor al valor diagnóstico de diabetes, pero con una concentración de glucosa 200 mg/dL en plasma venoso 2 horas después de la carga oral de 75 g de glucosa, en más de una ocasión.

Para el diagnóstico de intolerancia a la glucosa deben cumplirse las dos condiciones siguientes:

- Glucosa plasmática de ayuno > 110 mg/dL pero < 126 mg/dL.
- Glucemia a las 2 horas poscarga oral de glucosa 140 pero < 200 mg/dL en plasma venoso.

Al interpretar los criterios de diagnóstico de la DM 2 deben identificarse y evaluarse ciertos factores que elevan los niveles de glucosa en plasma y que pueden alterar el resultado de la prueba en ausencia de la enfermedad, tales como administración de algunos medicamentos antihipertensivos, beta bloqueadores, diuréticos tiazídicos, glucocorticoides, preparados que contienen estrógenos (los cuales para no afectar los resultados deben suspenderse un mes previo a la prueba), ácido nicotínico, fenitoína, catecolaminas, así como situaciones de estrés psicológico o condicionado por otras enfermedades. También puede influir la restricción marcada en la ingestión de carbohidratos o la inactividad física prolongada.

## **Complicaciones**

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas están relacionadas con el grado de hiperglucemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético. <sup>14</sup>

### *Complicaciones Agudas*

Son complicaciones agudas el coma hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia, las cuales no son abordadas en este documento porque su manejo requiere de un segundo nivel de atención (manejo intra-hospitalario).

### *Complicaciones Crónicas*

De ellas, esto es lo más relevante:

- En ojos se incrementa el riesgo para desarrollar cataratas, retinopatía, glaucoma y es la principal causa de ceguera adquirida en los adultos de 20 a 74 años de edad.
- Se incrementa 17 veces el riesgo de desarrollar daño renal, que se manifiesta por nefropatía (micro albuminuria) e insuficiencia renal crónica.

- Se incrementa dos veces el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral e hipertensión arterial.
- Se incrementa la probabilidad de insuficiencia vascular periférica, que a su vez condiciona pie diabético, el cual causa más de la mitad de todas las amputaciones que se llevan a cabo en el IMSS.
- Se incrementa el riesgo de neuropatía autonómica en los sistemas cardiovascular, digestivo y genitourinario.
- En piel y mucosas favorece infecciones oportunistas piógenas y micóticas crónicas. <sup>14</sup>

### **Pronóstico**

El pronóstico de la DM 2 depende de los factores de riesgo, la evolución de la enfermedad, el grado de control metabólico y la ausencia o presencia de infecciones recurrentes, hipertensión arterial y nefropatía. El embarazo es un factor de riesgo para la progresión de la retinopatía y un componente genético que favorece la presencia de complicaciones a largo plazo. Los individuos con proteinuria y diagnóstico de diabetes anterior a los 30 años de edad tienen una supervivencia de 3 a 12 años, pero en presencia de síndrome nefrótico sólo 30 a 50% sobrevive después de 2 a 4 años. <sup>14</sup>

### **Tratamiento**

El control de la diabetes mellitus tipo 2 involucra cambios efectivos de conductas, actitudes y conocimientos que conciernen a valores, tradiciones y costumbres adquiridos en la vida del paciente, difíciles de modificar aunque la persona reconozca la necesidad de dichos cambios. Dada la complejidad del problema se ha recomendado enfrentarlo integral y multidisciplinariamente, y considerar la educación, el control nutricional, el ejercicio físico y, en caso necesario, el tratamiento farmacológico. <sup>4</sup>

El objetivo del manejo de la DM 2 es lograr el control bioquímico, prevenir las complicaciones microvasculares y macrovasculares y con ello favorecer una mejor calidad de vida. Para conseguirlo debe realizarse evaluación médica completa, ya que la enfermedad tiene un comportamiento diferente en cada paciente, lo que obliga a realizar un plan de manejo individual con base en la edad, presencia de otras enfermedades, estilo de vida, restricciones económicas, habilidades aprendidas de automonitorización, nivel de motivación del paciente y la participación de la familia en la atención de la enfermedad. <sup>4</sup>

El inicio del tratamiento lo constituye la educación diabetológica (individual, familiar y grupal) y la motivación debe incluir orientación sobre:

## *Dieta*

La dieta es el pilar fundamental sobre el que descansa el tratamiento. Al proporcionar los nutrientes y caloría apropiados a cada paciente es factible llevarlo y mantenerlo en el peso ideal, además de obtener un mejor control metabólico, minimizar las fluctuaciones de la glucemia tanto en ayuno como durante el periodo posprandial, mediante un balance adecuado de carbohidratos, proteínas y grasas. Esto influye favorablemente sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y la limitación de la progresión de los cambios degenerativos que se manifiestan como complicaciones, y consecuentemente en el incremento de los años de vida saludable.<sup>15</sup>

Para lograr el equilibrio entre los grupos de alimentos, la tendencia actual es administrar al diabético un porcentaje de hidratos de carbono similar al de una persona sana y reducir el aporte graso, en especial las grasas saturadas y el colesterol, debido a que los pacientes sometidos a este tipo de dietas presentan una menor incidencia de complicaciones y por lo tanto la morbilidad y mortalidad condicionadas por la enfermedad disminuyen.

## *Carbohidratos*

Un individuo sano consume diariamente en una dieta normal entre 120 a 300 g de carbohidratos, que representan 50% de las calorías totales y se constituyen por carbohidratos simples y complejos. Para calcular el aporte en hidratos de carbono es necesario hacer las siguientes consideraciones:

- El requerimiento mínimo diario es de 50 g para evitar la cetosis condicionada por el catabolismo proteico y graso.}
- Son preferibles los carbohidratos complejos, que tienen la característica de absorberse lentamente debido la liberación gradual al torrente circulatorio de la glucosa que contienen, por lo que ejercen una acción moduladora sobre la concentración evitando las bruscas oscilaciones que condicionan hiperglucemia.
- El aumento en el consumo de carbohidratos simples o complejos incrementa el nivel de triglicéridos.<sup>15</sup>

## *Fibra insoluble*

La incorporación de fibra insoluble a la dieta como el salvado (*Psyllium plantago*) y el nopal (se recomienda el consumo diario de 25 g por cada 1000 calorías) ha demostrado ser útil en el control de la DM 2, al disminuir los niveles de glucemia por el secuestro intestinal de glucosa y lípidos.

## *Grasas*

El aporte de grasas en la dieta normal corresponde hasta 40% de las calorías totales; en los diabéticos se debe reducir a 30% e integrarse fundamentalmente por grasas insaturadas para reducir la ingesta de colesterol a cifras menores de 300 mg por día y disminuir el riesgo de aterogénesis.

## *Proteínas*

Para prevenir el daño renal en los diabéticos las proteínas se calculan a 0.8 g/kg de peso corporal/día en lugar de 1 g/kg/día. En los que ya tienen nefropatía la restricción es mayor (0.6 g/kg/día) para reducir la proteinuria y retrasar la progresión hacia insuficiencia renal.

## *Sal*

La cantidad de sal debe reducirse a 3 g/día debido a que en el diabético la hiperinsulinemia condicionada por la enfermedad incrementa la reabsorción renal de sodio y de forma alterna estimula el sistema simpático, lo que favorece la asociación de hipertensión arterial y diabetes. En el paciente hipertenso se recomienda un consumo no mayor de 2.4 g/día.

## *Vitaminas*

Los aportes de ácido ascórbico y vitaminas A y E son elementos complementarios de la dieta del diabético que tienen efecto benéfico al actuar como secuestradores de radicales libres, implicados en el desarrollo de aterosclerosis. El suministro de piridoxina reduce la proporción de hemoglobina glucosilada.

## *Edulcorantes*

Se pueden permitir edulcorantes como la sacarina en cantidades < 500 mg/día o aspartame < 50 mg/día. El sorbitol, manitol y fructosa contienen las mismas calorías que la glucosa, por lo que se debe tener cuidado con ellas.



### Requerimientos calóricos

Se sugiere calcular los requerimientos calóricos tomando como base los criterios de la American Diabetes Association, que se presentan en el siguiente cuadro:

Sexo	Edad/ años	Actividad Física	Calorías por kg de peso ideal
H/M	0- 1		120
	1-10		80-100
Mujer	11-15		35
	> 16		30
Hombre	11-15		50-80
			(65)
	>20	Muy activo	50
		Promedio	40
		Sedentario	30
H/M	adulto	Muy activo	30
	< 55	Sedentario	28
	> 55	Sedentario	20
En embarazo		1er trimestre	28-32
		2º trimestre	36-38
		3er trimestre	36-38

Puesto que el peso corporal influye profundamente en la etiopatogenia de la DM 2 (resistencia a la insulina), en los requerimientos insulínicos y en el control de la glucosa, la ingestión calórica adecuada es la clave del plan de nutrición y puede valorarse con el recordatorio de las últimas 24 horas. El plan de alimentación debe individualizarse y las proporciones de nutrientes dependerán de los objetivos que se tengan con cada paciente. Una vez calculado el requerimiento calórico se distribuye para lograr la ley del equilibrio dietético.

Las calorías se dividen en los tres alimentos principales de la siguiente forma: desayuno 20%, comida de 20 a 30%, cena de 20 a 30% y en dos o tres pequeñas colaciones entre comidas de 10% cada una. Se sugiere revisar y reajustar la dieta por lo menos cada seis meses o antes si el caso lo amerita.

En pacientes que realizan ejercicio físico se debe calcular un aporte calórico adicional. Para conocer el aporte que se proporciona en la dieta se recomienda utilizar el sistema de intercambio de alimentos diseñado por la American Dietetic Association y American Diabetes Association, que divide en seis listas básicas los

grupos alimenticios que contienen aproximadamente la misma cantidad de hidratos de carbono, proteínas, grasas y calorías por ración, lo que facilita el diseño de la dieta de acuerdo con las características del paciente.

### Ejercicio o actividad física

El ejercicio físico es un recurso auxiliar importante en la atención del diabético, resulta paradójico que a pesar de ser uno de los pilares del tratamiento, en la encuesta Nacional de Salud 2000 se indica que solo 6% de la población con Dm tipo 2 realiza ejercicio físico sistemático. Por ello es necesario diseñar un programa con base en la condición física, motivación e intereses de cada paciente. <sup>16</sup>

### Beneficios que aporta el ejercicio

1. Disminución de la concentración de glucemia durante y después del ejercicio.
2. Disminución de la concentración basal y posprandial de insulina.
3. Disminución de la concentración de hemoglobina glucosilada.
4. Mejoría de la sensibilidad a la insulina al incrementar el número de receptores insulínicos y la afinidad con la hormona.
5. Mejoría en la concentración de los lípidos plasmáticos:
  - Disminución de los triglicéridos totales.
  - Disminución del colesterol total y de las lipoproteínas de baja densidad (LDL).
  - Aumento de las lipoproteínas de alta densidad (HDL).
  - Aumento en el gasto de energía.
  - Reducción de peso al combinarlo con un plan de alimentación adecuado.
  - Disminución del tejido adiposo.
  - Mantenimiento de la masa corporal magra.
6. Mejoría en el acondicionamiento cardiovascular.
7. Mejoría en la sensación de bienestar y la calidad de vida.

### Consideraciones en la prescripción del ejercicio físico

- Antes de prescribirlo el paciente debe ser revisado intencionalmente en busca de complicaciones e individualizar su tratamiento.
- Debe iniciarse de forma lenta y progresiva, además de practicarse a intervalos regulares por lo menos 3 a 4 veces por semana y gradualmente aumentar la duración. Iniciar con sesiones de máximo 20 minutos.
- No debe implicar trauma para los pies.
- El ejercicio prolongado puede potenciar los efectos hipoglucemiantes, tanto de los agentes orales como de la insulina.

- Si la glucemia en ayuno es >300 mg/dL, se sugiere posponer el ejercicio hasta que sea controlada.
- La práctica de ejercicio después de las cuatro de la tarde puede reducir la liberación de glucosa hepática y disminuir la glucemia en ayuno.
- El ejercicio puede reducir la hiperglucemia pos-prandial.
- En los diabéticos que reciben insulina se procurará:
  - No realizar ejercicio durante el efecto máximo de la insulina.
  - Administrar la insulina lejos de los segmentos corporales que se ejercitan.
- Si el paciente recibe una sola dosis de insulina de acción intermedia, disminuirla 30% los días en que se realiza el ejercicio.
- Están contraindicados los deportes de contacto (fútbol, baloncesto, karate, etcétera) y los aeróbicos de alto impacto.
- Los pacientes con pobre control metabólico y los que tienen complicaciones diabéticas como retinopatía proliferativa activa, deben evitar aquellos ejercicios que se asocian con aumento de la presión intraabdominal, movimientos rápidos de la cabeza o riesgo de trauma ocular. Los diabéticos que además son hipertensos deben evitar el levantamiento de pesas y la maniobra de Valsalva.

#### Intensidad

Para adquirir un acondicionamiento cardiovascular y físico adecuado debe planearse una actividad de 50 a 70% de la capacidad de cada individuo para el ejercicio. <sup>16</sup>

#### Tratamiento farmacológico

Se debe considerar éste cuando no se puede lograr niveles plasmáticos de glucosa cercanos a las cifras normales con la terapia nutricional y el ejercicio físico; en este caso el médico decidirá la mejor alternativa farmacológica para el paciente al considerar: <sup>2</sup>

- La severidad de la enfermedad.
- La presencia de manifestaciones clínicas y de enfermedades concomitantes, como infecciones crónicas.
- La responsabilidad y motivación del paciente en su propio control.
- La colaboración de su familia.
- La edad.
- El índice de masa corporal.

#### *Hipoglucemiantes orales*

Se emplean dos tipos de hipoglucemiantes orales: sulfonilureas y biguanidas.

## Sulfonilureas

El beneficio que aportan las sulfonilureas es estimular las células beta del páncreas y sólo se encuentran indicadas en pacientes que no hayan logrado su control óptimo con la dieta y el ejercicio. <sup>2</sup> Para obtener un mayor beneficio se deben utilizar ante las siguientes condiciones:

- Edad mayor de 40 años.
- Peso normal o sobrepeso.
- Evolución de la enfermedad menor de 10 años.
- Control de la enfermedad con menos de 40 unidades diarias de insulina.
- Cifras de glucemia menores a 300 mg/dL.
- Cumplimiento de la dieta y del ejercicio físico programados.

## Contraindicaciones

Las más importantes son:

- DM 1, ya sea auto inmunitaria o por otras enfermedades pancreáticas.
- Embarazo o lactancia.
- Infecciones graves.
- Descontrol metabólico agudo.
- Cetoacidosis o estado hiperosmolar.
- Traumatismo grave.
- Estrés grave.
- Alergia a las sulfas.
- - Pacientes que tengan riesgo de presentar hipoglucemia como ancianos, anoréxicos, con baja ingesta de calorías, insuficiencia hepática o renal en fase terminal.

## Dosificación

	mg por tableta	Dosis inicial	Dosis máxima	Tomas /día *
Tolbutamida	500 y 1000	500	3000	1-3
Clorpropamida	250	125	500	1
Glibenclamida	5	2.5	20	1-2
Glipicida	5	2.5	40	1-3
Glicacida	80	40	320	1

En pacientes en quienes se inicia tratamiento con sulfonilureas se puede escoger cualquiera administrada media hora antes del desayuno en una sola toma. La dosis debe adecuarse cada semana hasta alcanzar el control óptimo o la dosis máxima permitida. Cuando se logra el control deberá continuarse con la misma dosis y realizar adecuaciones sólo cuando sea necesario. <sup>2</sup>

Es importante que el médico insista que aun con el tratamiento con hipoglucemiantes es necesario cumplir con la dieta, el ejercicio físico y las citas médicas asignadas para el control de la enfermedad, con la finalidad de obtener la respuesta esperada e identificar las fallas por la presencia de infecciones o complicaciones. De 5 a 10% de los diabéticos presenta respuesta inadecuada a las sulfonilureas por falta de cumplimiento a la dieta y ejercicio físico, presencia de enfermedades intercurrentes tales como infarto agudo del miocardio, infecciones no diagnosticadas, hipertiroidismo, administración de otros medicamentos.

Cuando la falla de las sulfonilureas no se corrige con las medidas anteriores se puede intentar la combinación de éstas con biguanidas, ya que sus efectos son sumatorios, iniciando con la dosis media de ambos hipoglucemiantes.

### Biguanidas

Las biguanidas son medicamentos cuyo mecanismo de acción es disminuir la producción hepática de glucosa, aumentar la captación de glucosa por los tejidos, favorecer el transporte intracelular de glucosa, mejorar la sensibilidad a la insulina y disminuir el apetito. <sup>2</sup>

Se encuentran indicadas en pacientes con DM 2, sobrepeso e hipertrigliceridemia sin respuesta adecuada a la dieta y ejercicio y en asociación con las sulfonilureas cuando éstas fallan. El tratamiento inicia con dosis mínimas de 25 mg de fenformina o 500mg de metformina antes de cada comida. En los ancianos deberán emplearse con precaución, debido a que incrementa la probabilidad de acidosis láctica, sobre todo en pacientes mal seleccionados.

### Contraindicaciones

- Insuficiencia renal
- Insuficiencia hepática
- Insuficiencia cardiaca
- Insuficiencia respiratoria
- Enfermedades respiratorias crónicas
- Embarazo
- Pacientes con alcoholismo
- Antecedentes de acidosis láctica

### Insulina

En los pacientes con DM 2 que presentan falla primaria o secundaria a los hipoglucemiantes orales es posible añadir una pequeña dosis de insulina intermedia y cuando este procedimiento no resulte adecuado, se suspenderán los hipoglucemiantes orales para continuar el control exclusivamente con insulina. El esquema de su aplicación y sus modificaciones posteriores pueden ser similares a las que se siguen en los pacientes con DM 1. <sup>2</sup>

Los pacientes con DM 2 pueden requerir insulina cuando cursan con infecciones graves, en el posoperatorio o en algunas situaciones de estrés agudo o severo, coma cetoacidótico o hiperosmolar, embarazo y catabolia.

Idealmente la insulina que debe utilizarse es la humana. La dosis cotidiana se calcula entre 0.5 a 1.2 U/kg de peso por día. El tratamiento se inicia con dosis bajas de insulina intermedia, de 0.2 a 0.4 U/kg/día, y se van incrementando las unidades a razón de 2 a 3 U de acuerdo con las cifras de glucemia. Durante las situaciones de estrés agudo o severo generalmente se requiere aumentar la dosis.

Los avances diagnósticos y terapéuticos ocurridos a nivel mundial en las últimas décadas han enfrentado un problema inesperado, en la práctica, los pacientes no siguen las indicaciones, esta falta de adherencia a las prescripciones exacerba los problemas de salud y favorece la progresión de la enfermedad.

### **Adherencia terapéutica**

La falta de adherencia terapéutica es la verdadera dificultad para el manejo de la diabetes y de muchas enfermedades crónicas, es un comportamiento que tiene como expresión, la responsabilidad del individuo con el cuidado y mantenimiento de su salud, es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas como dietas o ejercicios físicos y es él quien decide en última instancia cómo y cuando lo hará.

La adherencia terapéutica es definida por la OMS como “el grado en que el cumplimiento de una persona ya sea tomar un medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en el modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Se considera como la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo, dado el sentido psicológico que este entraña y se define como “una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado”.

El concepto de adherencia hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar hábitos saludables, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud.

Este no es un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento, entre los que se incluyen los aspectos psicosociales del paciente. <sup>3,4</sup>

Esta conducta de incumplimiento de los pacientes diabéticos origina complicaciones y sufrimiento evitables para ellos, lo cual eleva el costo de la atención necesaria. El control de la diabetes requiere no solo tomar medicamentos, implica la realización de una serie de conductas de autocuidado como el automonitoreo de la glucemia, las restricciones alimentarias, el cuidado de los pies y los exámenes oftálmicos regulares; la realización de estas acciones reducen notablemente la incidencia y la progresión de las complicaciones diabéticas.

En los Estados Unidos, menos de 2% de los adultos con diabetes lleva a cabo la totalidad de la atención recomendada por la Asociación Americana de la Diabetes. La adhesión deficiente a las normas de cuidados reconocidas es la principal causa de la aparición de las complicaciones de la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos que las acompañan. En general la comorbilidad que presentan los pacientes diabéticos como la hipertensión, la obesidad y la depresión han sido asociadas a tasas deficientes de adherencia lo que aumenta la probabilidad de resultados deficientes en el tratamiento. <sup>17</sup>

El estudio de la adherencia terapéutica tiene su mayor impulso en los años 60 con la escuela canadiense de epidemiología clínica sin embargo en la medicina antigua Hipócrates ya recomendaba a sus discípulos tener cuidado al preguntar a sus pacientes sobre el cumplimiento pues aseguraba que estos mentirían para tener contento a su médico.

Para medir la adherencia al tratamiento existen dos tipos de métodos: los directos e indirectos. Los métodos directos por su alto costo y sofisticación generalmente están fuera del alcance de la clínica y se basan en determinaciones por laboratorio de metabolitos de medicamentos en líquidos biológicos. Los indirectos en cambio son sencillos y fáciles de realizar por lo que son frecuentemente utilizados a nivel clínico; tienen como objetivo apreciar la conducta del paciente en relación a las indicaciones terapéuticas y están basados en la entrevista.

Los instrumentos estandarizados en su mayoría están enfocados al cumplimiento farmacológico entre lo más empleados encontramos:

- Preguntas de Haynes-Sackett,
- Cuestionario de Morisky-Green,
- Recuento de comprimidos:
  - En consulta
  - Por teléfono
  - En el domicilio
  - Con dispositivos acoplados al envase (MEMS).

Por otra parte como ya hemos mencionado la adherencia terapéutica va más allá de la mera ingestión de un medicamento e implica modificaciones en el estilo de vida por lo que consideramos necesario para los fines de este estudio el empleo de un instrumento enfocado a la valoración de este.

En ese sentido consideramos que el IMEVID es un instrumento que se ajusta a los objetivos que pretendemos, además de haber sido probado y validado en población diabética mexicana y más a un en derechohabientes del IMSS ofrece un buen nivel de consistencia ( $\alpha= 0.81$ ) incluyendo en sus dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. 18

Son múltiples los factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento entre ellos se mencionan el paciente como decisor razonado, el médico, la relación médico-paciente, el entorno, la percepción subjetiva sobre la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamiento.

La adherencia terapéutica es un acto voluntario del paciente en el cual decide seguir o no las recomendaciones proporcionadas por el profesional sanitario. El paciente toma la decisión en función de sus actitudes, creencias, opiniones, percepciones e interpretaciones pues si él cree que el tratamiento no va a mejorar su salud, el paciente simplemente lo abandonará.

Si el médico quiere que el paciente se adhiera al tratamiento debe considerar esas creencias e interpretaciones. Para ello la relación médico-paciente es la principal herramienta, a través de una adecuada comunicación que facilita la comprensión de la información por el paciente (escucha activa). Para lograrlo el clínico tiene que saber escuchar, sin utilizar la jerga médica en la información suministrada, realizar una comunicación eficaz, asegurándose que los pacientes han entendido el tratamiento, siendo empático, motivador y tomar decisiones de forma compartida.

A pesar de que las distintas agrupaciones para el estudio y manejo de la diabetes recomiendan a los clínicos la indagación sobre las preferencias y estilo de vida de los pacientes es el propio sistema de salud, con enfoques de trabajo paternalistas, el que deprime el papel del individuo en su auto cuidado y crea en el paciente una dependencia excesiva del servicio, del trabajo de sus profesionales, incluso de los familiares, como si él no tuviera nada que ver o hacer, para mejorar o recuperarse de una enfermedad o vivir con esta controlada.

La orientación, la educación de los pacientes, la información por todas las vías posibles incluida la comunicación social en salud, constituye parte imprescindible de la estrategia que puede elevar las tasas de cumplimiento.

La motivación de logro, tiene una influencia en la adherencia mayor que los factores demográficos y metabólicos, se sugiere que el conocimiento (información) resulta esencial para la adherencia del paciente, no obstante, la información por sí sola, parecería no ser suficiente para promover los cambios conductuales requeridos como parte del manejo de la enfermedad.<sup>17</sup>



Para lograr un adecuado efecto de las indicaciones médicas la comprensión de las mismas es un elemento de suma importancia, pero más aún lo es la interpretación y significado que los pacientes dan a estas indicaciones.

### **Interpretaciones**

De acuerdo con el diccionario de la real academia de la lengua española interpretar del latín interpretāri, se entiende cómo explicar acciones, dichos o sucesos que pueden ser entendidos de diferentes modos. Concebir, ordenar o expresar de un modo personal la realidad. <sup>19</sup>

Las interpretaciones han sido consideradas una respuesta a los acontecimientos cotidianos de las personas, son una explicación empírica de las cosas que le pasan al individuo, es decir constituyen una explicación causal externa (del ambiente) o interna (de la misma persona). <sup>20</sup>

Las interpretaciones son por tanto representaciones mentales complejas en las que se encuentran involucradas dos tipos de representaciones; las representaciones mentales (personales) y las representaciones públicas o sociales. Las creencias, las intenciones y las preferencias son representaciones mentales. Las señales, las expresiones, los textos y los cuadros son ejemplos de representaciones públicas. <sup>18</sup>

La salud y la enfermedad son conceptos socialmente construidos definidos y tipificados por cada cultura, a su vez cada cultura crea sus propias alternativas terapéuticas y procedimientos para recuperar la salud. Por ello hay que considerar en la enfermedad como expresión, un componente biológico y otro cultural. Independientemente de su contenido biológico, siempre es una forma de expresión cultural y para que sea considerada como enfermedad, es necesario que la sociedad la estime como tal.

Los conceptos de salud y enfermedad se encuentran relacionados con el sistema de valores de cada individuo, de tal forma que tratar de cambiarlos significa reestructurar todo un sistema conceptual transmitido de generación en generación por medio del grupo familiar y otras instituciones sociales. En 1958 Heider mencionó que las personas tratan de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio, señala que en la interpretación de los acontecimientos es importante tomar en cuenta si el fenómeno se atribuye a factores causales localizados en la persona o en el entorno. <sup>20</sup>

El significado es lo que se quiere expresar mediante un acto lingüístico, tomando en cuenta los marcos referenciales tanto del emisor como del receptor, por lo cual el significado es el lugar o sitio de algo en un sistema, por lo que el significado de una palabra se obtiene de la relación con el entorno, y se expresa por medio del discurso, que está constituido al menos por tres dimensiones: la *referencial*, la *expresiva* y la *pragmática*.

El interaccionismo simbólico es una de las orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje hablado o escrito y al comportamiento en la interacción social. Es una ciencia interpretativa, una teoría psicológica y social, que trata de representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida. <sup>21</sup>

Los seres humanos actúan en relación con los objetos del mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que estos tienen para ellos. Estos significados se derivan o brotan de la interacción social (comunicación, entendida en sentido amplio) que se da en medio de los individuos. La comunicación es simbólica, ya que nos comunicamos creamos o producimos símbolos significativos.

Estos significados se establecen y modifican por medio de un proceso interpretativo, los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción. <sup>21</sup>

Por lo tanto el comportamiento y la forma de actuar frente a la enfermedad depende del significado que el mismo paciente asigna a ésta, mediante un proceso entendimiento de lo que para él es vivir como diabético, pues desde el momento del diagnóstico el paciente inicia un proceso de comprensión en el que debería entender que el desarrollo de su enfermedad no avanza hacia la curación, sino al control adecuado y la prevención de complicaciones. <sup>22</sup>

De este modo se observa que la conducta y las interpretaciones de las personas hacia la enfermedad desempeñan un papel importante, en el contexto, de que el paciente cumpla o no con las prescripciones médicas, pues una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, lo cual constituye de cierto modo un problema, pues las consecuencias de la falta de adherencia terapéutica se expresa en diversas esferas de la vida del paciente y del sistema de salud.

### 3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En relación con nuestro objeto de estudio existen los siguientes antecedentes; Kleinman (1973) propuso un modelo explicativo de la enfermedad, para investigar de forma particular la comprensión social y cultural de la enfermedad. Su propuesta se centra en la perspectiva antropológica del padecimiento. Desde el punto de vista biomédico la enfermedad se entiende como un daño a órganos y sistemas del cuerpo humano, y la antropología médica se interesa en aspectos relativos al paciente y como a partir de su experiencia construye formas de explicarse las patologías. <sup>23</sup>

De acuerdo con lo expresado por Vega (2002) analizando las ideas, creencias y percepciones de diversas culturas, se puede definir la salud con términos cuyo significado equivale a las palabras equilibrio o armonía, mientras la enfermedad se ha descrito con los antónimos de estos vocablos, la salud se considera como un fenómeno de armonía y proporción del ambiente. El hombre dentro de su entorno físico y social, genera cambios por lo cual la salud y la enfermedad se ubican en este ámbito. <sup>24</sup>

Garza y cols., (2003) refieren que en el proceso de comunicación se sustenta la esencia del cambio, por lo tanto, la actitud del receptor y sus características deben ser tomadas en cuenta al emitir un mensaje encaminado a modificar ciertas conductas, por lo que el objetivo de su trabajo fue determinar los mitos o creencias a las que se atribuye el origen y evolución de la enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2, encontrando que los conceptos de salud y enfermedad se relacionan con un sistema de valores, generados por la familia y otras instituciones sociales de tal forma que es difícil modificarlos. <sup>20</sup>

En cuanto a creencias en la diabetes mellitus tipo 2 López y Ocampo (2006) trabajaron con grupos integrados por diabéticos, para indagar sobre el ejercicio, dieta y tratamiento farmacológico encontrando que aun prevalece en la población una gran influencia de significados del imaginario social que impiden que el paciente se apegue a las indicaciones medicas y no se haga responsable de su propia salud. <sup>25</sup>

Acerca del conocimiento, creencias y prácticas relacionadas con la Diabetes mellitus algunos de los estudios realizados presentan conclusiones contradictorias, uno de los factores que generan estas diferencias es que la mayoría de estos se han aplicado a poblaciones cosmopolitas, por ello Bustos y cols. (2007) trataron de identificar el conocimiento que presentan los pacientes diabéticos tipo 2 , tanto del área urbana como en la rural en el occidente de México, concluyendo que al tratar de orientar al paciente previamente se debe de tomar en cuenta los conocimientos previos, factores personales (edad, educación, creencias, experiencias, factores psicológicos, etc.) y factores ambientales, pues el paciente no es un individuo estático y para poder orientarlo, se debe diseñar una estrategia impactante que genere la consciencia de su problema de salud y promueva el auto-cuidado. <sup>26</sup>

En cuanto a la dimensión subjetiva (individual y colectiva) para conocer la percepción de los propios pacientes sobre la forma en que viven y enfrentan la diabetes en su vida, Castro (2007) indaga sobre la comprensión y explicación respecto a la prescripción dietética, encontrando que el cambio de dieta es una de las cuestiones más polémicas y problemáticas de la vida cotidiana del paciente diabético y en la mayoría de las veces, genera un impacto negativo tanto a nivel psicológico como social y económico, motivo por el cual la abandonan. <sup>27</sup>

Noda y cols. (2008) realizaron un estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus 2 en pacientes hospitalizados, los resultados mostraron una carencia de información sobre su enfermedad y su estado de salud, debido a falta de estrategias de comunicación e información deficiente. Por lo tanto, se confirma que es primordial el modificar la estrategia educativa con los pacientes para mejorar la adherencia al tratamiento, evitar descompensaciones y las complicaciones de la enfermedad. <sup>28</sup>

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La diabetes mellitus tipo 2 constituye uno de los problemas de salud más relevantes en el país, y el IMSS al igual que otras instituciones de salud se enfrentan a la alta incidencia y prevalencia, además de ser una enfermedad altamente discapacitante por los daños provocados a diferentes niveles del organismo.

Para enfrentar este problema, el IMSS pretende que los diabéticos mantengan un control metabólico estricto con el objeto de retrasar y reducir sus complicaciones, sin embargo es difícil obtener este control.

El control de la diabetes mellitus tipo 2 involucra la inducción hacia un nuevo estilo de vida y una actitud que mejore el manejo de la enfermedad, actualmente en las unidades de medicina familiar el paciente diabético cuenta con la orientación del médico, dietología y trabajo social, y además de la existencia de programas específicos de apoyo para el diabético sin embargo se ha observado que la adherencia al tratamiento no ha cambiado significativamente.

Esto nos hace ver que la naturaleza de este problema es compleja, en cuanto a los factores subjetivos y comportamentales, pues la falta de adherencia al tratamiento genera grandes pérdidas desde el punto de vista personal, porque el paciente presenta complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento físico con carga estresante adicional generando dificultades en la autoimagen y autoestima provocando miedos ante la posible amenaza de muerte.

Por otra parte la falta de adherencia entorpece la adopción de rol del enfermo que necesariamente asume el individuo, para llevar a cabo esto, el paciente debe aceptar su condición y las consecuencias de asumir este papel y los deberes que implica, estos aspectos psicológicos son importantes para el ajuste a la enfermedad.

Es importante señalar la necesidad de que el paciente cambie su estilo de vida y lleve a cabo el tratamiento no farmacológico pues al desconocer la verdadera naturaleza de su enfermedad las personas diabéticas padecen las complicaciones, lo que los lleva a tener una mala calidad de vida o una muerte prematura.

Las prácticas alimenticias y la actividad física están fuertemente influenciadas por creencias y mitos con un gran arraigo social, a estos se tiene que enfrentar el médico para poder corregir las conductas que llevan a resultados desfavorables.

Se ha observado que en la práctica diaria de la medicina familiar el médico orienta y da indicaciones a su paciente tratando de encaminarlo hacia el manejo de una dieta adecuada y la realización de una actividad física benéfica, sin embargo esto no garantiza que el paciente haya asignado el mismo significado que el médico quiso expresar. Pues el paciente elige, suprime, reagrupa y transforma los significados asignándoles un concepto e importancia, es decir, interpreta la

indicación médica y según ello dirige su acción, por ello podemos concluir que la interpretación de una indicación médica será usada como guía para la acción.

De modo empírico y anecdótico se reconoce la existencia de las dificultades en este proceso, situación que se corrobora con los resultados de investigaciones realizadas en el tema, lo que avala la necesidad de explorar las interpretaciones desde la posición del paciente, pues es él quien percibe, interpreta y juzga las indicaciones medicas y de esto dependerá su modo de actuar ante el régimen terapéutico.

Es por ello que la presente investigación abordara la situación como el paciente la observa surgiendo la siguiente interrogante:

## **5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Difiere la interpretación de las indicaciones médicas sobre dieta y ejercicio entre los pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin ella a las mismas?

## **6. PROPOSITOS DEL ESTUDIO**

**GENERAL:** Comprender las diferencias entre la interpretación del paciente diabético tipo 2 con y sin adherencia terapéutica, sobre las indicaciones médicas respecto a la dieta y ejercicio.

**ESPECÍFICOS:** Señalar la adherencia terapéutica hacia las medidas no farmacológicas (dieta y ejercicio) de los pacientes diabéticos tipo 2.

Describir las interpretaciones que los pacientes diabéticos tipo 2 hacen de las indicaciones no farmacológicas (dieta y ejercicio) proporcionadas por el medico familiar

Comparar las interpretaciones que hacen los pacientes diabéticos tipo 2 con y sin adherencia terapéutica sobre las indicaciones médicas no farmacológicas (dieta y ejercicio).

## 7. SUPUESTOS QUE GUIAN EL ESTUDIO

I. La dieta como parte del tratamiento de su enfermedad.

- a) *Como imposición*
- b) *Relega el placer del “acto de comer”*
- c) *Se interpreta como una “comida estricta”*
- d) *Difícil de elaborar*

II. El impacto de la dieta en las relaciones socio-culturales

- e) *Afecta las relaciones familiares*
- f) *Influye en las relaciones sociales (amigos, compañeros de trabajo)*
- g) *Se contrapone a costumbres*
- h) *Impacta económicamente*

III. El ejercicio como parte del tratamiento no farmacológico de la Diabetes mellitus

- i) *El ejercicio para que sea efectivo debe realizarse bajo supervisión*
- j) *El ejercicio se interpreta como una actividad que quita tiempo*
- k) *La actividad física solo la debe realizar la gente obesa*
- l) *La dieta y el ejercicio se deben realizar cuando existen complicaciones de la enfermedad*

## 8. DISEÑO DEL ESTUDIO

Dadas las características del objeto de estudio, se privilegia en la presente investigación el paradigma cualitativo apoyado en una corriente enfocada hacia el estudio de constructos sociales conocida como interaccionismo simbólico, que trata de vislumbrar el proceso por el cual se realiza la asignación de significados e interpretaciones del individuo hacia la realidad vivida.

Por lo que el presente estudio corresponde a un estudio cualitativo descriptivo y comparativo de tipo etnográfico desde la perspectiva micro social basada en el interaccionismo simbólico.

## 9. ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

### Variable de estudio:

- Interpretaciones sobre el tratamiento no farmacológico
- Adherencia terapéutica

### Variables Universales:

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Religión
- Estado civil

Ver Anexo 1.

## **10. UNIVERSO DE TRABAJO**

Pacientes adultos portadores de Diabetes mellitus tipo 2.

### **1. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pacientes adultos portadores de Diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 94.

### **2. MUESTRA DE ESTUDIO**

Pacientes adultos portadores de Diabetes mellitus tipo 2 con adscripción a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón del IMSS que acudan a consulta en el período comprendido de junio a octubre de 2009.

## **11. TIPO DE MUESTREO**

Muestreo no probabilístico intencionado por casos tipo

## **12. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA**

Se captaron a pacientes adultos portadores de Diabetes mellitus tipo 2 en la sala de espera, consultorios y aulas de la UMF 94.

A los individuos que reunieron los criterios previamente establecidos, se les otorgó una explicación sobre los objetivos del estudio y la importancia de su participación que consistió en contestar el cuestionario sobre interpretaciones del tratamiento no farmacológico y de adherencia terapéutica (anexo 4) y participación en las entrevistas concertadas de común acuerdo con el investigador, que fueron audio grabadas previa aceptación y firma del consentimiento bajo información. (Anexo 2)

## **13. DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

No necesaria por tratarse de un estudio cualitativo en el que no se pretende realizar inferencias hacia la población.

El número de participantes en el estudio estuvo supeditado a la saturación de las categorías establecidas de acuerdo con las interpretaciones manifestadas por éstos.



#### 14. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</b>	Adultos mujeres y hombres de cualquier edad. Derechohabientes al IMSS adscritos a la UMF 94. Que acepten participar en el estudio.
<b>CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:</b>	Individuos que padezcan algún tipo de enfermedad psiquiátrica que los imposibilite para la realización de entrevista.
<b>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:</b>	Que no acudan a las entrevistas pactadas.

#### 15. DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento para la determinación de la adherencia terapéutica es un cuestionario elaborado por el investigador dado que no existe instrumento dentro en la bibliografía revisada que indague exclusivamente sobre las interpretaciones del tratamiento no farmacológico de la Diabetes mellitus tipo 2 por lo que se tomo como base para su construcción el instrumento denominado IMEVID<sup>18</sup> y el cuestionario de Morisky-Green<sup>29</sup> (ver anexo 4).

Por otra parte la fuente de información privilegia para la descripción de las interpretaciones es el propio sujeto por lo que la entrevista cualitativa será el principal instrumento para la captura de la información, esta será abierta y se grabara para su posterior transcripción por lo que se solicitara al participante su anuencia para efectuar dicha grabación. Se plantea el siguiente esquema para la realización de la entrevista:

1. Apertura: Llenado de hoja de identificación y datos generales del participante (anexo 4). Recordar al participante el objetivo de la entrevista, señalar la importancia de la misma y agradecer su participación.
2. Desarrollo: La entrevista iniciara con 5 minutos de plática de relajación sobre aspectos de la vida diaria. Una vez relajada la atmósfera se iniciara con las preguntas:
  - a. ¿Para usted que es una dieta?
  - b. ¿alguna vez la han indicado una dieta?

A partir de estas preguntas se pretende indagar cual es la interpretación que el paciente asigna a la indicación de la dieta continuando con el mismo esquema para el caso del ejercicio.

3. Cierre: Una vez agotada la información relativa al tema de estudio el investigador agradecerá al participante su intervención y establecerá una nueva cita a fin de complementar la información o en su caso dar a conocer los resultados del análisis de la entrevista al participante con fines de control de calidad.

En promedio las entrevistas no superaron los 45 minutos con la finalidad de no provocar cansancio en el participante por lo que se programaran tantas sesiones por participante como sean necesarias.

## **16. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**

Las entrevistas audio grabadas fueron transcritas en formato de Word y posteriormente vaciadas en un analizador de textos (atlas ti) para facilitar su análisis. Se establecieron categorías de análisis basados en la connotación positiva o negativa que el paciente asigno a la indicación médica y su relación con la función que la dieta y el ejercicio que cumplen para el control de la enfermedad y su importancia en la misma. El análisis de la información estuvo guiado por la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico.

## **17. PROGRAMA DE TRABAJO**

### ***Primer año de residencia***

- I. Formación en Investigación biomédica.
- II. Selección de tema e investigación bibliográfica.
- III. Construcción del Proyecto de Investigación.
- IV. Registro del proyecto de investigación ante Comité Local de Investigación.

### ***Segundo año de residencia***

- V. Integración de la muestra y recolección de datos.
- VI. Registro y análisis de datos.

### ***Tercer año de residencia***

- VII. Obtención de resultados, elaboración de conclusiones y sugerencias.
- VIII. Solicitud de terminación de proyecto ante el comité local de investigación.
- IX. Elaboración y envío de escrito medico.
- X. Difusión de los resultados, en revistas, congresos y foros.

## 18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

(ver anexo 2 )

## 19. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se considera sin riesgo, pues en este estudio se emplearan técnicas y métodos de investigación en los que no se realizará ninguna intervención intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participarán en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

Se desarrollara con apego desde el punto de vista ético a las siguientes normas:

La declaración de Helsinki, en las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos, aprobada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki 1964) hasta su última revisión en el año 2000, apegándose a los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia, tomando en cuenta los siguientes puntos: el no 20 y 22 que establecen participación libre e informada.

El Código de Núremberg (Tribunal Internacional de Núremberg 1947).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el apartado con respecto a Investigación en Humanos artículo 4º.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título Segundo, Tercero y Quinto.

Estatutos del IMSS que establecen en materia de investigación en salud que dicha investigación no debe atentar contra la integridad del paciente participante ni del profesional médico involucrado en su atención.

Los principios éticos subyacentes en la presente investigación son:

**Autonomía.** Derivado de este el respeto por las personas implica el permitir que la persona decida libremente su participación después de haber sido debidamente informada en forma clara, precisa y comprensible para cada sujeto concretándose este mediante la firma del consentimiento bajo información (anexo¿?). Así mismo se respeta la decisión libre del participante de continuar o no en el desarrollo del estudio.

**No maleficencia.** Traducido en este proyecto en el compromiso del investigador de mantener en la mayor confidencialidad los datos proporcionados por los participantes así como en el acto de respetar los tiempos del participante permitiéndole interrumpir la entrevista en el momento en que lo considere necesario y de no contestar las preguntas que a su juicio considere impropias o que afecten sus valores y sentimientos.

**Justicia.** Permitiendo que todos aquellos sujetos deseen participar en el estudio tengan libre acceso al mismo y sean tratados de igual forma en el mismo.

## 20. RECURSOS DEL ESTUDIO

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	Asesor y director de proyecto de investigación: Dr. Raúl Tomás Arrieta Pérez. Investigador: Dra. Mariana Medina Reyes.
<b>RECURSOS FÍSICOS</b>	Salas de espera, aulas y biblioteca de la Unidad de Medicina Familiar No 94 Aragón.
<b>RECURSOS MATERIALES</b>	Cuestionarios. Cartas de consentimiento informado. Bolígrafos de tinta negra, lápices, gomas para borrar y sacapuntas. Engrapadora. Hojas de recolección de datos.
<b>RECURSOS TECNICOS</b>	Calculadora. Grabadora. Equipo de cómputo.
<b>RECURSOS FINANCIEROS</b>	Los propios del investigador.

## 21. RESULTADOS

La muestra se conformó por 26 personas con edad promedio de 41.8 años (rango de 28 a 56 años). Se tuvo una participación de 12 hombres y 14 mujeres. Referente a la adherencia al tratamiento no farmacológico solo 6 pacientes contestaron de forma afirmativa y 20 respondieron por lo menos en una ocasión de forma incorrecta por lo cual resultaron sin adherencia.

### *1. La dieta como parte del tratamiento de su enfermedad.*

“Desde que me dijeron que tenía diabetes hago la dieta... en un principio fue difícil, pero ya me acostumbre...porque yo se que si como de mas, me pongo mala...” (P1)

“Ahora si como más sano.... si uno come bien.... lo que se debe, frutas, verduritas, pollito, va a estar uno sin más problemas, la verdad querer es poder y si uno quiere estar bien del azúcar debe cerrar el pico...” (P2)

“La diabetes te provoca más hambre, es el ansia de comer pero eso es lo malo, lo que pues nos llevo a la enfermedad ¿verdad?...comer de todo... mal, entonces ¿cuál es la raíz del asunto?... la comida....mi muerte fue el pan.... Y ahora pues ya entendí... que la forma... la mala forma de comer es lo que me enfermo y

punto... para remediarlo pues comer bien...."Pues ensaladas, atún, pollo, sin grasa, sin colesterol... y nada de refrescos ni la famosa vitamina T y mire todo... sin problema" (P8)

"Es un algo, es algo como se llama una base para tu salud, algo... algo importante para tu salud... porque si no voy a durar lo que yo quería al menos no voy a padecer tanto..." (P21)

"De lo que sí me ha platicado y si se, es de la dieta, que es importantísima para el azúcar, que se controle." (P24)

*a) La dieta como imposición*

"La verdad se me hace muy difícil, casi no la sigo pero debería hacerla... si el doctor dice que la tengo que hacer ni modo, él es quien sabe"... se supone que para eso estudio, y es mi obligación obedecer.... pero así que yo esté muy feliz con eso no..." (P9)

"Pues yo siempre que voy con mi doctor me dice que estoy muy alto de mi azúcar, que debo hacer bien la dieta y pues siempre me está regañando, pero la verdad yo siento que no... pues no estoy gordo... siempre quiere que me mate de hambre pero si ando bien del colesterol, de la orina, de la presión". (P10)

"Eh sí, porque ya tenía mucho que no bajaba y el azúcar la traía alta, ah y el colesterol también, entonces mi doctor me mando allá, para que me dieran una dieta... pues porque me dijo que no como bien, y que ahí me iban a enseñar como se debe comer, al principio no fui pero me mando dos veces mas diciéndome que si yo iba a ser lo que quiera me iba a seguir poniendo mal, y cuando fui en primera...me dieron una hojita que ni se veía bien y pues parece que la dietista llevaba prisa y pues me dijo las porciones que debo comer según ella hizo sus cálculos y ya....dicen que eso debo de comer..." (P23)

"Mmm que siento, pues que es necesario, o como.... Es algo que tengo que hacer... si...si lo entiendo, es necesario o sea vamos es algo que debo de llevar," (P24)

*b) La dieta relega el placer del "acto de comer"*

"No, lo que pasa es que no nos llena, por ejemplo, estamos acostumbrados a comer tortillas, chilaquiles, arroz, y cuando compramos calabazas, ejotes, eh... un chayotito... a veces nos queremos llenar con otra cosa, mmm por ejemplo, el pan, mi coco es el pan, el pan de dulce".(P6)

"Si me ha dicho que es lo que no coma... pero eso es lo más sabroso." (P13)

"Yo dije: ya no voy a dejar de comer, prefiero morirme de diabético que de hambre"... a uno le quitan lo más sabroso, lo rico de la comida y pues de todos modos me voy a morir". (P14)

“Mmm que soy bien necia, y pues una tonta... porque yo solita me hago daño, y por mi culpa estoy enferma, por comer como pelón de hospicio... Porque la verdad pues si como la dieta no me lleno y comiendo así normal, pues si ando quedando llena... pues sin hambre... sí y con la dieta si quedo con hambre y después ando picando por aquí en la cocina así como quien dice ando comiendo lo mismo” (P13)

“Porque no me lleno, y además es muy complicada de hacer, me quedo con hambre, con mucha hambre...y con la dieta pues uno no se queda a gusto más bien a disgusto jajá....” (P21)

“Como que... la verdura... pura verdura... más que nada... es el sabor, y cuando no lleva sal no me agrada... con sal ya lleva sabor, pero sin sal, si he comido sin sal, pero hójole sin sal ya. Honestamente ya no me sabe y pus es el detalle más que nada.” (P21)

c) Se interpreta que la dieta se contrapone a costumbres

“Yo... siempre había comido eso, y antes.... y es difícil ... difícil dejar lo que uno conoce y digamos que le gusta tanto a uno...” (P22)

“Pues normal... así no muy grande pero no como eso de 125 gramos, si no bien, como se lo daban a uno las mamás, su plato de sopa, así bien servidito, su guisado con papas, con frijoles, sus tortillas, ah...si... su salsita, para las tortillas, eso es un pla... eso es una comida así normal.” (P21)

“Le digo que deje de tomar mucho refresco, aunque me quedaba con hambre con mucha hambre, puros platitos “así” que sopita, que un bistecito que 125 gramos de ... ¡cualquier cosa!, pues si que uno se acostumbra a comer mucho ese es el detalle.” (P22)

d) *La dieta se interpreta como una “comida estricta”*

“Casi no la hago, le ponen a unos horarios que, de veras no sé de donde se lo sacan, esta bien para los que están nada más en su casa, yo tengo que trabajar en la calle ¿como voy a comer 5 veces al día?... además ¿en dónde?...No la verdad no se ponen a ver lo que uno hace” (P15)

“Si, si me mandaron con la dietista, me mandaron como en febrero, “no” más que ahí, yo siento que la dieta que me dio está muy pesada... En el aspecto que, bueno yo, he quería que comiera mas verdura, me quito leche, pan, este frijol sopa, carne, café, es que aquí no tengo la... eh estaba muy...muy complicada.” (P21)

*e) La dieta se interpreta como difícil de elaborar*

“Es más difícil hacer de comer para uno que está enfermo, y apenas si me da tiempo para hacer la comida de mis hijos”... “No debemos usar aceite común, casi nada de sal, la carne de puerco no, no la debemos comer, o hay que comer mucho chile o grasa”. (P12)

“¿Para mí? Yo, por mis horarios así como trabajo no me adapto a una dieta... está bien lo que explican pero a mí de que me sirve, si no tengo el tiempo para cuidarme... porque no puedo andar midiendo porciones, cucharadas... en la hoja de la nutrióloga están cosas que yo no puedo hacer... hago lo que puedo.” (P19)

“Bueno, bueno en el aspecto de que tenía que comer por ejemplo 125 gramos de atún, o 100 gramos de verduras, todo, todo tiene que ir contado.” (P21)

“En la calle.... no hay donde comer... no hay comida para los diabéticos, ya parece que va voy andar cargando mi “toper” con 1 porción de fruta otra de carne... ja ya quisiera que todos lo hiciéramos.” (P6)

“Cuando mi mujer sale a ver a su mamá... cuando se va al pueblo, pues ya ni modo tengo que comer donde sea, porque yo no sé guisar, y salgo a la calle, pues me voy a comer una torta, o voy al mercado a la comida corrida.... ¿porqué?... pus ya le dije yo no sé cocinar menos la comida para la diabetes, como que siento que se le tiene que poner más cuidado, no es cocinar así y ya” (P14)

“Pues es que a veces no puedo... no... a mí nadie me ayuda y yo tengo que hacerle de comer también a mis hijos, a mi esposo, y luego hacerme la dieta... no puedo a veces yo tengo que hacer de todo... no me puedo partir en mil...” (P26)

“¿Ayudarme?... que me va a ayudar, si entra a mi cocina hace puro reguero...No, no ya le dije una vez, y si hubiera visto las cochinas que hizo, a él se le quema hasta el agua, no gracias así me quedo, no sabe, le digo que yo tengo que hacer todo lo de la casa, bueno, si quiero que este bien hecho” (P26)

“Si... a veces si la llevo, cuando es porque bueno no tengo el tiempo, mi mama me lleva algunas veces que estoy todo el día ahí... No, yo, a mi...eh me lo prepara mi mama ella va, ella vive muy cerca. Si... si ella sabe eh... tiene la experiencia de mi papá que también era diabético. Ella me prepara y como ella ya tiene el conocimiento. (P20)

*f) Los pacientes interpretan que la dieta afecta las relaciones familiares*

“Cuando vamos a las fiestas de la familia luego no me dejan comer bien, me andan diciendo que no coma esto y aquello”...“No me molesta, pero si me van a estar diciendo no comas esto, no comas el otro, a que voy.” (P11)

“Pues tengo que hacer la comida para mis hijos y a ellos no le gusta mi comida...lo de la dieta y pues a veces me dicen que no les gusta comer conmigo porque solo hago verduras”. (P12)

“Mi nuera cocina, si le digo que me haga otra cosa vaya a decir que me pongo exigente y si ellos me mantienen que puedo hacer.” (P6)

“A veces no me dan ganas de comer, sé que tengo que llevar dieta pero, no puedo pedirle más a mi hijo.” (P6)

“Y aun estando en la casa, mi mujer guisa muy grasoso, a mis hijos les gusta, y cuando yo la trato de corregir me dice que el enfermo soy yo, no ellos. Eso me pone triste porque la verdad se me antoja lo que están comiendo y termino picando de sus platos.”(P14)

“Lo hice por mis hijos, yo tengo que verlos, su futuro... lo hice por ellos, en un principio fue difícil, hacerlo con confianza... la dieta... cuidarme... hacer caminata también, cuidarme bien.” (P8)

“Tengo un hijo que se la pasa diciendo: no, tu no comas esto y anda detrás de mí... si es molesto a veces porque la hija parezco yo, así como niña chiquita me andan cuidando y a veces si me enojo.” (P11)

“Pues yo al contrario, la dieta... porque la familia nos hace a un lado, al ir a una fiesta se siente re-feo, si no voy a poder comer nada, para que voy”. (P11)

“Hacia mi esposa, si mi parte que calabacitas, que sopa de verduras que pechugas “na” mas asadas tortilla “na” mas me daba 3... pero de repente yo veía a mis hijos como comían y uta, ah me vale madre... que échale salsita, pásame una tortilla....” (P21)

“...mi familia tiene que ver que si me esfuerzo, que aunque ellos estén comiendo, ahora si me voy....me voy aguantar.” (P21)

“Peleo mucho con mi mamá es que ella cocina con manteca porque según la comida sabe más buena, y dice que mi comida no sabe buena porque yo le pongo aceite.” (P1).

*g) Los pacientes interpretan que la dieta impacta económicamente*

“Bueno depende... de que cuanto tengamos para comprar la dieta, por eso es muy difícil seguirla”. (P10)

“Y siendo sinceros la comida pues, si esta cara, que mas quisiera comprarme mi leche light pero a veces no puedo y ni modo a comer lo que haya, es bien difícil... los alimentos suben y suben tiene uno que hacer de comer con lo poco que hay” (P11)



“Yo cuido a mis nietos, y pues tengo que hacer la comida para mis hijos y pues ellos me dan para la comida, no puedo gastar en 2 comidas, sería mucho gasto”. (P12)

“Pero la verdad ¿que no se dan cuenta que uno no puede comer eso? Todo está muy caro.... Y uno no puede comprar 2 comidas una para mí... otra para mi familia... no...” (P7)

“Las cosas que llevan las dietas, están caras, lo light”. (P17)

“Hago la dieta mientras en la casa no se gaste de más.” (P8)

“La dieta es lo que yo, pues en la casa no podemos hacer dos comidas, aunque sea poquito la dieta pues siempre cuesta... y la dieta también este... siempre se lleva algo de dinero aparte porque somos varios nosotros entonces no... este... la dieta siento que es otro gasto mas y pues no tengo dinero para hacer la dieta” (P24)

“La dieta es, nadie va a comer lo que yo voy a comer, eso es, eso es una situación, este es una verdad ¿no? Entonces yo tengo que comer los 30, 40 pesos que no tengo, que son para la dieta y pues no tengo para gastarlos.” (P24)

“Pues no es que se me olvide sino que no tengo con que hacerla, mmm no tengo pues digamos así como los ingredientes, lo que lleva... esos son los caros...carne, pescado, frutas, queso, leche descremada, todo eso cuesta... ah las verduras si son baratas, pero digamos si no tengo dinero puedo hacerme chorizo con huevo y pues eso lo tengo prohibido por eso le digo que es cara.” (P25)

“Bueno si quiero estar bien, pues si la hago, pero a veces no depende de mí, porque a veces no tengo dinero y hay que comer pues lo que se pueda lo que este barato, si sé que tengo que dejar las harinas, el pan, el pan dulce, sé que eso me daña, y pues me lo ha dicho el doctor, y pues si trato de llevar la dieta, pero este... pues no hay a veces... no hay.” (P25)

*h) Los pacientes interpretan que la dieta influye en las relaciones sociales (amigos, compañeros de trabajo)*

“De repente en el trabajo me convidan de la comida de otros y luego vamos a comprar a la tienda, pero que puedo hacer... este pues porque uno convive con la gente como que uno se ve grosera a veces, diciendo: no puedo comer esto, me hace daño, esta grasoso, la gente va a pensar que uno es payaso o que su comida sabe feo... cosas así.”(P19)

“Hay veces que nos invitan y pues caemos en la tentación... pues mmm como cuando voy a comer con un grupo de amiguitas que tengo pues vamos al Sanborns a tomar un café y a veces que un pastelito.... y algunas si somos diabéticas pero ese día si pues nos atrabancamos, y si comemos más o menos mal, pero solo ese día...eh, no creo que ando haciendo eso diario...porque estamos platicando y se antoja pues el cafecito ¿verdad?.... solo para convivir un rato y pues lo último en lo que pienso es en la diabetes” (P6)

“Yo no tengo familia ni conocidos con diabetes, a quien puedo acudir.... a nadie.”.... si porque pues que yo pueda platicar, y que no les caiga gordo hablar sobre enfermedades y de cómo me va con el doctor, los análisis y de cosas así” (P13)

“Pero hay lugares que digamos uno no puede andar diciendo que no puede comer....digamos muchas cosas... cuando uno va con los clientes, con los amigos” (P22)

“...Bueno... o sea no tengo porque... o sea hacerme a un lado en las comidas por miedo a no comer ¿no?” P (22)

“Es como le digo cuando uno se va por allá con los amigos pues uno tiene que andar como todos al parejo, si no a que va uno... pues cuando va a cotorrear a tomar unos alcoholes en algunos lugares pues hay botana, chicharrón, taquitos y pues no puedo andar diciendo que eso no puedo comer porque soy diabético... porque no se tienen que andar enterando” (P22)

“Bueno, yo voy a trabajar y pues cuando ando afuera, como lo de la calle, pues no hay de otra, no es fácil, y pues como trabajo luego en casas, ahí me dan de comer, y tengo que comer lo que me da la patrona, ella hace de comer, no puedo exigir otras cosa, ¿verdad?... pues si le digo que no puedo comer lo que ella hace, pues vaya a decir que soy limosnera y con garrote” (P25)

“Pues es que mi jefa y la supervisora me regañan de que tomo mucha azúcar, me dicen ¿no que eras diabética? Luego vas a andar pidiendo permiso de irte porque vas andar mal. Cuando me dicen, pues me da pena, pues porque ellas toman menos. Cuando se me quedan mirando, qué cómo tanto azúcar, y entonces pienso que por eso estoy gorda y ellas no.” (P26)

*i) La actividad física forma parte del tratamiento para el control de la Diabetes mellitus tipo 2*

“Pues este... bueno...si se hace un ejercicio leve, no pesado y este...incluso por más mínimo o poco esfuerzo que hiciéramos nos ayuda a bajar el azúcar (P3)

“Mire desde siempre yo he sabido que el deporte es bueno en general, lo abandone si, por un tiempo, ahora que estoy jubilado lo estoy practicando de una

vez cada dos días...” “Si claro si sirve... uno mueve sus músculos y va desechando el azúcar que esta de mas” (P4)

“Pues a mí me parece que además para ayudar a lo de la diabetes ayuda a todo el cuerpo.... “Los músculos se engarrotan si no los usamos, hay que caminar y caminar acuérdele que la pereza es la madre de todos los males” (P5)

“Yo practique natación por más de 15 años... y desde hace 8 meses empecé de nuevo a nadar... Porque el doctor me dijo que me movilizara que hiciera algo, que no era suficiente lo que hago, pues todos los días, que para estar bien controladita hay que activarse y por eso empecé otra vez, y pues si me he sentido mejor como más activa, mas despierta con más ganas de andar haciendo más cosas, yo creo que si sirve para bajar el azúcar.” (P6)

“¡Como no, como no!, ayuda y mucho, sirve así...moverse... activarse, yo no me voy a quedar sentado esperando la muerte”...“y bueno pues el ejercicio... pues hay que hacerlo para estar sano, todos, para el corazón, para los pulmones no nada más para la diabetes”. (P7)

“Es por nuestra vida, por nuestra salud para no dejarse acabar con la enfermedad, empecé a bajar de peso, como que el azúcar me estaba chupando... y pues le empecé a echar más ganas”...“yo voy de vez en cuando a nadar al deportivo, si no puedo me voy a caminar al bosque, la cosa es...mantener a raya la enfermedad” (P8)

“Ah... pues si... porque me han dicho que lo haga, antes me mandaban a la 23 a la clínica a danza regional, y pues me sentía muy bien...Pues sí, porque pues... porque cuando yo lo hacía me sentía requeté bien.... yo creo que si me afecta porque en mi salud ya no me siento como antes, ahora estoy como desganaada.” (P25)

*j) El ejercicio para que sea efectivo debe realizarse bajo supervisión*

“Le digo que trato de caminar mucho, pero no sé si sirva...de mucho... como en la danza... ah porque ahí en la danza uno tiene a su maestra que le va diciendo lo va como así... diciéndole como lo debe hacer uno... bien” (P25)

“Si uno hace los ejercicios mal se puede lastimar uno mismo deben de ser de forma adecuada, a nadie le importa, sino más bien, el moverse, el sudar, eso está mal”. (P26)

“Que mas ejercicio puedo hacer, si camino y camino todo el día, no paro, yo quiero llegar a mi casa a descansar, además no tengo para los aerobics, ahorita no... los gimnasios son caros.... Uno tiene que ir constante y a veces no hay buenos maestros que te ayuden... te tienen que decir como no lastimarte” (P19)

“No... no... me canso mucho, cuando termino del quehacer y la comida ya no me dan ganas de nada, y luego hay que lavar, no...no... con que ganas lo hago, además luego las maestras exigen mucho, y pues llego bien cansada después de las clases... no la verdad lo intente pero me lastime el tobillo, como estoy pasadita de peso, me dicen que no puedo andar por ahí corriendo, que me tienen que poner unos ejercicios para mí y que no me vuelva a lastimar...” (P13)

*k) El ejercicio se interpreta como una actividad que quita tiempo*

“No puedo, tengo mucho trabajo, y llego muy tarde a mi casa, y ya no hago ejercicio como antes, de chavo iba al futbol.” (P7)

“Es que tienen que ver muchas cosas... el ejercicio... llego bien cansado del trabajo y me falta tiempo para terminar...” (P18)

“Apenas me alcanza el tiempo, para el quehacer de la casa, y los mandados...” (P12)

“Ah de antemano te quita mucho tiempo...porque el taxi te quita mucho espacio, mucho tiempo, antes yo hacía frontón, en la empresa de seguridad esa había canchas de futbol, me ponía a correr en los campos, ya cuando salí de ahí, ya me dio “hueva”, en el taxi me quitaba más tiempo...” (P21)

“No, pero yo no lo hago, ni lo haría, no tengo tiempo, mi horario es completo. Porque ya tengo actividades en la casa, me falta tiempo, no lo tengo y pues tengo que ir a trabajar, si yo quisiera iría a natación, si sé que tengo que ir pero como, yo soy sola, pues tengo que trabajar, sino mis hijos no tienen para la escuela, y eso es más importante, que ir a caminar, yo ya quisiera tener tiempo para todo eso pero no.” (P25)

*l) La actividad física solo la debe realizar la gente obesa*

“Es bueno hacerlo mmm aunque realmente no lo necesito, porque yo... no estoy gordo, desde joven siempre me he... mantenido pues bien.” (P10)

“Son la gente gordita la que debe de hacer ejercicio, porque corren más peligros como los infartos (P21)

“Cuando uno está pasado de peso si la debe de hacer para ayudar a bajar el azúcar con más facilidad” (P7)

*m) La dieta y el ejercicio se deben realizar cuando existen complicaciones de la enfermedad*

“En mi caso no es tan importante porque estoy en mi peso, pero a los gorditos pues sí.” (P1)

“...Abiertamente que me digan, está usted muy enfermo, no, no ósea, yo induzco pero, como decir, no me han dicho la cuestión, usted está muy enfermo y no debe de comer, lo que me han dicho es que soy propenso a una situación de azúcar alta, por la diabetes no?, por...por la enfermedad.” (P22)

“Vamos yo no tengo una situación, una situación de que yo me vaya a morir, ahorita yo no, pues no puedo seguir todo ese régimen, no este no.” (P22)

“...y pues si ahorita con la advertencia prácticamente listo para una diálisis, esto es cuidarse, cuidarse ya, ósea no es de que ya este lo dejo... ya la carne está prácticamente fuera.” (P22)

“Pues... porque ahora si me dijeron que me puedo morir en unos 3 años... quien sabe... que estoy a un paso de la diálisis, eso... eso es muy serio... no se ahora si es diferente.” (P22)

“He notado que tengo problemas de calambres, los impulsos eléctricos que de repente eh... me llegan si llego a comer bastante eh cuando como dos veces al día o mucho, pero cuando pasa eso me mido, y pues ya empiezo a sentirme mejor.” (P22)

“Pues en cuento a las dietas pues difícilmente... solo cuando ando arriba de 200....O de plano más de 200... me dice que haga dieta, que la dieta es importante.” (P24)

## 22. ANALISIS DE RESULTADOS

### *Supuesto I. La dieta como parte del tratamiento del tratamiento no farmacológico*

Nuestros resultados señalan que, la disposición de un individuo para realizar un cambio en su patrón de alimentación se elabora según lo que considera apto para él mismo, su familia, tiempo disponible y situación económica.

Al indagar sobre la interpretación de la dieta para las personas diabéticas, nuestros entrevistados tienen un claro reconocimiento de los alimentos que son adecuados para su salud, admitiendo que la malnutrición ha provocado su enfermedad y sus diversas complicaciones. El conocimiento que poseen fundamentalmente se origina en pláticas de los servidores de salud ya sea médico, enfermeras o nutriólogos, sin embargo existe una gran contradicción, lo saben, existe el conocimiento, pero no lo aplican, es decir no se realiza la acción, y esto es debido a la interpretación que cada uno le asigna según su contexto individual y social que en ese momento están viviendo.

#### *a) La dieta como imposición*

Una de las premisas fue el de interpretar que la dieta es una imposición, pues solo reciben indicaciones prohibitivas, a decir de los pacientes se ordena solo lo que “no se debe de comer”. Los pacientes refieren que una de las situaciones más difíciles que viven es a la hora de comer. En este estudio, se observó que al serle indicada una dieta, el paciente interpreta esta medida como una auténtica imposición hacia su estilo de alimentarse, pues es una exigencia desmedida, debido a que cuando el médico o nutriólogo les indican una dieta, lo hacen como si fuera una orden de parte del servidor público, que si no se lleva al pie de la letra traerá como castigo el mal control de la diabetes. Además de interpretarse como una carga, ya que todos los días y en el momento del acto de la alimentación recuerdan la orden del médico y esto provoca una angustia, una ambivalencia de dejar el placer de alimentarse o seguir una dieta que no les es agradable.

Esta resistencia señalada por Foucault (1972) se presenta cuando se ejerce el poder, esto ocurre cuando el receptor de un mensaje está consciente de que el comunicador (médico, nutriólogo) desea controlar la situación y éste responde modificando sus actitudes en forma contraria a la esperada, como en este caso no seguir la dieta.

#### *b) La dieta relega el placer del “acto de comer”*

La gran mayoría de los entrevistados refieren que la dieta indicada para los diabéticos no tiene un sabor agradable, que los alimentos, específicamente las verduras tienen propiedades saludables, pero no les causa placer al ingerirlos, esto conlleva una competencia desleal en contra de los alimentos que si la tienen, pues el acto de comer también se ha considerado como un placer, y precisamente la dificultad es desprenderse de él en cada bocado. Para la solución a esta disyuntiva, los pacientes adaptan su forma cotidiana de comer, habitualmente son

los mismos alimentos, pero en menor cantidad. Existen diversos elementos en la comida que producen placer y éste no se reduce al acto mismo de ingerir un determinado alimento; están también el goce de compartir la comida, el placer de cocinar para los que se quiere, mostrándoles así afecto y también el placer obtenido en la adquisición de la comida.

Blood (2001) sugiere que las emociones intensamente placenteras, asociadas a la comida están acompañadas por actividad en el sistema neurológico, en la base de los procesos de recompensa/motivación, emocionales (límbicos) y de alerta. La experiencia placentera que acompaña la ingesta del sabor dulce se correlaciona con actividad en el mesencéfalo, ínsula, la región subcallosa y la corteza órbita frontal.

Drewnowski (2004) muestra, en estudios con animales de laboratorio, que la grasa y el azúcar son poderosas fuentes de recompensa neurobiológica. Los alimentos que son densos en energía proveen más goce sensorial y más placer que otros. Por lo que los alimentos más probables de ser apetecidos son aquellos que contienen grasa, azúcar, o ambas. La preferencia por el sabor del azúcar y la grasa es adquirida muy tempranamente, la familiaridad con el sabor dulce y la densidad energética en los primeros años, son determinantes en las preferencias de estos alimentos en edades posteriores, por lo que romper con una actitud que privilegia el placer por sobre la salud es un verdadero desafío.

*c) La dieta se interpreta como una “comida estricta”*

Nuestros resultados muestran, que los pacientes diabéticos interpretan la dieta como un objetivo lejano, inalcanzable, pues describen al plan nutricional como una lista de alimentos difíciles de conseguir, costosos, con indicaciones complicadas y cantidades que tienen que ser exactas y que son difíciles de medir en el hogar.

Esta experiencia del diabético, podemos explicarla por la falta de un programa individual de nutrición de acuerdo a sexo, edad, ocupación, nivel socioeconómico etc., esta estandarización o “despersonalización” de la dieta que reciben, colocan a la dieta y al personal de salud que generalmente la prescribe, en un proceso de medicalización del comportamiento alimentario que Guidonet (2000) lo define como la construcción de un patrón alimentario específico, a partir de la limitación y fomento de alimentos específicos, y un patrón referente a como prepararlos, cuanto y cuando consumirlos.

Sin embargo los hábitos alimenticios no están delimitados únicamente por el cuidado de la salud, al considerar que evitar las conductas arriesgadas depende, en gran medida del individuo, por lo que supone no comprender, tal como argumenta Lupton (2000) que los sujetos perciben o representan un objeto u actividad como arriesgada, según sean el entorno económico y político, el sistema de valores y creencias y la posición que, por razones de género, clase, edad o grupo étnico ocupan en la estructura social de una región en particular. Y son estas condicionantes estructurales las que, organizadas en sistemas complejos,



afectan a las personas y determinan si para ellas, al final, un comportamiento es preferible o evitable respecto de otros.

Por ello podemos observar que a pesar de las acciones promovidas por los servicios de salud, solo se han presentado cambios mínimos, en conclusión se reconoce que los objetivos para alcanzar los llamados estilos de vida saludables continúan centrados en modificar las conductas personales, tales como lograr un equilibrio metabólico y mejorar los conocimientos nutricionales o aumentar la actividad física. Sobre estos ámbitos se trabaja desde hace tiempo y, aun así, el éxito ha sido modesto.

*d) La dieta se interpreta como difícil de elaborar*

Retomando el concepto de medicalización con los planes nutricionales, observamos una confusión entre los pacientes, en cuanto a valores, medidas y grupos de alimentos, un ejemplo de ello es en cuanto al cálculo, pues los entrevistados en algunos casos se referían a “puños”, tazas, onzas, mililitros, gramos etc., además de considerar que las recomendaciones nutriológicas contienen productos fuera de sus posibilidades económicas, o que no son tan sencillas de conseguir.

Otro aspecto interesante que se observó, es la delegación del cuidado nutricional hacia la mujer, en sus diferentes roles en la familia, como esposa, madre, hermanas etc., esto se debe a la función de la reproducción pues es la mujer quien inicia con la lactancia, es decir con la introducción del individuo a la cultura alimentaria, por lo tanto es la responsable de alimentar o no, de forma adecuada a la familia, por lo cual es así como lo menciona Pérez (2007) una madre de familia mal informada, nutrirá de forma inadecuada a sus hijos, sin embargo, a pesar de que la mujer es quien toma la decisión en las etapas del proceso alimentario, es la que más sufre las consecuencias de una mal nutrición, pues aún en diversas zonas de nuestro país, incluyendo las ciudades, se privilegia la mejor comida al hombre (ya sea esposo, padre o hijo).

*Supuesto II. El impacto de la dieta en las relaciones socio-culturales*

Al analizar el discurso de nuestros pacientes observamos una vivencia en común en todos, esto es el efecto del cambio de alimentación en su entorno socio-cultural que divide a los diabéticos, con los no diabéticos, se percibe una separación entre los individuos sanos y los enfermos, siendo así la familia la que en primer lugar aísla al paciente, ya que éste, no puede compartir los mismos alimentos que lo identifica como uno de los suyos.

*a) Los pacientes interpretan que la dieta afecta las relaciones familiares*

Un aspecto importante identificado en la gran mayoría de los pacientes, es la interpretación de que al seguir la dieta serán rechazados paulatinamente por su



familia, aislados de las actividades que se desarrollen entorno al acto de comer, fiestas, reuniones, etc., y esto se refuerza cuando el mismo paciente es tratado por su familia como el débil, el enfermo, al que se le tiene que preparar “comida especial”, rompiendo así lazos que solo se dan en la interacción familia-comida-convivencia; situación referida por García (2008) donde desde la perspectiva antropológica analizó la función familiar entorno a la alimentación, mencionando que además de tener función de orden fisiológico, es un proceso complejo en el cual intervienen factores familiares, sociales, económicos y cuyo resultado es la elección de los alimentos, de cómo prepararlos, donde, cuando y con quién consumirlos. En el caso de nuestros entrevistados prevalece la separación de vínculos, pues no comparte la misma comida que el resto de los miembros de la familia, por ello en algunos casos hay un auto-aislamiento, pues dejan de asistir a reuniones familiares, debido a que no pueden consumir la “comida normal”, que se interpreta como la comida que está preparada según los patrones familiares, costumbres y región geográfica a la que pertenecen; esto explica el porqué los pacientes diabéticos realizan solo algunos cambios en su dieta pero existe siempre la nostalgia por la comida normal.

*b) Los pacientes interpretan que la dieta influye en las relaciones sociales (amigos, compañeros de trabajo)*

Los entrevistados expresaron la dificultad de seguir la dieta al estar en eventos sociales, pues la comida es una actividad a la que asignamos un significado que va mucho más allá del aporte nutricional y del placer que nos proporciona. Los alimentos se utilizan como sistemas simbólicos que van desde una ceremonia religiosa hasta el almuerzo diario en la oficina, comer es una actividad con un profundo significado social. Prada (2006) menciona que un individuo al intentar cambiar de dieta, implica abandonar de fondo una práctica o costumbre que lo identifica dentro de su sociedad, para adoptar y poner en práctica una alimentación basada en las recomendaciones de los profesionales de la salud y esto, implica aceptar ante su grupo social, que su enfermedad lo hace diferente y el hecho de abandonar la práctica y preparación de alimentos aceptados previamente, conlleva rupturas y acomodación de las relaciones sociales; a este proceso se le llama “individualización alimentaria”, Entrena (2008) nos explica que este fenómeno actualmente está cambiando la construcción social de los hábitos alimentarios, debido a las condiciones de cada individuo como lo son enfermedades, edad, etc., esto rompe con lo que ha sido típico y hereditario en el hombre: el sentido cultural y fortalecedor de lazos sociales, llegando a ser un acto personal y aislado.

*a) Se interpreta que la dieta se contrapone a costumbres*

Los entrevistados nos refieren que al elegir la forma en que se cocinan los alimentos se encuentran con un dilema, tienen que dejar a un lado platillos que disfrutaban desde la infancia, lo cual les provoca tristeza, pues el significado de “una buena comida” es acompañarla con tortillas, frijoles, manteca, etc., éstos

ingredientes forman parte de afectos y vínculos emocionales, hábitos y costumbres que se heredan de generación en generación, por ello es difícil realizar un cambio, ya que se afecta la identidad del enfermo, tal y como lo podemos observar cuando los pacientes explican que a pesar de la prohibición médica, no dejarán de comer pozole en el mes de septiembre; Campillo (2008) refiere que parte de la identidad de una comunidad o etnia, son los alimentos que se consumen, pues éstos contienen historias asociadas con el pasado de quienes los comen, las técnicas empleadas para encontrar, procesar, preparar, servir y consumir; además su consumo siempre está condicionado por el significado, estos significados son un símbolo, por ello los alimentos son portadores de sentido, es decir, las formas en que los humanos dan sentido a la vida.

*b) Los pacientes interpretan que la dieta impacta en la situación económica*

Los resultados señalan que en el total de nuestros entrevistados, se vive una constante inquietud por el abastecimiento alimentario, existe un conflicto derivado de la situación económica que se esté viviendo; por lo tanto el paciente realiza ajustes en el presupuesto del hogar, lo cual afecta la calidad de la dieta, si esto no es suficiente más adelante, se limita la cantidad y la calidad de los alimentos que consumen; cabe mencionar que esta situación se origina de la creencia de que una dieta adecuada esta compuesta por alimentos de calidad y que éstos son costosos, y no se interpreta como una falta al tratamiento, el riesgo que se vive se subestima, ante la situación económica y bienestar de su familia; de acuerdo a lo que describe Salazar (2006) esta circunstancia la podemos vincular con el concepto de seguridad alimentaria en la cual se menciona que la inseguridad alimentaria incluye: a) el componente cuantitativo de tener suficientes alimentos; b) el aspecto cualitativo, concerniente al tipo y la diversidad de los alimentos; c) el elemento psicológico de ansiedad por la privación o la selección restringida de los alimentos, y d) el aspecto social, por las normas aceptadas para la adquisición de los alimentos. Siendo así un aspecto adicional que desequilibra la relación dieta-enfermedad crónica afectando directamente con problemas entre algunos de ellos emocionales y obesidad.

Cabe mencionar que al analizar los testimonios de los entrevistados, coincidieron en que a pesar de tener siempre algo de comer, mantienen una preocupación por la escasez de alimentos. Los resultados de este estudio constatan la naturaleza cíclica de la inseguridad alimentaria, los pacientes basan su dieta principalmente en productos tradicionales, tales como el maíz y el frijol, los cuales son más fáciles de almacenar que los alimentos perecederos, como carne y verduras.

*Supuesto III. El ejercicio como parte del tratamiento no farmacológico de la Diabetes mellitus tipo 2*

Los participantes de este estudio interpretan que la actividad física en primer lugar le dará beneficios sobre su salud, en general, y solo unos pocos reconocen que forma parte de su tratamiento, mencionan que rara vez se lo ha indicado el

personal de salud, pero lo afirman ya que lo han oído, en la T.V. o radio, es interesante mencionar que los pacientes que negaron de forma rotunda que el ejercicio coadyuve a su control metabólico tienen en común la edad, son mayores de 50 años y no cuentan con ninguna experiencia relacionada a la asistencia de algún club deportivo o gimnasio, simplemente relacionan la actividad física con la vanidad, debido a la actual cultura al cuerpo, que se vino gestando en nuestro país en los años ochenta por influencia de países occidentales, el cual el ideal de salud y belleza es un cuerpo esbelto.

*c) El ejercicio para que sea efectivo debe realizarse bajo supervisión*

Los datos recogidos en campo muestran que los pacientes interpretan que el ejercicio realizado por cuestión de salud, debe ser estrictamente vigilado por un experto, ya que muchos de ellos nunca han realizado ejercicio y otros cuando lo han hecho han sufrido lesiones por ello mencionan que estas situaciones les impiden continuar con un programa de actividad física continuo, pues se sienten abandonados, ya que desconocen si lo realizan de forma adecuada.

*d) El ejercicio se interpreta como una actividad que quita tiempo*

Esta aseveración la encontramos en los entrevistados que se encuentran económicamente activos, o tienen labores de cuidado doméstico, como las amas de casa, una vez más se minimizó la acción que el ejercicio físico desempeña en su tratamiento. Le asignan mayor importancia a otras actividades como el descanso mismo.

*e) La actividad física solo la debe realizar la gente obesa*

Los pacientes manifiestan un recelo hacia la obesidad, pues esta se califica como una enfermedad y un factor que agrava a la Diabetes mellitus, por lo tanto, los pacientes que tienen un peso adecuado a su estatura, interpretan que no necesitan el ejercicio a pesar de que su médico se lo indique.

*f) La dieta y el ejercicio se deben realizar cuando existen complicaciones de la enfermedad*

Los pacientes refieren que al presentar una complicación ya sea aguda o crónica necesitan una alternativa más en su tratamiento, hasta este momento solo se le da importancia al ejercicio físico, pues al decir de los entrevistados ya se agotaron otras medidas (dieta y fármacos).

## **23. CONCLUSIONES**

Los resultados de esta investigación muestran que en los casos estudiados la interpretación de la dieta como parte del tratamiento se basa en las elecciones alimentarias, cuando menos a nivel discursivo, pero también muestran que estas interpretaciones están basadas en ideas que no son del todo claras, y generan contradicciones. Estas contradicciones son producto de las condiciones sociales, económicas y políticas que están viviendo los pacientes actualmente. El consumismo ha generado productos que permiten la satisfacción inmediata, lo que se promueve por todos los medios de comunicación masivos, pero éstos ponen en riesgo la salud y de forma contradictoria se incentiva la compra de “platillos light” fomentando la creencia que un alimento adecuado para una dieta es costoso.

Los datos recolectados muestran que los pacientes interpretan que el ejercicio debe de ser realizado por individuos obesos o que presentan complicaciones de la DM, más que por cuestión de tratamiento y cambio de estilo de vida.

Los pacientes mayores de 50 años minimizan los efectos de la actividad física pues mencionan que actualmente, los medios de comunicación como T.V. o radio promueven cánones de belleza, donde ser delgado es la norma.

De esta forma, la población muestra tiene que enfrentar la decisión de realizar ejercicio considerando fundamentalmente su tiempo, sin afectar sus horas de trabajo o descanso, que le agrade y dentro del margen de posibilidades de su estrato socioeconómico.

En conclusión, los pacientes cumplirán mejor con el régimen dietético y actividad física cuando se sientan corresponsables en su tratamiento, en el momento que sean tomados en cuenta, ellos como enfermos, su familia y situación económica.

## **24. SUGERENCIAS**

Para mejorar la adherencia terapéutica es necesario dejar a un lado la despersonalización del tratamiento, e involucrar al paciente en su tratamiento preguntando qué estrategias, claves o asociaciones utilizan para realizar la dieta y el ejercicio y reforzarlas o corregirlas, según sea necesario. De igual forma se debe de evaluar en qué circunstancias su programa de dieta o actividad física le falla, por ejemplo, si en fines de semana, vacaciones, o algún momento específico del día y entender porqué ocurre.

La clave para evitar la falta de adherencia es fomentar una asociación entre el personal de salud y el paciente; el médico, enfermera y nutriólogo, pues son ellos quienes conocen técnicas, diagnósticos, opciones terapéuticas, de igual forma se debe reconocer que el diabético también es un experto, pues solo él posee la experiencia de su enfermedad, el conocimiento de sus circunstancias sociales, hábitos, conductas y actitudes de riesgo, expectativas, valores y preferencias. Y son ambos tipos de conocimiento que se requieren para manejar la enfermedad con éxito.

## 25. BIBLIOGRAFÍA

1. Porter R. Breve historia de la medicina. De la antigüedad hasta nuestros días. 1ª. Edición. Madrid: Taurus minor ; 2003. 234-36p.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2007. Diabetes Care. 2007; 30: s4-s41.
3. Jubiz W. Endocrinología Clínica. 2ª edición. México: El Manual Moderno; 2004. 158-60 p.
4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004 May; 27(5):1047-53.
5. Barceló A, Rajpathak S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. Pan Am J Public Health. 2001 Oct; 10(5):300-08.
6. Barceló A, Daroca M, Rivera R, Duarte E, Zapata A, Vorha M. Diabetes in Bolivia. Rev Panam Salud Pública. 2001; 10(5):318-23.
7. Jiménez JT, Palacios M, Canete F, Barriocanal LA, Medina U, Figueredo R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and associated cardiovascular risk factors in an adult urban population in Paraguay. Diabet Med. 1998; 15(4):334-38.
8. División Técnica de Información Estadística en Salud. La mortalidad en la población derechohabiente del IMSS, 2001. Rev Med IMSS. 2003 Feb; 41 (4): 345-54.
9. Vázquez JL, Gómez H, Fernández S. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev Med IMSS. 2006 Ene-Feb; 44 (1): 13-26
10. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, et al. La salud de los adultos. Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Pública de México. 2003; 2(1): 7-11.
11. Córdova JA, Barriguete JA, Lara A, Barquera S, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública de México. 2008 Sep-Oct; 50 (5): 419-27.
12. Barquera S, Tovar V, Campos I, González C, Rivera J. Geography of diabetes mellitus mortality in México: An epidemiologic transition analysis. Arch Med Res. 2003 May; 34 (5):407-14.

13. López JM, Salazar MA, Rodríguez JR, López ME, Manrique JM. Cistitis aguda en mujeres con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS. 2007 May; 45 (5): 503-12.
14. Gómez V, Zúñiga S, García E, Couttolenc MI. Control de la diabetes mellitus tipo 2. El índice de hiperglicemia como indicador. Rev Med IMSS. 2002 Nov; 40 (4): 281-84.
15. Oviedo MA, Pérez R, Castañeda R, Reyes H. Guía de alimentación para el paciente diabético tipo 2. Una propuesta aplicable a la atención primaria. Rev Med IMSS. 2000; 38 (4): 285-93.
16. García de Alba JE, Salcedo AL, Covarrubias V, Colunga ME, Najjar M. Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Rev Med IMSS. 2004 Jun; 42 (5): 395-404.
17. Ortiz M, Ortiz E. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. Revista Médica Chile. 2005; 133(1):307-13.
18. López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, Munguía C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México. 2003 Jul-Ago; 45 (4): 259-68.
19. Diccionario de la Real Academia Española. 9ª Edición. España: Coruña RAG ediciones; 2007. 1020 p.
20. Garza ME, Calderón C, Salinas AM, Núñez G, Villareal E. Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS. 2003 Jul; 41 (6):465-72.
21. Caballero JJ. La Etnometodología: Una explicación de la Construcción Social de la Realidad. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 1991 Oct-Dic; 56 (1): 83-114.
22. Zúñiga S, Islas S. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral. Rev Med IMSS. 2000; 38 (3):187-91.
23. Gaytán AI, García de Alba JE. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. Rev Med IMSS. 2006 Mar-Abr; 44 (2):113-20.
24. Vega L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Pública Mex. 2002; 44 (1):258-65.
25. López KH, Ocampo P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Archivos en Medicina Familiar. 2007 Abr-Jun; 9 (2): 80-86.

26. Bustos R, Barajas A, López G, Sánchez E, Palomera R, Islas J. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Archivos Medicina Familiar*. 2007 Jul-Sep; 9 (3):147-59.
27. Castro A. La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*. 2007 Abr; IX (1):26-33.
28. Noda JR, Pérez E, Málaga G, Aphan R. Conocimiento sobre “su enfermedad” en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Revista Médica de Heredia*. 2008 May; 19 (2):68-72.
29. García AM, Leiva F, Martos F, et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. *Medicina de Familia*. 2000 Jun; 1 (1): 14-19.
30. Foucault, M. *The Archeology of Knowledge*, (A. M. Sheridan-Smith trans). London: Tavistock.1972.
31. Blood AJ, Zatorre RJ. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 98: 11818-23.
32. Drewnowski A, Specter S. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004; 79: 6-16.
33. Guidonet A. Come, ¿y calla?. Alimentación, (des)medicalización y cultura. *Trabajo social y salud*. ISSN 1130-2976, 2005:51:333-360.
34. Lupton D. Food, risk and subjectivity. In: Williams SJ, ed. *Health, medicine and society, key theories, future agendas*. Londres: Routledge, 2000.
35. Pérez S, Díez S, Urdanivia C. Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud Pública Méx* 2007; Vol. 49(6):445-453.
36. García M, Pardío J, Arroyo P, Fernández V. Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. Estudio sobre las culturas alimentarias. 2008 Jun; XIV (27): 9-46.
37. Prada G, Gamboa E, García ML. Representaciones sociales sobre alimentación saludable en población vulnerable. 2006 Jun; 38: 181-188.



38. Entrena F. Globalización, identidad social y hábitos alimentarios globalization, social identity and food habits. Rev. Ciencias Sociales.2008 may; (I):119: 27-38.

39. Campillo JE. Alimentación y salud 2006: un laberinto cultural y científico. Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía, ISSN 1137-439X, Nº. 30, 2008 (Ejemplar dedicado a: Usos y costumbres en la alimentación / coord. por Esther Rebato Ochoa): 7-14.

40. Salazar H. 56 La seguridad alimentaria y nutricional. Un concepto integrado e integrador.Vector. 2006 Dic;1:51-56.



# ANEXOS

## Anexo 1.

<b>VARIABLE DE ESTUDIO</b>						
	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORIZACIÓN</b>
<b><i>Interpretaciones sobre el tratamiento no farmacológico</i></b>	Representaciones mentales complejas consideradas como una respuesta a los acontecimientos cotidianos de las personas.	Información otorgada por el sujeto en la entrevista	No Necesaria	Cualitativa	Nominal categórica	De acuerdo a las encontradas en los discursos de los participantes.
<b><i>Adherencia terapéutica</i></b>	Grado en que el cumplimiento de una persona ya sea tomar un medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en el modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria	Información otorgada por el sujeto en el cuestionario	Total de preguntas contestadas en forma correcta	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (100% de respuestas correctas) No( una o más respuestas incorrectas)

**VARIABLES UNIVERSALES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORIZACIÓN</b>
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas que distinguen a los individuos entre hombres y mujeres	Fenotipo referido por el participante durante la entrevista	No necesaria	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el tiempo de interrogación medido en años	Edad referida por el participante en la entrevista	No necesaria	Cuantitativa	Razón	Número de Años cumplidos referidos por el participante a partir de los 18 años.
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Información otorgada por el sujeto en entrevista	No necesaria	Cualitativa	Nominal categórica	1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado (a) 4. Divorciado (a) o separado (a) 5. Viudo (a) 6. Otro
<b>Escolaridad</b>	Número total de años de estudios concluidos (sin contar los años perdidos por reprobación o repetición)	Información otorgada por el sujeto en entrevista	No necesaria	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Bachillerato incompleto 6. Bachillerato completo 7. Otra
<b>Ocupación</b>	Principal actividad realizada durante el día	Actividad referida por el participante.	No necesaria	Cualitativa	Nominal categórica	1. Activo 2. No activo
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias, dogmas o de normas morales para la conducta individual y social.	Tipo de religión referida por el paciente	No necesaria	Cualitativa	Nominal categórica	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 5. Otras

## Anexo 2

	AÑO 2008					AÑO 2009					AÑO 2010						
	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Ago	Sep Oct	Nov Dic	Ene Feb	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Ago	Sep Oct	Nov Dic	Ene Feb	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Ago	Sep Dic	Ene Feb
Capacitación en Investigación y estadística I		☺	☺	☺													
Selección del tema de investigación.		☺	☺	☺													
Búsqueda de bibliografía y elaboración del anteproyecto de investigación				☺	☺		☺										
Presentación para aprobación por el Comité Local de Investigación					☺												
Solicitud de registro del proyecto de investigación al Comité Local de Investigación de la UMF. 94.						☺											
Trabajo de campo (Integración de la muestra)							☺										
Aplicación del cuestionario de adherencia y realización de entrevistas							☺	☺	☺	☺							
Análisis de las entrevistas y elaboración de resultados											☺						
Elaboración de conclusiones y sugerencias.											☺	☺					
Presentación para revisión del trabajo terminado por el Comité Local de Investigación												☺					
Capacitación para la elaboración escrito medico y elaboración														☺			
Impresión de trabajo final y difusión del trabajo															☺		

☺ Programado

☺ Realizado

### Anexo 3

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad de Medicina Familiar No. 94  
Jefatura de Educación e Investigación en Salud

### Consentimiento Informado para Estudio de Investigación

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar de forma voluntaria y consciente en el estudio de investigación "Interpretaciones sobre el tratamiento no farmacológico en pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 con y sin adherencia a las mismas" registrado ante el Comité local de Investigación Médica con el número 3515 cuyo objetivo es comprender las diferencias entre la interpretación del paciente diabético tipo 2 con y sin adherencia terapéutica, sobre las indicaciones médicas respecto a la dieta y ejercicio.

Teniendo el conocimiento que este estudio está a cargo del médico residente de la especialidad de Medicina Familiar Mariana Medina Reyes. Reconozco que se me ha informado ampliamente y de forma precisa sobre mi participación en este estudio, que consistirá en contestar por escrito el instrumento de evaluación que se me proporcionara así como participar en una serie de entrevistas que serán audiograbadas en las que se indagará sobre mis opiniones personales con respecto a las indicaciones médicas.

De igual forma se me ha informado sobre la protección de mi privacidad, omitiendo mi nombre cuando se den a conocer los resultados de esta investigación. Me doy por enterado (a) que los datos obtenidos serán de uso privado y exclusivo y que tengo el derecho de conocerlos. Estoy informado (a) de las situaciones que implican para mí la participación en este estudio, los cuales son: sin riesgo para mi salud, inversión de tiempo para la resolución de tests y entrevistas, y los beneficios de conocer los resultados de forma personal por parte del investigador.

Comprendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte mis beneficios que me ofrece el IMSS. Es mi decisión libre, conciente e informada de aceptar en participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ACEPTANTE.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
DRA. MARIANA MEDINA REYES R3 MF  
99367474

## Anexo 4

---

### CUESTIONARIO SOBRE EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO (dieta y ejercicio) EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Cuestionario #:

Fecha:.....

Nombre: .....

Sexo: Mujer    Hombre

Edad:..... años

Fecha de nacimiento:.....      Estado civil: .....

Escolaridad:.....

Ocupación:.....      No trabajo: .....

Instrucciones

Este es un cuestionario diseñado para conocer su adherencia al tratamiento no farmacológico (dieta y ejercicio).

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted realiza. Por favor sea lo más sincero posible sus respuestas de ninguna manera influirán en la atención que usted recibe. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida. Le suplicamos responder todas las preguntas. Por su participación muchas gracias.

---

1. ¿Se olvida alguna vez de seguir la dieta adecuada para el control de su Diabetes?

Si		No	
----	--	----	--

2. ¿Se olvida alguna vez de realizar actividad física para el control de su Diabetes?

Si		No	
----	--	----	--

3. ¿Realiza actividad física de forma constante?

Si		No	
----	--	----	--

4. ¿Deja de hacer su dieta cuando se encuentra bien?

Si		No	
----	--	----	--

5. ¿Deja de hacer ejercicio cuando se encuentra bien?

Si		No	
----	--	----	--

6. ¿Dejó usted de hacer la dieta por que alguna vez le sentó mal?

Si		No	
----	--	----	--

7. ¿Dejó usted de hacer actividad física por que alguna vez le sentó mal?

Si		No	
----	--	----	--

8. La mayoría de las personas, por una u otra razón; tienen dificultad para cumplir con la realización del ejercicio físico, ¿tiene usted dificultad en seguirlo?

Si		No	
----	--	----	--

9. La mayoría de las personas, por una u otra razón; tienen dificultad para cumplir con la realización de la dieta, ¿tiene usted dificultad en seguirla?

Si		No	
----	--	----	--

10. Muchos pacientes tienen dificultad para realizar ejercicio ¿Por qué no me comenta como le va a usted? (Anotar lo que comenta el paciente):

---

---

---

---

\* Basado en Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID) y Test Morinsky-Green

La última pregunta (10) es abierta y se considera su análisis de forma individual.