



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CAMBIO EN LOS ESTILOS DE VIDA: VISION CUALITATIVA DEL APEGO AL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

**MEDEL ROMERO BRENDA CINTIA**

No. DE CUENTA 09532993-6

**NIVEL ACADÉMICO: LICENCIATURA**

ASESORA: MAESTRA LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D.F.

FEBRERO DEL 2005



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m. 342075



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.

## AGRADECIMIENTOS:

### *A MIS PADRES:*

*Por mostrarme con su ejemplo, que ninguna meta es imposible de alcanzar, ser los cimientos de mi educación y apoyo incondicional en mi vida.*

### *A MI ABUELA, TIAS Y TIOS.*

*Porque sin su apoyo no hubiera alcanzado esta meta.*

### *A LA MAESTRA ELLIANA.*

*Gracias por la confianza, la libertad de ejercicio y por mostrarme las fuentes de conocimiento.*

*Porque la lección de vida que he adquirido al participar junto con ella, en este proyecto, será base primordial, no sólo para mi desempeño profesional, sino para todos los aspectos de mi ser.*

### *A LOS MAESTROS:*

*MANUEL AMEZCUA  
CHARLOTTE RAPPJLBER  
ERIK LANDEROS  
Y VERONICA FLORES*

*Por brindarme parte de su tiempo y compartir sus conocimientos, experiencias y consejos, los cuales enriquecieron enormemente el presente trabajo.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Hedel Romero  
Brenda Cortiz  
FECHA: 16 de marzo del 2015  
FIRMA: [Firma]

## DEDICATORIAS

*A MI HIJA:*

*Por ser la que ha tolerado mis ausencias y la que me impulsa a mejorar día a día.*

<b>CONTENIDO</b>	<b>página</b>
INTRODUCCIÓN	1
<b>CAPÍTULO I</b> ANTECEDENTES	
1.1 Estudios previos.	3
1.2 Definición del problema.	7
1.3 Justificación.	8
1.4 OBJETIVOS.	9
1.4.1 Objetivos generales.	
1.4.2 Objetivos específicos.	
<b>CAPÍTULO II</b> MARCO REFERENCIAL	
2.1 Diabetes: Un problema de salud pública.	10
2.2 La educación en el área de la salud.	14
2.3 Promoción de estilos de vida saludables.	16
2.4 Cumplimiento o Adherencia.	17
2.5 Conductas relacionadas al cuidado de la salud.	19
<b>CAPÍTULO III</b> METODOLOGÍA	
3.1 Diseño.	23
3.2 Universo, Población y Muestra.	23

3.3 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.	23
3.4 Material y Equipo.	24
3.5 Métodos.	25
3.6 Análisis de datos.	25
<b>CAPÍTULO IV</b> <b>HALLAZGOS</b>	
4.1. Cualitativos.	29
4.2. Cuantitativos.	37
<b>CAPÍTULO V</b> <b>DISCUSIÓN</b>	45
<b>CAPITULO VI</b> <b>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	49
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	51
<b>ANEXOS</b>	56
<b>Instrumentos</b>	57
<b>Entrevistas</b>	65

## INTRODUCCION

En los últimos años las enfermedades crónicas, también conocidas como Enfermedades no trasmisibles han cobrado una importancia epidemiológica sin precedentes. La causa de estas enfermedades es multifactorial e incluye aspectos como el cambio en los hábitos alimentarios, sedentarismo y una esperanza de vida mayor. Parte de la solución para esta problemática, es la aplicación de programas educativos que contrarresten la avalancha de estilos de vida poco saludables que ha adquirido la sociedad actual.

Es precisamente en la educación para la salud que el profesional de enfermería encuentra un amplio campo de acción y por tanto, surge la necesidad de encontrar estrategias eficaces que ayuden a cumplir con este reto.

Por lo anterior la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia como Centro colaborador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dependencia de la Organización Mundial de Salud (OMS), se ha interesado en establecer programas de investigación, que puedan contribuir con nuevos conocimientos sobre este tema, dando como origen al Proyecto de Intervención en Enfermería dirigida a los Estilos de Vida para la Prevención y Cuidado de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (ESVIDIM-2), el cual contó con el respaldo del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).

De dicho programa se desprende el presente trabajo cuyo tema surge a partir de la evaluación que se realizó a un grupo de personas que participaron en la segunda fase del proyecto ESVIDIM 2 donde, después de realizar un estudio epidemiológico de la población de San Luis Tlaxiátemalco y detectar a la población diabética y en riesgo de padecerla, (primer fase) se continuó con la aplicación de una estrategia educativa para medir el impacto que ésta tendría en los parámetros físicos de los participantes, (segunda fase) habiendo obtenido resultados favorables. El programa educativo en diabetes fue organizado e impartido por los Pasantes de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en el mes de julio del 2002, donde los principales temas fueron: ¿Qué es la diabetes?; plan alimentario y diabetes; los beneficios de la actividad física en la diabetes ;el estrés y técnicas de control.

Al realizar la evaluación, además de aplicar cuestionarios sobre conocimientos en éstas cuatro áreas (elaborados por los propios investigadores), se tomaron parámetros clínicos (peso, talla, índice de masa corporal, perímetro de cintura y cadera, tensión arterial y glucosa capilar) para obtener datos cuantitativos, pretest – postest. A partir del análisis de datos, se concluye que el programa educativo tuvo un impacto favorable en los indicadores de salud.

A un año de distancia, se decide dar seguimiento a este grupo de personas y rescatar mediante un estudio cualitativo las experiencias que ayuden a establecer si existió o no adherencia a las enseñanzas impartidas en el programa educativo, para la adquisición de estilos de vida saludables, encontrándose un panorama poco alentador. Al repetir la aplicación de los cuestionarios sobre conocimientos, se encontraron variaciones negativas, lo que indica ausencia de un aprendizaje significativo y /o que no hay una consulta frecuente de los cuadernos – guía, entregados al finalizar el programa. Este dato se corrobora al repetir las mediciones antropométricas y clínicas, donde se observan incrementos poco favorables para la salud.

El presente trabajo es la descripción del seguimiento realizado a los usuarios que participaron en el programa educativo en el 2002 y del acercamiento a los motivos personales y sociales que favorecen o entorpecen la adherencia a los consejos de salud que se dan en estos programas.

El trabajo está integrado por cinco capítulos: en el primero se muestran investigaciones previas relacionadas al tema en estudio, se enmarca la problemática de la Diabetes Mellitus, se justifica el estudio y se plantean los objetivos del presente trabajo. El capítulo dos incluye el marco conceptual acerca de la Diabetes Mellitus, la Educación para la Salud, la Adherencia a los Tratamientos y las Conductas Relacionadas al Cuidado de la Salud. El capítulo tres describe la Metodología utilizada en la presente investigación.

En el cuarto y quinto capítulos se integran los resultados del estudio y las conclusiones y sugerencias respectivamente.

## CAPITULO I.

### ANTECEDENTES.

#### 1.1 Estudios previos.

La eficacia de la educación, para mantener niveles adecuados de los indicadores de salud como tensión arterial o niveles de glucosa entre otros, ha quedado documentada en varias investigaciones como la realizada en tres Unidades de Medicina Familiar del IMSS de Nuevo León donde se evaluó el impacto de una estrategia educativa en el paciente diabético tipo 2. Se incluyeron 43 diabéticos tipo 2, entre 25 y 60 años de edad, 5 a 20 años de evolución y una última glucemia >150 mg/dl, seleccionados al azar de tres clínicas de medicina familiar. La intervención fue de tres horas diarias por una semana mediante técnicas expositivas y demostrativas. Obteniendo resultados a los tres meses, observando que la estrategia educativa no sólo funcionó para la ganancia en conocimiento, sino indujo también niveles normales de glucemia, hemoglobina glucosilada, pérdida de peso en promedio de 2.7 kg, niveles normales de tensión arterial y disminución de los requerimientos terapéuticos (insulina) en los pacientes. (Puente, Salinas, Villarreal 1999).

En Durango, México se realizó un estudio de eficacia de la educación en el control de la glicemia en pacientes con DM2. En un estudio de intervención educativa integrada por 60 pacientes diabéticos en 2 grupos, uno de intervención y el otro de control, en donde los resultados fueron, que la educación contribuyó a reducir la glucemia en ayuno de  $174 + 60.2$  mg/dl a  $138 + 39.6$  mg/dl e incremento el conocimiento sobre la diabetes en 73.3% en comparación con el grupo de control en donde no hubo cambios. Este estudio concluye que la educación sobre diabetes con un modelo interactivo, mejora el conocimiento sobre la enfermedad y contribuye a disminuir la glucemia en ayunas. (Lazcano, 1999).

Sin embargo se encontraron pocos estudios donde se haya realizado seguimiento de los grupos a quienes se les impartió educación diabetológica:

En un estudio longitudinal del área de Psicología, realizado en Tepic Nayarit, con pacientes diabéticos tipo 2 e hipertensos, se realizó una intervención psicológica y se tomaron mediciones antropométricas: dependientes (antes y después) e independientes (grupo experimental y grupo control) y con dos evaluaciones de seguimiento. Esta intervención se centró en el cambio de creencias en relación con las conductas de adherencia (dieta, ejercicio y control de peso), creencias acerca de la causa del padecimiento, la capacidad de cumplir con las indicaciones médicas (autoeficacia), de la expectativa del tratamiento, del locus de control; así como en la adquisición de habilidades para las conductas de autocuidado: autocontrol de emociones y automonitoreo

de las variables fisiológicas indicadoras del padecimiento (presión arterial y glucosa capilar). La base teórica fue el enfoque cognoscitivo conductual, por la importancia que éste designa a los principios del aprendizaje en el intento de cambiar el comportamiento, en el modelo básico de cambios de creencias (terapia racional de Ellis y Abrahms), en la instrumentación de la técnica de relajación cognoscitivo-conductual, que se apoya en los procesos cognoscitivos para el desarrollo de la relajación profunda, complementándose además con los principios básicos del método de Günther: autoregistro, autorefuerto, autovaloración y autocastigo, en el logro de la conducta de autocontrol. La intervención multidisciplinaria se realizó durante seis meses con sesiones semanales para cada grupo. Durante el programa a ambos grupos se les impartió pláticas educativas; la intervención psicológica (variable independiente) sólo fue aplicada al grupo experimental. Los objetivos principales fueron lograr la adherencia terapéutica y, como consecuencia, el control del padecimiento. Los resultados mostraron una mayor adherencia al tratamiento en el grupo experimental: 98% de los pacientes siguió la dieta, 94% hizo ejercicio y 66% controló el peso; y un mejor control del padecimiento: 95% de los pacientes controló la presión arterial sistólica, 93% la presión arterial diastólica y 41% la glucosa capilar. Estos resultados se mantuvieron durante la fase de seguimiento (nueve meses). A pesar de que la adherencia se mantuvo en el grupo experimental, se observa un decremento entre la medición post intervención y el seguimiento a los 4 y 9 meses, lo que demuestra una vez más el riesgo de mantener la adherencia con el paso del tiempo (Jáuregui J. T.; de la Torre, A.; Gómez, G. 2002).

A pesar de la importancia del análisis de los métodos educativos y los factores que del paciente dependen para lograr los objetivos de la EPS, no existen muchas investigaciones, desde la perspectiva cualitativa, que guíen el presente intento por dilucidar los principales factores que influyen para que la teoría sea llevada a la práctica.

En una investigación cualitativa que se realizó en las ciudades de Guadalajara, Monterrey y Mérida (donde se presenta una alta incidencia de Diabetes Mellitus) se pretendió identificar el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus (DM) entre hombres y mujeres de 40 a 55 años y conocer y comprender sus actitudes, prácticas de salud y alimentación como primer paso en la planeación de una estrategia de comunicación para prevenir y controlar la DM. Los principales resultados arrojaron que la población desconoce las causas y efectos de la DM, la asocia con aumentos de azúcar, y atribuye su origen a emociones fuertes. Persiste una escasa cultura de la prevención, existe un concepto fatalista de las enfermedades y hay una gran renuencia a visitar al médico. En cuanto a la alimentación, importa más la cantidad y el gusto que la calidad. El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, atenta contra el gusto, la costumbre y aísla a la familia. El consumo de carne está sobre valorado y el de verduras relegado. El paciente prefiere un control externo (medicamentos) que interno (dieta). La práctica

vigente en la atención de la DM enfatiza la detección y el control, sobre la prevención (Mendoza, F, et. al. 1999).

En cuanto a la adherencia al tratamiento se han llevado a cabo diversos estudios, encaminados a identificar los principales factores que intervienen en el incumplimiento de las recomendaciones médico – sanitarias.

En un Proyecto de Educación en Diabetes a nivel comunitario, se diseñó una metodología que permitió analizar la adherencia a la dieta de un grupo de pacientes diabéticos no insulino dependientes (DMNID). Diecinueve pacientes participaron durante seis meses en 16 sesiones educativas sobre el tratamiento de la DMNID y donde el elemento de la dieta tuvo un papel preponderante la metodología utilizada permitió analizar la adherencia en términos de si se cumplieron o no las recomendaciones dietéticas establecidas. Tanto al inicio como al final del estudio, se les realizó a los sujetos un examen físico que incluyó valoración antropométrica: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), relación cintura - cadera (CC/CA); valoración bioquímica: lípidos séricos, glicemia, hemoglobina glucosilada (HbA1c); y evaluación del consumo de alimentos. El análisis de adherencia solo se realizó para los principales elementos de la dieta que se asocian con el tratamiento de la enfermedad (energía, carbohidratos, grasa total, grasa saturada, colesterol y fibra). Para este análisis se desarrolló una metodología cuantitativa que permitió analizar la adherencia en términos de si se cumplen o no recomendaciones dietéticas establecidas.

Para esto se plantearon metas de tratamiento dietético que se utilizaron para observar el comportamiento de la adherencia a la dieta, al compararse con la ingesta real de los diferentes nutrientes evaluados, antes, durante y después de la intervención educativa se estableció una clasificación para determinar el grado de adherencia en la que se incluyeron las categorías buena, regular, mala. Los rangos utilizados en la clasificación se realizaron con base en los propuestos por Ney, et al. en 1983 además, se consideraron las recomendaciones dietéticas para diabetes y enfermedad cardiovascular. Al final del proceso, la adherencia a las recomendaciones de energía, carbohidratos, grasa total y colesterol se ubicó en categoría de "buena adherencia" ; para grasa saturada y fibra la adherencia fue catalogada como "regular", situaciones que se reflejaron en las variaciones obtenidas en la composición de la dieta. En conclusión, la adherencia a la dieta es un proceso lento y continuo que resulta de la conjunción de la información clara y sencilla que se transmite al paciente, y su interacción e incorporación a las prácticas de la vida diaria (Padilla G, Aráuz A y Roselló M 1997).

En 4 clínicas y hospitales del de la Ciudad de México se reunió una muestra de 79 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). Se realizaron visitas domiciliarias entre marzo de 1998 y agosto de 1999 con el fin de contar los medicamentos. Se definió cumplimiento cuando el paciente administró correctamente

80% de las pastillas o la dosis de insulina que le correspondía. Además se midió el grado de cumplimiento en medidas terapéuticas como la dieta, el ejercicio, y la asistencia a citas. Los resultados arrojaron los siguientes datos. La frecuencia de incumplimiento global fue de 39%. La frecuencia de incumplimiento en el grupo donde se pudo llevar a cabo el conteo de medicamentos fue 62% para la dieta, 85% para el ejercicio, 17% para la aplicación de insulina y 3% para la asistencia a citas. De lo anterior podemos concluir que la dieta y el ejercicio son los puntos donde más incumplimiento existe (Hdez. Ronquillo, et.al. 2002).

Otro estudio realizado en Chihuahua entre 1997 y 1998, con una muestra de 150 pacientes con DMT2, confirma la baja adherencia al tratamiento farmacológico y concluye que los factores más relacionados a esta situación son la baja escolaridad y la falta de información sobre la enfermedad. Factores que pueden ser modificables con educación (Durán, B, et. al. 2001). Lo cual coincide con un estudio realizado en cinco ciudades de América Latina (Bogotá, Río de Janeiro, Sao Paulo, Santiago de Chile y Temuco) donde se investigó la relación entre el nivel educativo y la prevalencia de varios factores de riesgo en las ENT, observándose que a mayor nivel educativo, menor era el índice de masa corporal y la presión arterial sistólica. (Duncan, et.al.1993).

En otro estudio cuali-cuantitativo se seleccionaron 10 jóvenes con diabetes tipo 1 para darles sesiones educativas sobre cuidados de la enfermedad. Al finalizar, se evaluaron los conocimientos y se tomaron parámetros clínicos que se compararon con los obtenidos antes de las sesiones. Además se incluyeron aspectos de la conducta. Los resultados mostraron las principales dificultades en la adherencia al tratamiento de su diabetes que se centran en: 1) adaptabilidad del tratamiento al estilo de vida, principalmente en las actividades de ocio. 2) independencia / autonomía: no quedan claros los límites entre lo que se percibe como ayuda y supervisión. 3) autorrepresentación, se encontró que algunos participantes se consideraban mejor que los no diabéticos, lo que dificulta la adaptación de la enfermedad a un estilo de vida normalizado. 4) preocupación por la posibilidad de heredar la enfermedad. 5) trasgresión en el cumplimiento de las pautas de tratamiento. El grupo investigador concluye que el origen de la mayoría de estas trasgresiones es el no ser consciente de que su comportamiento actúa sobre su salud y valorar poco el efecto de las conductas saludables, como el ejercicio y control del estrés (Menéndez, E, et.al. 1999).

En un estudio cualitativo, que tenía como objetivo definir las capacidades de autocuidado de pacientes diabéticos, en la ciudad de México, se resalta la importancia de incluir la observación de las capacidades de los pacientes para conseguir el apego al tratamiento, más allá de la simple transmisión de información. En este estudio se basan en el modelo de Backscheider sobre capacidades especializadas y sus resultados presentan baja capacidad para percibir eventos internos y externos ( por ejemplo, no hay identificación de los signos y síntomas que diferencian la hipoglucemia de la hiperglucemia) lo que dificulta mantener el nivel de glucemia bajo. Por otro lado, al

evaluar el estilo de vida del diabético, se observa una vida más organizada pero más retraída lo que los predispone para presentar estados depresivos, temor y obsesión (Gallegos, et.al. 1999).

Por otro lado, se ha encontrado que a pesar de que las mujeres asisten con mayor frecuencia a los controles y programas de enfermería en diabetes, las cifras de glucemia y obesidad son más altas en comparación a los hombres. De la muestra total (1076) el 50% tienen mal control glucémico. De los tres tipos de tratamiento: 1. dieta, 2. antidiabéticos orales y 3. insulina; es este último grupo en el que se presenta el mayor porcentaje de no control. Por esto, se pone de manifiesto la exigencia de analizar las necesidades de cada paciente y eliminar las recomendaciones estereotipadas (Rubio, et.al. 2000).

En una investigación sobre tratamiento en la Hipertensión Arterial, quedó de manifiesto la importancia que tiene el contexto cultural y familiar del paciente para el logro de objetivos de autocuidado. Además los usuarios entrevistados calificaron como importante, las muestras de preocupación y la empatía que tenían hacia ellos el personal de enfermería, lo que a su vez facilitaba el acercamiento de los pacientes a los servicios de salud (Price, Y. Muñoz L. 2003). Lo cual es coincidente con los resultados obtenidos por Magalhães Moreira, T. M. y Leite de Araújo, T, (1999) quienes también observaron que en la mayor parte de los casos no se establece un acuerdo entre paciente y profesional con relación al tratamiento, lo que dificulta su adherencia.

## **1.2 Definición del problema.**

Como se puede observar, en muchas de estas investigaciones se parte del hecho de que los participantes no cuentan con educación diabetológica previa, y todas hacen hincapié en la importancia que tiene ésta para aumentar las cifras de adherencia a los tratamientos.

En este caso, como ya se mencionó, se decidió dar seguimiento a un grupo de personas que había recibido educación diabetológica encontrándose un panorama poco alentador. Al repetir la aplicación de los cuestionarios sobre conocimientos, se encontraron variaciones negativas, lo cual hace suponer falta de adherencia a las enseñanzas. Este dato se corrobora al repetir las mediciones antropométricas y clínicas, donde se observan incrementos poco favorables para la salud.

Por lo anterior se considera necesario conocer acerca de las experiencias que faciliten o dificulten la modificación de estilos de vida nocivos a través de la adherencia al tratamiento no farmacológico para la DMT2, para lo cual se ha formulado la siguiente pregunta de investigación

¿Cuáles son las experiencias, que partiendo de un programa educativo, facilitan o dificultan la adherencia a las enseñanzas sobre tratamiento no farmacológico en los temas de plan alimentario, práctica de ejercicio y control de estrés en usuarios diabéticos o con factores de riesgo de padecer DMT2?

### **1.3 Justificación.**

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud, por lo que una de las metas más importantes de enfermería es el orientar los cuidados hacia la prevención de enfermedades y/o sus complicaciones, a través de una serie de pasos que se vuelvan cotidianos y ejerzan su influencia, no sólo en el individuo sino en todo el núcleo familiar. Guiar al usuario, dándole herramientas de conocimiento científico pero dentro del entorno propio de la persona, puede favorecer que se adopten conductas saludables que eleven el concepto de autoeficacia acerca de los factores internos y externos que influyen en un padecimiento.

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios esfuerzos y destinos.

Las enfermeras constituyen el elemento más numeroso del sistema de servicios de salud, hecho que por sí mismo brinda la oportunidad de investigar las necesidades del cuidado a la salud... e identificar la aplicación directa de conocimientos en la práctica (Ramachandra et. Al 1998). Por el impacto que la educación para la salud (EPS) puede alcanzar, es necesario desarrollar estudios que ayuden a establecer los mecanismos que más relacionen al usuario con el proveedor y garanticen la consecución de objetivos de autocuidado y salud, así como mayor adherencia a los tratamientos, identificar las técnicas más apropiadas de intervención así como los factores que interfieren para que estos conocimientos sean llevados a la práctica.

Las siguientes cifras muestran el problema de salud y el costo que representa la Diabetes Mellitus actualmente.

1. Se estima que en México existen 4.8 millones de personas con diabetes y el 30 por ciento desconoce que la padece.
2. El costo anual del tratamiento de un diabético en control es entre 1,960.00 y 4,150.00 pesos, basado en la compra de medicamentos, 9 glucemias en laboratorio, 156 monitoreos de glucosa capilar, 12 consultas de médico general y 2 con especialista y una batería de exámenes de laboratorio entre los que están niveles de

Colesterol Total (CT), Triglicéridos (T), lípidos de alta densidad (HDL por sus siglas en inglés) y Examen General de Orina (EGO).

3. El costo anual del tratamiento de un diabético con complicaciones micro ó macrovasculares es entre 6,860 y 14,525 pesos; y se estima que alrededor del 45 por ciento presentan retinopatía diabética y el 10 por ciento enfermedad coronar.
4. El costo directo de captación de un caso de diabetes ó de Hipertensión Arterial fue de \$80.45 pesos.
5. El 50 por ciento de los pacientes presenta complicaciones después de los 10 años y 80 por ciento a los 20 años del diagnóstico.

Los siguientes números muestran los alcances que tendría una EPS en Diabetes, más eficiente, para la población en riesgo o que ya padece la enfermedad.

1. Al reducir la prevalencia de diabetes entre el 1.5 y el 3 por ciento en los próximos tres años, se evitarían entre 878,000 mil casos a 1,756,000; con un ahorro mínimo de 7,251 millones en los tres años.
2. Con un impacto a mediano plazo al retrasar la incidencia de diabetes entre el 1 y 2 por ciento bianual, es decir un millón 170 mil pacientes se retrasaría la enfermedad; con un ahorro mínimo de 4,855,000 millones de pesos anuales.

## **1.4 Objetivos.**

### **1.4.1 Objetivo general.**

Conocer cuales son las experiencias que, a partir de un programa educativo, facilitan o dificultan la adherencia a las enseñanzas sobre tratamiento no farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 y personas con riesgo de padecerla en una comunidad semiurbana de San Luis Tlaxialtémaco, Xochimilco.

### **1.4.2 Objetivo específico.**

Identificar las experiencias que puedan utilizarse con los usuarios para facilitar la adherencia al cambio de hábitos y la adquisición de estilos de vida saludables en relación a la actividad física, la alimentación y el control del estrés.

## CAPITULO II

### MARCO REFERENCIAL

#### 2.1 Diabetes: un problema de Salud Pública.

Las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades de salud.

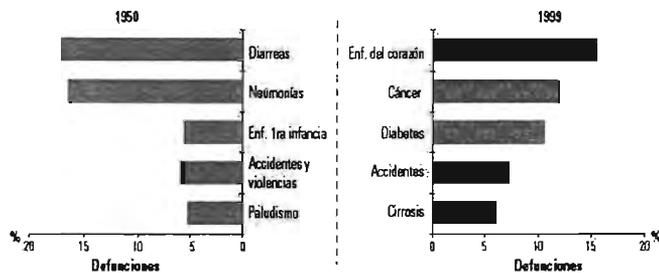
En 1985, por cada 10 muertes debidas a una enfermedad transmisible, se producían 15 por una Enfermedad no Transmisible (ENT), y hoy se producen 34; son varias las razones que explican este cambio, todas ellas interrelacionadas: se ha producido una rápida urbanización e industrialización; la fecundidad ha bajado y la esperanza de vida ha subido, con el consiguiente envejecimiento de la población; ha habido cambios en los estilos de vida y, finalmente, el acceso a los servicios de salud y su efectividad han mejorado.

Como resultado las ENT son ahora las principales causas de muerte y lo seguirán siendo en el futuro (Gráfica 1). Se prevé que para el año 2015, por cada 10 defunciones atribuidas a una causa infecciosa, habrá 70 fallecimientos por causas no transmisibles

Las ENT afectan a todos los grupos socioeconómicos e imponen dos tipos de cargas: por una parte, afectan la productividad de los individuos y su capacidad para generar ingresos y, por otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo.

**Gráfica 1**

**Transición epidemiológica de las cinco principales causas de muerte en México**



Fuente: INEGI/DEGÉ-DG. EPID. CNVE. SSA.

Las ENT más frecuentes son evitables en gran medida. La prevención está dirigida a evitar la aparición de los factores de riesgo que anteceden a la presentación de la enfermedad, o bien, a tratar dichos factores lo antes posible. El incremento de la ENT y la posibilidad de evitarlo hacen apremiante e impostergable la puesta en marcha o el refuerzo de programas preventivos, destinados a modificar la prevalencia de los factores de riesgo, particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes. La realidad es que la carga ocasionada por las ENT es cada vez mayor, aunque coexista con otros problemas. De ahí que actualmente se realice en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico, Uruguay y Canadá, acciones combinadas y coordinadas de promoción de la salud, en la comunidad y los centros de salud (programa CARMEN), con un costo relativamente bajo y un nivel de beneficio sustancioso.

Una de las ENT que más ha interesado a los profesionales del área de la salud es la Diabetes debido al ascenso de su prevalencia en todo el mundo, para 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes; en 1995 esta cifra creció a 135 millones, y se espera que en el año 2025 sea de 300 millones. Los diez países con más casos en el mundo son, por orden de frecuencia India, China, EUA, Rusia, Japón, Brasil, Indonesia, Pakistán, México y Ucrania, de continuar con esta tendencia México en el año 2025 ascenderá al séptimo lugar (OMS, 2000).

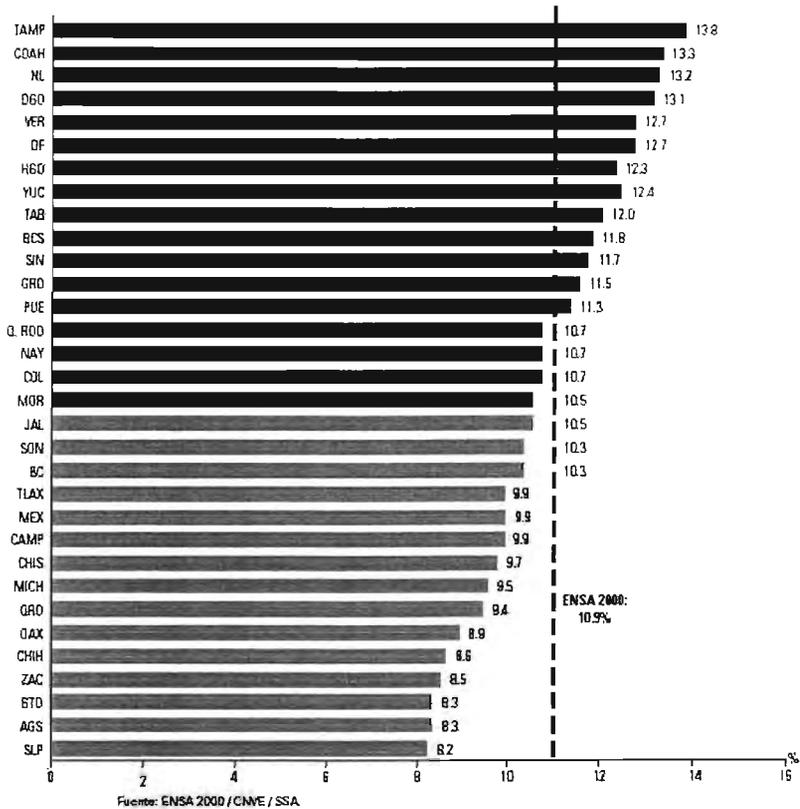
La organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 1999 ocurrieron 55,965,000 muertes y de estas el 1.4 por ciento fueron debidas a la diabetes; para ese mismo año en América ocurrieron 5,687,000 defunciones y alrededor del 3.7 por ciento, fueron registradas como diabetes, se calcula que debido a problemas específicos de registro deficiente, la diabetes podría estar ocasionando una mortalidad mucho mayor que la reportada en las estadísticas vitales. El número total de muertes relacionadas por esta causa en América Latina y el Caribe podría ascender a alrededor de 300,000 por año, es decir el porcentaje se incrementaría a 5.1 por ciento.

México no ha quedado fuera de esta problemática y como sucedió en el resto del mundo, la atención especial por la Diabetes Mellitus (DM), empezó a consolidarse a partir del decenio de 1960. La información provenía de dos fuentes básicas: certificados de defunción y estudios de prevalencia. Fue en 1979 que la OMS estableció los criterios diagnósticos para la DMT2, sin embargo fue hasta 1989, que se utilizaron en México en un estudio prospectivo denominado "El Estudio de la Diabetes en la Ciudad de México (EDCM).

Estudios más recientes indican que en México la mortalidad por diabetes ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, a una tasa de 15.5 defunciones por 100,000 habitantes hasta llegar a ocupar en 1997 el tercer lugar de la mortalidad general y donde se ha mantenido hasta 1999 cuando ocurrieron 443,950 defunciones y de estas 45,632 se debieron a diabetes lo que representó un 10.3 por ciento de las defunciones, con variaciones por entidad federativa que van de 6.2 por ciento en el estado de Chiapas a 13.6 en el estado de Coahuila (Gráfica 2).

## Gráfica 2

### Prevalencia de diabetes por Estado



En el mundo, una de cada diez personas sufre de este mal crónico e incurable. En México, 8.2 por ciento de la población mexicana entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30 por ciento de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro y medio millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Este hecho impide que los individuos busquen tratamiento, o que sabiéndose enfermos, no acudan a los servicios de salud, o lo hagan de manera irregular (Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas ENEC 1993).

En el presente año la población mexicana con diabetes padecerá algún tipo de complicación macro o micro vascular, donde el 10 por ciento será para la enfermedad coronaria y el 45% para retinopatía diabética.

La proyección realizada por el Programa de Salud del Adulto y del Anciano del Centro de Vigilancia Epidemiológica, con la información generada por la Encuesta de Enfermedades Crónicas Degenerativas de 1993, que manejó el parámetro de 140mg/dl para el diagnóstico de diabetes, llevó a cabo una substitución por el parámetro actual de 126mg/dl, con lo cuál se estimó una prevalencia de 9.8 por ciento en la población de 20 a 69 años de edad, lo que representa 5.7 millones de personas con diabetes para el año 2000; los datos generados de la Encuesta Nacional de Salud (2000) Coordinados por la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades y el Instituto Nacional de Salud Pública permitirán a la comunidad médica conocer las nuevas prevalencias nacionales y estatales que se obtendrían de esta magna encuesta.

“En junio de 1997 un comité de expertos de la American Diabetes Association actualizó y modificó los criterios diagnósticos para la DM; estas modificaciones han sido adoptadas en casi toda su extensión por la comunidad internacional. La nueva clasificación diagnóstica reduce el nivel de glucosa en ayuno de 140mg/dl a 126mg/dl, y considera innecesario efectuar la curva de tolerancia a la glucosa. La categoría de intolerancia a la glucosa continua siendo vigente cuando se efectúa la curva de tolerancia a la glucosa y cuando los valores poscarga sean  $\geq 140$  y  $< 200$ mg/dl. El comité de expertos aceptó una nueva categoría denominada hiperglucemia de ayuno, misma que se establece cuando los valores de glucosa en ayuno se encuentran entre 111 y 125mg/dl”.

México ha desarrollado una Norma para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, bajo el consenso de expertos nacionales en la que se definen las acciones preventivas a realizar por los sectores público, social y privado.

Esta Norma consideró en su contenido: la clasificación para fines de registro, el diagnóstico y el tratamiento. Además describe los abordajes para el problema considerando los aspectos básicos y fundamentales de la prevención primaria: donde la promoción para la salud se constituye en el principio que busca el cambio de conducta para la adopción de estilos de vida saludables, es decir, evitar o contrarrestar los factores de riesgo propios de la enfermedad.

La intervención temprana mediante la estrategia de detección integrada de diabetes e hipertensión arterial y el tratamiento no farmacológico control de peso, ejercicio físico y una dieta saludable, ayudan a evitar las complicaciones a largo plazo (NOM-015-2000).

Sin embargo actualmente el enfoque no farmacológico, no se aplica de manera regular ya que se procede inmediatamente a la medicación, por ello, en la Norma

publicada el 5 de abril del 2000, reestablece con toda claridad los criterios para su correcta utilización y el 28 de noviembre del mismo año se publico de manera definitiva.

El panorama resulta difícil de abordar, por lo que es necesario participar en planes de acción internacionales, ya que si no respondemos como comunidad internacional, el éxito será poco probable (Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones SEED,1999).

## **2.2 La educación en el área de la salud..**

La educación, y todos los procesos que la rodeen deben ser del interés, no solo de pedagogos y psicólogos sino de todo aquel que pretenda modificar conductas a partir de la enseñanza. Tal es el caso del personal de salud, que mediante la Educación para la Salud (EPS) promueve la adquisición de conductas que favorezcan la salud.

"Quien quiera estudiar debidamente la medicina, habrá de proceder de esta forma: en primer lugar tendrá en cuenta las estaciones del año..., las aguas..., el suelo..., y el modo de vivir de los habitantes, cuáles son sus aspiraciones, si tiene tendencias a beber y comer en exceso y si son dados a la indolencia o si aman el ejercicio y el trabajo" (Hipócrates).

Hay varias razones que hacen que la EPS sea un elemento esencial de nuestra actuación como profesionales:

- La salud no está amenazada solamente por las epidemias o por otras enfermedades transmisibles. La salud está también amenazada por formas o hábitos de vida insanos: dieta, sedentarismo, consumo de tóxicos, etc., que inciden negativamente en la salud. Pero conseguir modificar estos hábitos no puede imponerse ni "recetarse".
- En muchas enfermedades crónicas la participación del individuo, tanto en comportamientos y estilos de vida como en la adherencia al tratamiento son imprescindibles para su control.
- Cada vez más las personas se sienten implicadas y quieren ser responsables de su salud, así como participar en las decisiones que se refieren al mantenimiento de su salud o al control de su enfermedad, y la EPS les capacita y les motiva para asumir la responsabilidad de ello.

Definir lo que es Educación para la Salud no es tarea fácil dado que es un concepto amplio, dirigido tanto a comunidades como a personas; y dentro de estas últimas, a personas sanas en su vertiente preventiva, a personas enfermas en el afrontamiento y manejo de enfermedades, y a la rehabilitación de las secuelas producidas por la enfermedad. La educación para la salud se encuadraría como un instrumento que posibilita la promoción de la salud.

Una definición importante y clara de la EPS es la formulada por Green, en 1989, de la siguiente forma "... una combinación de experiencias de aprendizaje, diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta que conduzcan a la salud".

Según la definición de la OMS "La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria".

Si definirla es una tarea compleja, incorporarla a la práctica del personal sanitario de una forma sistemática, reglada y efectiva puede ser aún más complicado. Son escasos los recursos de formación que se dirigen a la preparación del personal sanitario para el desempeño de esta función que, en muchos casos, se realiza con más voluntad que preparación. En España, mediante la Declaración de Sant Vincent (1989), se estableció la importancia de la educación en el primer nivel de atención y el vacío que existe en cuanto a entrenamiento sobre métodos educativos, para los involucrados en la atención del paciente diabético.

Está claro que el manejo de la diabetes está en manos del propio diabético. Los profesionales sanitarios son asesores y colaboradores de los diabéticos pero el éxito en el manejo de la enfermedad depende fundamentalmente de los mismos pacientes, de que hallan aprendido a convivir y a actuar en relación con su enfermedad.

El establecimiento de comportamientos saludables, de hábitos de cuidados no sólo depende del "*saber*", de que esa persona sepa lo que es bueno y aconsejable para la salud; también dependen del "*querer*", de que esa persona decida adoptar determinados comportamientos de salud; y por último una vez que toma la decisión depende del "*poder*", de que tenga a su alcance los medios necesarios para realizar dicho comportamiento. Por tanto para educar previamente hay que valorar toda una serie de factores que nos van a influir sobre el proceso educativo y determinan directamente cómo lo vamos a hacer, qué problemas nos vamos a encontrar, y qué soluciones les vamos a dar. En definitiva el trabajo consistirá en ayudarles en el *saber*, en el *querer* y en el *poder*.

Una vez que se brinda la educación, es esencial repasar con frecuencia estos conocimientos y destrezas, preguntando al diabético o pidiéndole que nos demuestre ciertas habilidades. Sin adoptar una actitud punitiva, sino de comprensión y ayuda el diabético será más sincero, cuando comunique como se comporta y como vive. No debemos olvidar la evaluación de aquellas cosas que nos facilitan o dificultan la consecución de nuestros objetivos.

### **2.3 Promoción de estilos de vida saludables.**

El estilo de vida se va conformando a lo largo de nuestra vida, es un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o de grupos informales. El estilo de vida no se forma espontáneamente, sino como resultado de decisiones concientes de la persona, que aspira a perfeccionarse y perfeccionar su entorno. El estilo de vida es un aspecto diario de la persona que indica la línea y orientación de la conducta y el razonamiento. En él están reflejados las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas. Estilo de vida son aquellos patrones de conducta que tienen determinada consistencia en el tiempo, bajo ciertas condiciones de constancia y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad según su naturaleza (Flores y Hernández, 2001).

Múltiples estudios confirman que la DMT2 puede prevenirse mediante cambios en el estilo de vida de las personas de alto riesgo o controlarse en aquellas que ya tienen diagnosticada la enfermedad. En la medida en que resulta imposible curar la diabetes es importante lograr que las personas asuman patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor manera los cambios propios del padecimiento (Bbraink). Es decir brindar educación diabetológica como parte del tratamiento no farmacológico para lograr una dieta personalizada, vigilar y controlar el exceso de peso, no fumar, no beber enseñarle a realizar un autoanálisis sanguíneo y urinario realizar ejercicio físico y vigilar el aseo personal especialmente piel, boca y pies.

Es una tarea particularmente difícil, sin embargo es evidente que una sola intervención, sin ningún tipo de seguimiento muy probablemente no resulte en una actividad sostenida. Para que la promoción de los estilos de vida saludable tenga un mayor efecto se debe dar un seguimiento a través de las diferentes etapas de la vida, se debe comprender la compleja motivación de las personas por mantener estilos de vida desde el preescolar hasta la edad adulta (Pender, 1996).

En una gran cantidad de pacientes con DMT 2, cuando existe apego al tratamiento no farmacológico, es posible alcanzar la normoglucemia sin necesidad de fármacos o con una dosis mínima de éstos. Una vez que el paciente participa de manera activa en la modificación de sus estilos de vida, adoptando unos más saludables, la historia natural de la enfermedad se modifica de manera importante (Alpizar, Torres, 2001).

La educación continua para las personas con diabetes no es parte del tratamiento, es el tratamiento en sí. Desgraciadamente en Latinoamérica a la educación no se le ha dado el apoyo y seguimiento que merece. Un paciente que recibe información debe conocer su peso, tensión arterial, por que no debe fumar; debe tener bien definido como debe de ser una alimentación adecuada y acorde a sus necesidades y porque ésta como el ejercicio son de por vida y porque el autocuidado es fundamental en el seguimiento de su enfermedad (Arguedas, 1999).

## 2.4 Cumplimiento o adherencia.

Los griegos clásicos atribuían tres armas básicas a los médicos: las hierbas, el cuchillo y la palabra. Esta última es la más intangible pero no por ello la menos poderosa accesible y ahorradora y va dirigida principalmente a cambios en estilos de vida. Entonces por *cumplimiento* entendemos el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones (la palabra) médico-sanitarias (Cebria, J; Bosh, JM.; Prados, JA..2000).

“hay que vigilar a los pacientes, quienes mienten con frecuencia sobre haber tomado las cosas prescritas. Por haberse negado a tomar bebidas desagradables, purgantes u otras, a veces mueren. Jamás confiesan lo que han hecho y la culpa se le atribuye al médico” (Hipócrates).

Los términos «adherencia» y «cumplimiento» se emplean, con frecuencia, de forma indistinta. En un principio, solamente se empleaba el término «cumplimiento» para definir la correcta toma de los medicamentos. Sin embargo, algunos autores prefieren el término «adherencia», considerando que define una actitud del paciente más comprometida con respecto a la medicación prescrita por el médico, mucho más respetuosa hacia el paciente, a diferencia de la anterior, que se consideraba extremadamente fiscalizadora o controladora; con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico, el cual incluye otros aspectos como puede ser seguir correctamente una dieta, no fumar, realizar ejercicio regularmente, evitar el estrés, usar el cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas, etcétera (Dobin, JF, 1998).

Hay dos grandes motivos que explican el renovado interés que existe actualmente sobre los factores que predicen y determinan el cumplimiento. Por un lado, la gran importancia que está adquiriendo la prevención y profilaxis en el campo sanitario con el fin de evitar la aparición de la enfermedad o mejorar la calidad de vida. Por otra parte, influye el relevante papel que está adquiriendo en nuestra sociedad las consideraciones de índole económica. Un incorrecto seguimiento de las indicaciones o una falta de cooperación, puede condicionar que un proceso patológico concreto no evolucione tan favorablemente como sería de esperar. Ello implicará un aumento en el número de visitas al médico y el consiguiente aumento de las listas de espera, el aumento en las prescripciones farmacológicas, que se presenten más complicaciones, más descompensaciones, que pueden precisar un ingreso hospitalario, o que aumente la necesidad de realizar exploraciones complementarias y considerables pérdidas de tiempo y dinero.

Es por esto que el incumplimiento terapéutico pasa de ser un problema personal a un problema de la comunidad por el sobre costo económico que genera de una forma indirecta.

La extensión o gravedad del incumplimiento no es fácil de determinar, y las cifras que se indican en los estudios pueden ser altamente discordantes. Algunos autores aseguran que un 54% de los pacientes no siguen el tratamiento en ningún momento. Algunos otros refieren que el incumplimiento con los regímenes dietéticos oscila entre el 30 y el 70%. (Hdez. Ronquillo, et.al. 2002 Durán Sierra, A., Ferrer, V Rubio, et.al. 2000)

Debemos tomar en cuenta que los factores que influyen para que exista una adherencia terapéutica, pueden ser unos para el tratamiento farmacológico, y otros para el no farmacológico, puesto que en comparación, es más sencillo cumplir con un régimen de medicamentos, que adquirir hábitos saludables para el resto de la vida. Cuanto más cambio haya que hacer para seguir las recomendaciones, más difícil será conseguir que el paciente los cumpla.

La falta de adhesión a los tratamientos es un problema común en todas las áreas de la salud, teniendo en cuenta que la adhesión es "una conducta compleja que se desarrolla en la interacción del enfermo y los agentes de la salud." (Amigo, 1998). Esta adhesión no sólo se debe a la voluntad del paciente, sino que se requiere de una actuación eficaz, de un control ambiental y de beneficios contingentes al cumplimiento.

Dentro de la adhesión hay variables asociados que pudieran mejorar el cumplimiento a largo plazo tales como:

- La enfermedad: los síntomas que acompañan la enfermedad pueden ser determinantes para el cumplimiento del tratamiento. Una sintomatología aguda puede favorecer con el cumplimiento, a diferencia de la crónica donde el paciente puede llegar a acostumbrarse hasta no sentir necesidad de proseguir con el tratamiento.

- El tratamiento: esta variable tiene mucho peso frente a la probabilidad de adhesión, ya que entre más complejo, interferente con el estilo de vida y duradero, menores probabilidades hay de adhesión.

- La relación médico paciente: esta es un factor potenciador de la adhesión, para la satisfacción del paciente se debe tener en cuenta, la buena comunicación, el trato respetuoso y amable y la información pertinente que facilita la comprensión del tratamiento.

- Redes Apoyo: donde se incluyen tanto los familiares como las personas más allegadas.

- Otras situaciones estresantes: que ponen el régimen de la diabetes en lo más abajo de la lista en las prioridades de su vida (Hirschfeld 1993).

Por esto se ha adoptado la teoría de los sistemas, en donde el diagnóstico se debe hacer desde una perspectiva multidisciplinaria, la terapia se debe ajustar a las necesidades particulares de cada persona y en donde la buena relación paciente - clínico (médico, enfermera, psicólogo) puede mejorar de una modo sustancial la adhesión, la efectividad y

la recuperación del paciente en el tratamiento, tanto en medidas educativas, como en estrategias de conducta.

Las medidas educacionales son aquellas que suministran información, a veces diseñada para asustar al no cumplidor. Asimismo incluye mensajes educativos, consultar con diferentes profesionales médicos, suministrar información escrita, lecturas, y demostraciones.

Las técnicas conductuales van encaminadas a cambiar las conductas y estrategias de los no cumplidores, y pueden variar desde la reducción de los costes económicos, las visitas domiciliarias, los recordatorios telefónicos o postales, y la simplificación de las pautas, entre otros.

Estas últimas resultan más efectivas e inmediatas que las educativas. DiMatteo y DiNicola (1982) recomiendan clásicamente cuatro estrategias diferentes y complementarias:

- Avisos que faciliten el cumplimiento, como puede ser la toma de la medicación antes de las comidas o llamadas telefónicas para recordar una cita o recoger una receta.
- Individualizar las prescripciones y regímenes a las actitudes y ritmo de vida del paciente.
- Procurar la adherencia gradual.
- Contrato, normalmente escrito, que tenga previsto algún tipo de recompensa cuando se alcance el cumplimiento.

### **2.5 Conductas Relacionadas al Cuidado de la Salud.**

Viendo lo anterior una de las preguntas que recientemente se plantea en el campo de la salud es ¿Por qué la gente no sólo no hace lo que es bueno para ella sino que persiste en conductas que sabe son nocivas para su salud?.

Entre las respuestas que se han dado, existe acuerdo en el carácter placentero inmediato de las conductas menos saludables y las consecuencias negativas no inmediatas. En estas condiciones la evidencia recogida por el análisis experimental del comportamiento nos muestra, que el individuo, normalmente escogerá la estimulación placentera, cierta e inmediata a pesar de las terribles consecuencias adversas que, a largo plazo, su acción le puede reportar. “..el problema radica en que la gente necesita que le enseñen a ser más cuidadosa y más responsable de su propia salud y bienestar, especialmente cuando lo que el medio social promueva es la irresponsabilidad o las conductas no saludables” (Thoresen et.al. 2002).

El estrés interpersonal y/o disfunción marital han demostrado estar significativamente relacionados al estatus de salud y a la vulnerabilidad frente a la enfermedad. Parte de esta vulnerabilidad puede ser debida a la ausencia de conocimiento acerca de hábitos de autocuidado pero parte puede ser debida a lo que se ha definido como regulación biológica, que sirve para dirigir la atención a la necesidad de mantener hábitos propios de cuidado a la salud. Las parejas en relaciones frecuentemente se ayudan unos a otros a establecer y mantener estos hábitos, pero cuando las relaciones fracasan, este efecto regulador se disminuye (Lambley, 1993). La importancia del factor familiar y marital sobre el control de la diabetes, ha llamado la atención de diversos investigadores, los cuales, como la Dra. Paula Trief (2002), sostienen que una buena relación matrimonial o de pareja favorece una mejor adaptación a la diabetes. Ellos comprobaron, en entrevistas practicadas 2 años después del diagnóstico de la enfermedad, que aquellos pacientes que tenían mejores relaciones de pareja, con un grado satisfactorio de encuentros íntimos tenían una mayor adaptación a la enfermedad y una mejor adherencia al tratamiento diabetológico. Estos resultados no son difíciles de comprender si se tiene en cuenta la importancia del soporte emocional y psíquico en enfermedades crónicas.

Algunos autores como Farberow y colaboradores (1967), entienden la falta de adherencia, como una forma de autodestrucción, de suicidio enmascarado, o como una medida de “ganancia secundaria”, donde el enfermo logra atraer la atención de la familia mediante el incremento de los síntomas de la enfermedad.

Las teorías que pretenden explicar el aspecto motivante del cuidado de la salud, analizan principalmente las creencias de los individuos. Entre las más importantes se encuentra la Teoría del Aprendizaje Social en donde el autor postula que el potencial para que una conducta se presente en una situación determinada, está dada por la expectativa de que la conducta realizada, tendrá un efecto particular en el resultado.

La formulación más conocida es el *locus de control*, en donde el locus de control interno se refiere a las creencias de que los acontecimientos son contingentes con la conducta de uno y el locus de control externo, se basa en la creencia de que esos acontecimientos no son contingentes con la conducta del individuo, sino que dependen de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. Locus de control es la expectativa generalizada acerca de si la propia conducta o fuerzas externas a uno mismo controlan el reforzamiento.

Así pues se ha demostrado en varios estudios, que las creencias en el autocontrol sobre la salud, se relacionan positivamente a tempranos hábitos de salud. Entonces si durante la infancia se tienen experiencias relacionadas a alguna enfermedad, es probable que el adulto considere que los padecimientos no son controlables (Lau, 1982).

En otro estudio realizado en 1989 por Wallston, se identificó que aquellas personas que valoran su salud y tienen un locus de control interno, buscan más información en temas de salud, que aquellas que aún valorando su bienestar físico, tienen un locus de control externo, es decir dejan en terceros la responsabilidad de su salud. Por tanto la

creencia de que la salud personal puede ser controlada, independientemente de que sea por sí misma o por otros, aunado a una alta apreciación de la salud, aumenta la posibilidad de que se realicen conductas de cuidado a la salud, en contraste con aquellas personas que opinen que la enfermedad no es controlable y/o no valoren la salud.

Otra de las teorías que habla de las creencias y atribuciones es la Teoría de la Acción Razonada (TRA) establecida por Fishbein y Ajzen, en 1975. El supuesto básico de esta teoría es que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que disponen.

La TRA supone que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta dada. De acuerdo a lo anterior, la *intención* de realizar o no la actividad es el *determinante* inmediato de la persona. Esta intención está en función de dos determinantes básicos: el personal y el social. El primero es la actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que la persona hace, de la realización de esa acción. El segundo, denominado norma subjetiva, es la creencia que la persona tiene de que existen presiones sociales que se ejercen sobre ella, para que realice o no la acción en cuestión. Conocer las creencias de una persona acerca de sus referentes importantes, no es suficiente todavía para predecir o comprender su norma subjetiva, por lo que se debe valorar también la *motivación para cumplir* con cada uno de tales referentes específicamente.

Por último la Teoría de la Acción Social, propuesta en 1991, subraya el papel del contexto social en el mantenimiento de rutinas o hábitos de salud (dimensión de acción de estado), proporciona la estructura causal que liga los procesos de auto - cambio a los ambientes interpersonales (dimensión del proceso) y especifica las influencias macrosociales y ambientales que permiten o constriñen el cambio personal (dimensión contextual).

La determinación de los factores que influyen en el mantenimiento de conductas promotoras de salud es clave para el desarrollo de programas efectivos de promoción para la salud. Problemas como el abandono, el incumplimiento, y la no adherencia, tipifica los intentos para comprometerse en los cambios de conducta de largo plazo (Dishman 1988).

Si puede determinarse por qué ciertos individuos mantienen conductas saludables, mientras que otros no lo hacen, podrían entonces desarrollarse programas dirigidos a esos factores.

El individuo está inmerso en un ambiente físico y la percepción que se tiene de este determina en gran parte su comportamiento, ya que el sujeto elabora un cuadro organizado del mundo a partir de los estímulos. De acuerdo a esta percepción el sujeto genera sentimientos favorables y desfavorables acerca del ambiente en la unidad, lo cual influye en el tratamiento que lleva a cabo el individuo.

La percepción es uno de los procesos psicológicos superiores fundamentales ya que le permite al individuo adaptarse, orientarse y regular su comunicación e interacción social. Este proceso es muy importante teniendo en cuenta que es selectivo y particular, ya que cada individuo tiene una percepción diferente del ambiente (Holahan,1991).

## **CAPITULO III.**

### **METODOLOGÍA.**

#### **3.1 Diseño**

Se trata de un estudio de caso cuali-cuantitativo situacional, debido a la naturaleza sociocultural de la muestra y las condiciones que tienen en cuanto educación diabetológica previa. La recogida de datos se realizó bajo triangulación de métodos, por una parte se valoraron parámetros clínicos que aportaron datos para conocer el estado de salud de los participantes. Por otro lado se aplicó una entrevista semiestructurada, que brindó la posibilidad de obtener una gran diversidad de datos y rescatar el pensamiento, costumbres y hábitos de cada uno de los participantes. La aceptación de las experiencias humanas como válidas puede dar luz a datos no considerados previamente o darles determinación y centralidad (Grbich 1999).

#### **3.2 Universo, población y muestra**

Todas aquellas personas que hayan asistido al programa educativo sobre estilos de vida saludable para diabéticos, que se impartieron en el CCOAPS de San Luis Tlaxialtemanco en el mes de julio de 2002.

Muestreo intencionado. Solo los adultos mayores de 20 años que asistieron a las sesiones educativas impartidas en el aula de nutrición del CCOAPS de San Luis Tlaxialtemanco.

#### **3.3 Criterios de inclusión exclusión y eliminación**

**Inclusión:** Aquellas personas que asistieron a la totalidad de las sesiones educativas.  
Las personas que accedan libremente a participar en la entrevista.

**Exclusión:** Aquellas personas que hayan cambiado de domicilio.  
Aquellas personas que no accedan a participar en el proyecto.

**Eliminación:** Las mujeres que se embaracen antes de que finalice el proyecto.  
Personas que no accedan a la grabación de la entrevista.

### 3.4 Material y equipo

#### 3.4.1. Material

Block de notas: se utilizó para realizar anotaciones previo y durante la entrevista que pudieran haber influido en el análisis de datos

Papelería: hojas de papel, lápices, plumas, borradores, clips, etc.

#### 3.4.2. Instrumentos

Entrevista semiestructurada. Se trata de un cuestionario elaborado por la propia investigadora. Consta de 8 preguntas donde, debido a los antecedentes de esta investigación, serán necesarias incluir las siguientes áreas de indagación: *Conocimientos generales, plan alimentario, actividad física y control del estrés.*

Cédula de valoración. Donde se vaciaron los datos provenientes de los parámetros físicos de los participantes.

Cuestionarios que valoraron el nivel de conocimientos sobre estrés, alimentación y ejercicio con un total de 40 reactivos con tres opciones de respuesta, a) sí, b) no, c) no se. Elaborados por los pasantes de servicio social del proyecto ESVIDIM-2

Instrumento de valoración del nivel de autoeficacia generalizada que consta de 10 reactivos con cuatro opciones de respuesta, 1=incorrecto, 2=casi correcto, 3=casi cierto, 4=cierto. Versión en español del trabajo de Babl, Schwarser y Jerusalem (1993).

#### 3.4.3 Equipo:

Grabadora Sony modelo TCM-200DV.

Audiocassettes Sony, modelo TDK D60.

Equipo de cómputo. COMPAQ - 5500

Báscula marca Tanita.

Estadímetro con cinta adosada.

Cinta métrica.

Monitor digital de presión sanguínea OMROM.

Glucómetro ONE TOUCH.

### **3.5 Métodos**

Inicialmente se realizó un recorrido de reconocimiento por el módulo “D” de San Luis Tlaxialtemanco para ubicar los domicilios de los posibles participantes, al mismo tiempo que se les invitaba a participar en el nuevo proyecto y se concertó una cita.

Las citas fueron programadas adecuándose a las necesidades y oportunidades de tiempo con el que contaban los usuarios de lunes a viernes en un horario de entre las 9:00 y las 14:00hrs en el consultorio de la clínica de enfermería en diabetes ubicado en el Centro comunitario de atención primaria a la salud de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco.

Se contempló un tiempo aproximado de una hora con cada usuario. Antes de iniciar con la entrevista se valoraron los perímetros de cintura y cadera, el peso corporal, tensión arterial, glucosa casual, talla e índice de masa corporal

Se aplicaron los cuestionarios sobre conocimientos generales en alimentación, ejercicio y control del estrés y el instrumento de Autoeficacia generalizada

Para realizar la entrevista se siguieron los siguientes pasos: 1) Recepción del usuario(a). Momento en el que se realizaba el saludo y se agradecía su participación. 2) Presentación. Donde se comentaba a grandes rasgos el motivo y utilidad de la presente investigación así como se le recordaba que la entrevista sería grabada y el anonimato sería protegido en todo momento. 4) Encuadre. Momento en el que se lleva a cabo la entrevista. 3) Conclusión. Una vez agotados los comentarios acerca del tema tratado se agradeció nuevamente la participación del usuario en la investigación y se dejó abierta la invitación para acercarse a la clínica de enfermería en diabetes para aclarar cualquier duda.

Al realizar la entrevista se buscó estimular al usuario a construir un discurso donde comentara sus experiencias, la forma en que percibió y sintió la adquisición de estilos de vida saludables y la adherencia a éstos, tratando de obtener relatos personales y no respuestas cerradas, evitando en lo posible comentarios que distorsionaran su discurso. Las intervenciones sólo se realizaron cuando se deseaba que el entrevistado confirmara, puntualizara o retomara algún comentario. La entrevista tuvo una duración aproximada de entre 30 y 45 minutos.

### **3.6 Análisis de datos**

Los datos obtenidos de las mediciones y la aplicación de los cuestionarios sobre conocimientos generales y Autoeficacia generalizada fueron vaciados y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 11 (Statistical Package for the Social Sciences for

Windows). Los cuales fueron representados en gráficas comparativas con los resultados obtenidos en el 2003 por los pasantes de servicio social del proyecto ESVIDIM 2

En esta investigación el contenido de las entrevistas fue grabado y transcrito íntegramente, con la anuencia de los participantes.

El investigador se familiarizó con el contenido leyendo varias veces la transcripción e identificando los temas principales que aparecieron en el discurso, se subrayaron las frases y palabras que representan la respuesta concreta a la pregunta. Teniendo a la vista las frases listadas se agruparon bajo dos categorías para cada nodo o área de indagación. La primer categoría agrupa aquellas experiencias que el usuario manifiesta le han servido de estímulo para lograr la adherencia a estilos de vida saludable. La segunda categoría agrupa las experiencias que han significado un obstáculo para lograr la adherencia a estilos de vida saludable.

Las técnicas de manipulación de datos han crecido y se han vuelto cada vez más complejas y matemáticamente muy sofisticadas; pero, paradójicamente, nuestros esquemas de interpretación, que son los que proveen a los datos de sentido, apenas han sido cultivados y, mucho menos, estructurados eficazmente.

Heidegger (1974), sostiene que "ser humano es ser interpretativo"; es decir, que la *interpretación*, más que un "instrumento" para adquirir conocimientos, es el modo natural de ser de los seres humanos, y todos los intentos cognitivos para desarrollar conocimientos no son sino expresiones de la *interpretación* sucesiva del mundo.

Por esta razón y como un intento de fortalecer la metodología cualitativa y dar bases de objetividad y fiabilidad al presente trabajo, se presenta a continuación el cuadro de categorías resultante del análisis de contenido.

## CUADRO DE CATEGORÍAS PARA CONOCIMIENTOS GENERALES Y ALIMENTACIÓN

NODO			
CONOCIMIENTOS GENERALES		ALIMENTACION	
CATEGORÍA		CATEGORÍA	
Experiencias que facilitan o estimulan la adherencia	Experiencias que dificultan la adherencia	Experiencias que facilitan o estimulan la adherencia	Experiencias que dificultan la adherencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntad</li> <li>• Preocupación</li> <li>• Apoyo de la pareja.</li> <li>• Prolongar la vida/ retrasar complicaciones</li> <li>• Insistencia / recibir consejo</li> <li>• Evitar repetir experiencias desagradables</li> <li>• Sentirse bien</li> <li>• Dar importancia al padecimiento</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Contar con información clara y actualizada</li> <li>• Indefinido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de tiempo / Olvido</li> <li>• Indiferencia/ desinterés</li> <li>• Falta de apoyo del círculo social.</li> <li>• Inconsciencia / ignorancia</li> <li>• Orgullo</li> <li>• Malos hábitos</li> <li>• Falta de autoestima</li> <li>• Flojera.</li> <li>• indefinido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntad</li> <li>• Sentirse mejor</li> <li>• Contar con tiempo</li> <li>• Dividir la alimentación familiar</li> <li>• Bajar de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencia / costumbre</li> <li>• No comer en casa</li> <li>• No aceptar el consejo de cambio.</li> <li>• Comer para llenarse</li> <li>• Presión familiar</li> <li>• Horarios difíciles / falta de tiempo</li> <li>• No saber cocinar</li> <li>• Falta de dinero</li> <li>• Ignorancia.</li> </ul>

## CUADRO DE CATEGORÍAS PARA ESTRÉS Y EJERCICIO

NODO			
ESTRÉS		EJERCICIO	
CATEGORÍA		CATEGORÍA	
Experiencias que facilitan o estimulan la adherencia	Experiencias que dificultan la adherencia	Experiencias que facilitan o estimulan la adherencia	Experiencias que dificultan la adherencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No meterse con nadie</li> <li>• Cortar el enojo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ignorancia</li> <li>• Causas fuera de control.</li> <li>• Falta de tiempo</li> <li>• indefinido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar el daño de alguna enfermedad</li> <li>• Sentirse saludables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de tiempo</li> <li>• Fatiga por otras actividades</li> <li>• Impedimentos físicos.</li> </ul>

## CAPÍTULO IV.

### HALLAZGOS.

#### 4.1 Hallazgos cualitativos.

Los hallazgos son descritos en su respectivo nodo y categoría.

NODO: CONOCIMIENTOS GENERALES (cuidados generales).

CATEGORÍA: EXPERIENCIAS QUE FACILITAN O ESTIMULAN LA ADHERENCIA

##### 1. Interés / Voluntad.

“No pues estuvo / para mi estuvo bien, ya ves que algunos no quieren asistir porque no se les hace interesante saber nada de la diabetes, pero si me gustó mucho asistir.”

##### 2. Preocupación

“Pues si , si me preocupa porque pues luego a veces hay una pues la diabetes yo he visto a mi sobrina que se le infecta el dedo, un arañón, pues una cayo o algo así que se corte las uñas, es peligroso porque llegan a cortar los dedos, los pies”.

##### 3. Apoyo familiar y de pareja.

“...lo que pasa es que ya lo habíamos pensado de que teníamos que bajar porque estábamos muy subidos de peso, entonces ya habíamos / lo pensábamos pero no teníamos o sea para empezar a mi me hablaban de diabetes....yo decía no, no hay problema.....cuando yo vine aquí y me explicaron el / como da esta enfermedad, o sea yo llegaba, lo que yo aprendí acá se lo platicaba a mi pareja...”.

##### 4. Deseo de prolongar la vida.

“Pues vivir lo poco tiempo que nos queda porque a mi cuando me detectaron la diabetes me dijeron que iba a vivir nomás 5 años, pero ya controlándose con la información que nos han dado pues yo pienso que podríamos vivir más”.

##### 5. Insistencia / recibir consejo del personal de salud.

“...la primera vez esta señorita, no recuerdo su nombre, iban hasta allá, iban le insistían y es cuando ya venía. Entonces iban hasta allá y le decían, “andéle vámonos” o luego allá

mismo lo pesaban y le tomaban la presión y todo, solamente así y lo convencieron y ya vino”.

#### **6. Conciencia de riesgo / daño.**

“...pero siempre y cuando el paciente esté consciente de su situación y desgraciadamente muchísimos de nosotros no lo estamos y ese es el problema a mi si me interesa muchísimo controlar esta enfermedad. Por ejemplo el otro día algo de mi pie, el ácido úrico, me mandaron hacer análisis de sangre y todas esas cosas y dije, lo que no me importa es mi pie ¿sí? Mi pie se va a aliviar como quiera que sea , pero si tengo el azúcar alta, pues ya me amolé, ¿cuando se va a aliviar mi pie?, y resulta que lo primero que vi fue la glucosa y salté de gusto ¡está controlada!...”.

#### **7. Evitar repetir experiencias desagradables.**

“...y en mi caso por ejemplo yo veo que mi mamá después de adquirir esta enfermedad se fue apagando, se fue apagando a través del tiempo y pese a que se le ayudó muchísimo, pero de todas maneras se fue apagando, se fue apagando y nos tardó bastante tiempo, pero creo que debió esperar cierto tiempo más , entonces basado en esa experiencia uno piensa que le puede pasar uno parecido o algo más rápido...”.

#### **8. Sentirse bien /mejorar la salud.**

“...claro que como me siento un poco mal porque también he tenido colesterol, entonces como que me mantengo pues yo sola en / no digo, esto me hace daño, no me lo voy a comer”.

#### **9. Dar importancia al padecimiento.**

“...ahorita por ejemplo estuve platicando con un señor que tiene su diabetes mucho, mucho y se cortó un dedo y me dice “mire cual diabetes, no se hubiera aliviado pronto” digo pese a que el si es un diabético probable, comprobado, este, en este momento lo está eliminando porque su cortada se alivió en varios días”.

#### **10. Autoestima.**

“Y no verdaderamente no nos preocupamos por nosotros y no lo hacemos por querer estar verdaderamente saludables, de repente es como un descuido de nosotros mismos, yo siento que también es lo emocional, porque si no hay ese cariño, pues por más que le den información de cuidado no lo vas a aplicar de hecho nosotros mismos, a propósito sabes que algo te está haciendo daño y nada más no lo dejas, por decir el cigarro...”.

## **11. Contar con información clara y actualizada.**

“Pues si ha cambiado un poquito pues porque anteriormente no sabíamos que tan dañinas eran las grasas, que tan dañina era tomar tanta azúcar, no sabíamos que nos originaba o que no nos, pues si llegar a estar más propensos a la diabetes. Teníamos menos información y pues no nos llevaban o llevábamos un control de nuestra azúcar...”.

## **12. Indefinido.**

“...yo pienso que también nosotros tenemos un poquito de obligación de venir a preguntar por nuestra salud y decir, pues yo me siento así, yo quisiera que me checaran o que me dieran algo, yo creo que eso sería, sería muy conveniente”.

“Pues ahí ya depende de cada persona...”.

NODO: CONOCIMIENTOS GENERALES (cuidados generales).

CATEGORÍA: EXPERIENCIAS QUE DIFICULTAN LA ADHERENCIA

### **1. Falta de tiempo / olvido**

“Pues la verdad así que lo llevara uno a cabo todo, como nos dijeron pues yo creo que si, pero pues no lo lleva uno a cabo, ve que uno dice tengo flojera de hacerlo, o no tengo tiempo o no se que nomás que uno siempre está a las carreras”

### **2. Indiferencia / desinterés.**

“Y no verdaderamente no nos preocupamos por nosotros y no lo hacemos por querer estar realmente saludables, de repente es como un descuido de nosotros mismos. Yo percibo lo mismo de mi mamá, aparte de que es difícil, pero yo digo si yo tengo la conciencia de todo eso, me descuido, pues yo se que estoy mal...”

### **3. Falta de apoyo del círculo social**

“...”pero no quiere [mi esposo] y mi hijo menos, dice que aquí vengo a que me laven el coco, que es lo que debo comer, que es lo que no debo hacer, el me dicen que no valla pa'que le laven el coco y pa'que le digan.....No, me hacen gestos y ya no quieren comer...y ahora si que yo me siento mal...”.

#### **4. Inconsciencia / ignorancia**

“...pues porque anteriormente no sabíamos que tan dañinas eran las grasas, que tan dañina era tomar tanta azúcar, no sabíamos que nos originaba o que no nos pues si llegar a estar más propensos a la diabetes. Teníamos menos información y pues no nos llevaban o no llevábamos un control pues de nuestra azúcar o sea , nuestro peso.”

#### **5. Orgullo.**

“Por temor o miedo de que no los vayan a atender, eso es lo que pasa, o por orgullo porque aveces somos muy orgullosos y no, yo pues que voy a hacer si no tengo nada o no me siento mal, yo que voy a ir a hacer allá y se queda uno con esa duda con eso que siente uno y entonces ya, y ese es el error de nosotros...”.

#### **6. Malos hábitos**

“...se me dificulta un poco pero precisamente, o sea, el hecho de pensar en que hay que vivir saludablemente, yo siento que si es algo, no tan fácil de lograr por los malos hábitos que tenemos...”.

#### **7. Falta de autoestima.**

“Osea, no hay esa verdadera preocupación por cuidarme yo misma, osea, no hay esa autoestima de cuidarte, quererte y demás, osea yo digo es importante porque de alguna forma vas viendo los daños que tienes ¿no?”.

#### **8. Flojera.**

“...pues si ahora si que cuando vengo pues luego que me sacan sangre, pero ya en el Seguro me da flojera...”.

#### **9. Indefinido.**

“No uno viene a la carrera y cuando uno tiene la oportunidad de tomarse un desayuno puede ser accesible pero nada más que nosotros no ponemos de nuestra parte si en ese aspecto, desgraciadamente por el trabajo, por “X” cosa pero siempre hay un pero”.

NODO: ALIMENTACIÓN (elaboración y adherencia a un plan alimentario).

EXPERIENCIAS QUE FACILITAN O ESTIMULAN LA ADHERENCIA

### **1. Voluntad.**

“... si a mi me dicen esto no se va a comer, a mi no me lo hacen comer, si, si a mi dicen por ejemplo esto no se va a comer...no se toca, así me guste, así sea una cosa que a mi me guate. Yo no digo que no tocaré un pedazo pero más no”

### **2. Sentirse mejor.**

“...cuidar un poquito el aspecto alimentario, el ejercicio, incluso ve, ya ahorita bajé de peso, yo me siento bien”.

### **3. Contar con tiempo.**

“...yo creo que para poder seguir un régimen alimenticio pues debe uno tener un trabajo de oficina o ya no hacer nada para que uno este en la cocina, cocinando, no se, lo que sea necesario y sin embargo eso no es posible, entonces yo creo que tengo que comer lo que hay, no lo deseable”.

### **4. Dividir la alimentación.**

“En cuestión de la alimentación, si trato yo de tener, pues de escoger / más que nada mi comida no?, porque si van a hacer algo con mucha grasa pues yo hago otra cosa y tengo de pretexto a mi hija que no come chile, no come tanta grasa, no come tanto dulce y pues si los demás quieren comer su carne de puerco, bueno pues que se la coman, pues yo si, si a mi hija le tengo que hacer caldo, pues caldo, pues caldo como con ella.”

### **5. Bajar de peso.**

“...me di cuenta de que definitivamente no era muy saludable estar con unos kilitos de mas, ya fue cuando empecé...”.

NODO: ALIMENTACIÓN (elaboración y adherencia a un plan alimentario).

## EXPERIENCIAS QUE DIFICULTAN LA ADHERENCIA

### 1. Preferencias / Costumbre.

“Por los malos hábitos que tenemos o sea porque ya lo traemos de vaya una generación o de generaciones, los malos hábitos de comer a diferentes horas, el comer grasas, el comer pues muchos carbohidratos o sea no llevar una cosa balanceada...”.

### 2. No comer en casa.

“...como antes si comía de todo [mi hijo] y ahora ya no quiere comer, que ahora se va a la calle que si come en la calle y si le gusta lo que hay en la casa lo come, si no, no, y luego le digo pero me cuesta trabajo y se enoja.”

### 3. No aceptar el consejo de cambio.

“Yo le hago a mi esposo, le digo, un caldo de verduras o una pechuga frita nada mas así cocida pero no, no, el prefiere que su carne de puerco o bistec con chile verde o cosas así, porque a él no le gusta el caldo, no le gusta la pechuga, una pieza de pollo, él quiere comer carne de puerco, sus bisteces, sus patas de puerco, bueno todas, todas esas cosas”.

### 4. Comer para llenarse.

“...ora si que dijéramos voy a comer aunque sea poco, no voy a comer la cantidad que ahora si como, para llenarme, porque eso es lo que hace mi esposo, que como ayer, hice de comer nada más nopalitos así con huevo y quiso jamón,... el no lo come así nomás sino que lo combina con tortilla, el come mucha tortilla, y si le digo nomás come tantas, me dice “no, déjame comer”.

“... y lo he tratado porque me compro unas frutas y me las como y si para / pero me llenan por un rato y al rato pues ya tengo hambre”.

### 5. Presión familiar.

“...entonces el me dice porque no comes tortilla, pues no porque no la debo de comer, no ya sabe que no debo comer mucha tortilla, nada mas me como 1 tortilla o 2 y nada mas”.

## **6. Horarios difíciles / falta de tiempo.**

“...pero si yo llego después de ir a trabajar, todo sucio, todo tierrudo y todavía tengo que ir a hacer mi comida, pues como que no.”

## **7. No saber cocinar.**

“La dificultad es que yo no se cocinar, y por lo tanto tengo que comer lo que come mi familia... es que nosotros los hombres necesitamos que nos ayuden porque estamos acostumbrados a que se nos haga la comida, en cambio si nosotros supiéramos cocinar, sería diferente”.

## **8. Falta de dinero.**

“...porque a veces pensamos en que es muy caro pero por ejemplo ahora que tomé el curso pues no, en realidad no es caro”.

## **9. Ignorancia.**

“...en lo personal pues ya procuro tener una alimentación, pues por lo menos, no tan buena pues porque no soy nutrióloga ni nada de eso pero por lo menos cuidar un poquito el aspecto alimentario”.

NODO: CONTROL DEL ESTRÉS.

EXPERIENCIAS QUE FACILITAN O ESTIMULAN LA ADHERENCIA

### **1. No meterse con nadie.**

“No ahí tranquila, no me meto con nadie”.

### **2. Cortar el enojo.**

“No, es decir, yo trato que cuando está enojado ya no le digo nada ya me controlo yo por mi misma, para no seguirle, pues si no yo me enojaría”.

## NODO: CONTROL DEL ESTRÉS

### EXPERIENCIAS QUE DIFICULTAN LA ADHERENCIA

#### 1. Ignorancia.

“...pues entonces este... uno ya no puede controlar eso, algunas personas dicen que debemos ser muy controlables en ese sentido, pero ¿cómo? yo pregunto ¿cómo?”.

#### 2. Causas fuera de control ( problemas familiares, económicos, laborales).

“Eso si está muy difícil, el enojarse, el desesperarse, el este... ya no dependen de uno, depende del medio en que esté uno envuelto, depende del medio, de la familia y de los problemas económicos, de los problemas emocionales, de una serie de factores externos...”

#### 3. Falta de tiempo.

“A veces no porque le digo que no tengo tiempo, yo le decía a mi esposa, le invitaba, le decía yo, vamos a hacer aquí en el piso, vamos a extender una colcha o una cobija y vamos a hacer ahí los ejercicios, si pues cuando nos da tiempo pues si los hacemos y cuando no pues no podemos hacerlos...”.

#### 4. Indefinido.

“También influyen en mi trabajo así por cualquier cosa, o “X” cosa cualquier problemita que yo tenga tanto en mi trabajo como en mi casa, todo eso se me acumula, bueno no se si a eso se deba que mi estrés no salga a flote, ahora que como dicen se estanque en ese espacio”.

## NODO: PRACTICA DE EJERCICIO.

### EXPERIENCIAS QUE FACILITAN O ESTIMULAN LA ADHERENCIA

#### 1. Limitar el daño de alguna enfermedad.

“Hago mis ejercicios por mis piernas , levantamiento de mis piernas por mi problema de mis várices, eso si diario”.

## **2. Sentirse saludables.**

“Porque ejercicio no, o sea comíamos, íbamos y nos dormíamos, un ratito y luego otra vez a nuestras actividades y demás y así estamos, pero ya fuimos cambiando todo eso y pues ahorita ya... pues nos hemos sentido mejor tanto de una parte como de otra”.

NODO: PRACTICA DE EJERCICIO.

### EXPERIENCIAS QUE DIFICULTAN LA ADHERENCIA

#### **1. Falta de tiempo.**

“...pues a veces la falta de tiempo, a veces uno ya tiene pues todo como planeado, ya tiene el día ya... como elaborado, ya trae todo, ya tenemos todos nuestros planes. Todo lo que voy hacer ahora todo lo que tengo que hacer, y a donde tengo que ir y pues a veces no se puede llevar un control así de tipo: diario voy hacer ejercicio, pues no, a veces no se puede.”

#### **2. Fatiga por otras actividades.**

“Pues llego cansado ayer, antier, como a veces agarro trabajo de albañilería antier me fui a trabajar, pero ahora le digo cuando yo llegué le dije a mi esposa ahora no voy a ir, me siento cansado”.

#### **3. Discapacidades físicas.**

“...me comenzaron a doler los tobillos y pues la verdad saltar y estar haciendo ejercicios, opté por dejarlos porque en lugar de sentirme mejor, me sentía peor....”

## **4.2 Resultados cuantitativos**

La siguiente presentación de gráficas y cuadros es la comparación entre las mediciones antropométricas realizadas en el 2002 en el estudio realizado por los pasantes del servicio social del proyecto ESVIDIM-2 y el seguimiento realizado en el 2003, así como los resultados obtenidos por los participantes en cada uno de los cuestionarios sobre conocimientos generales en diabetes mellitus.

Datos que ayudaron a la interpretación de las entrevistas realizadas a los participantes y sirvieron de apoyo para corroborar la adherencia o no adherencia a los estilos de vida saludables que se presentaron en el 2002.

#### 4.2.1 Datos sociodemográficos

Se estudiaron 10 participantes en el estudio, 60% son mujeres y el 40% hombres. Referente al parentesco 50% refirió ser esposa, mientras que 40% dice ser jefe de familia y sólo un 10% son hijos.

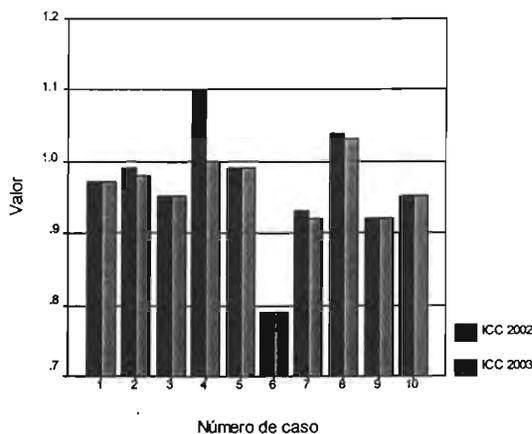
Respecto a la escolaridad de la población participante el 10% cuenta con primaria completa, un 20% secundaria completa, otro 20% cuenta con bachillerato completo y solo el 10% con estudios profesionales, el resto cuenta con estudios incompletos

#### 4.2.2. Mediciones antropométricas y resultados de la evaluación de Autoeficacia generalizada y conocimientos de Diabetes Mellitus

En lo relativo al ICC de las mujeres participantes se observa durante la intervención un promedio de 0.93 mientras que en el seguimiento a un año fue de .94 en cuanto al ICC de los hombres, el promedio durante la intervención fue de 1.0 y al año de .97 (gráfica 3). En materia del IMC de las mujeres se encontró como promedio de la post intervención 30.6 mientras que en el seguimiento fue de 29.5 En los hombres se encontró un promedio de 30.7 durante la intervención y de 31.7 durante el seguimiento (gráfica 4)

### Gráfica 3

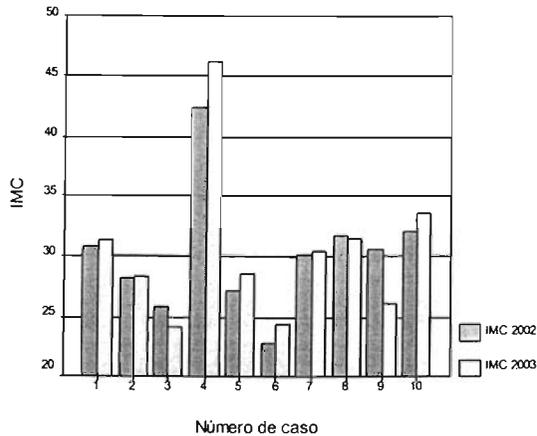
#### Índice Cintura Cadera (ICC) 2002 / 2003.



Fuente: Cédula de valoración ESVIDIM-2 (2002-2003).

## Gráfica 4

### Índice de Masa corporal (IMC) 2002 / 2003.



Fuente: Cédula de valoración ESVIDIM-2 (2002-2003).

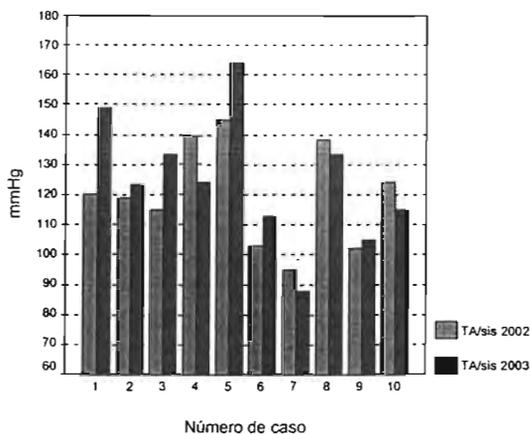
Muy bajo peso	menos de 18.5
Bajo peso	18.6 a 20
Normal	20.1 a 25
Sobrepeso	25.1 a 27
Obesidad	más de 27

Informe del Comité de Asesoramiento de las Directrices Dietéticas sobre las Pautas Alimenticias de los Americanos (1995).

En cuanto a la Tensión Arterial Sistólica (TAS) de las personas participantes el 60% se ubicó en el rango óptimo en el momento de la intervención registrándose 40% en el seguimiento. En el rango de Hipertensión Grado I se ubicó un 20% de la población durante la intervención y 10% en el seguimiento. Sin embargo el seguimiento el 20 % se ubicó en el rango normal y otro 20% en normal alta. El 10% de la población se ubicó en el rango de hipertensión Grado II (Gráfica5).

## Gráfica 5

### Tensión Arterial Sistólica (TA/Sis) 2002 / 2003.



Fuente: Cédula de valoración ESVIDIM-2 (2002-2003).

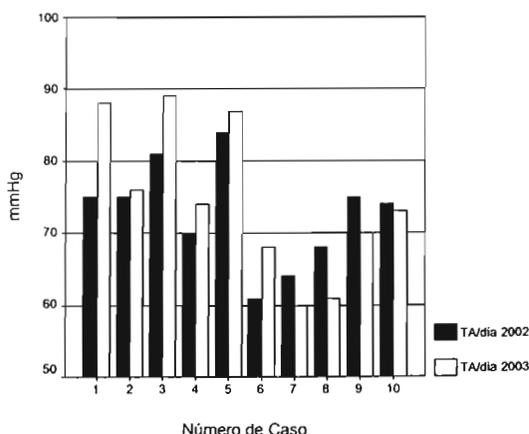
Óptima: < 120 mm Hg.  
Normal: < 130 mm Hg.  
Normal Alta: 130 – 139 mm Hg.  
Hipertensión Grado I: 140 – 159 mm Hg.  
Hipertensión Grado II: 160- 179 mm Hg.  
Hipertensión Grado III  $\geq$  180

Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial (NOM-030-SSA2-1999).

Refiriéndonos a la Tensión Arterial Diastólica, el 80% de los participantes se ubicó en el rango óptimo y el 20% restantes en la categoría de normal durante la intervención mientras que en el seguimiento 70% se ubicó en óptima y el 30 % restante en el rango de normal alta (gráfica 6).

## Gráfica 6

### Tensión arterial diastólica (TA/día) 2002 / 2003.



Fuente: Cédula de valoración ESVIDIM-2 (2002-2003).

Óptima	< 80 mm Hg.
Normal	81 – 84 mm Hg.
Normal alta	85 – 89 mm Hg.
Hipertensión grado I	90 – 99 mm Hg.
Hipertensión grado II	100 – 109 mm Hg.
Hipertensión grado III	≥ 110 mm Hg.

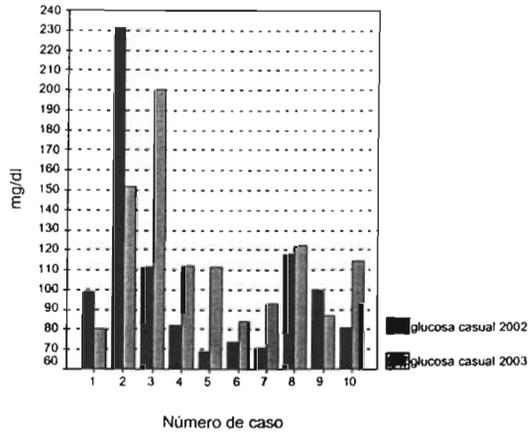
Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial (NOM-030-SSA2-1999).

Los resultados de glucosa casual señalaron que el valor mínimo durante la intervención fue de 69mm/dl y un valor máximo de 231 mg/dl mientras que en el seguimiento, el valor mínimo fue de 80 mg/dl y el máximo de 200 mg/dl (gráfica 7).

En relación al peso de los participantes se muestra en la gráfica número 8, la comparación entre el año de la intervención y en el seguimiento donde se puede observar una tendencia a aumentar.

### Gráfica 7

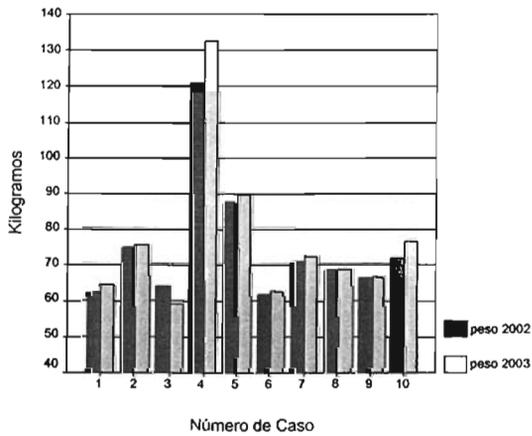
#### Glucosa Casual 2002 / 2003.



Fuente: Cedula de valoración ESVIDIM-2 (2002-2003).

### Gráfica 8

#### Peso 2002 / 2003.

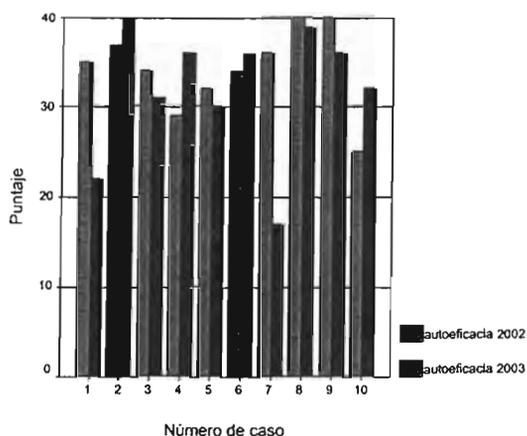


Fuente: Cedula de valoración ESVIDIM-2 (2002-2003).

En cuanto al nivel de autoeficacia percibida en la primera medición encontramos que el 80% de la población se ubicó en el rango de Autoeficiente y el restante 20% en el rango de medianamente autoeficiente. Mientras que en el seguimiento a un año de distancia se encontró que el 70% de la población se encontró en el rango de autoeficaz, 20% medianamente autoeficaz y un 10% en el rango de no autoeficaz (Gráfica 9).

### GRÁFICA 9

**Autoeficacia 2002 / 2003.**



Autoeficaz	30 o más
Medianamente autoeficaz	20 - 29
No autoeficaz	10 - 19

FUENTE: Cuestionario de Autoeficacia Generalizada, EVIDIM 2 (2002- 2003).

En lo referente al nivel de conocimientos sobre alimentación, estrés y ejercicio físico se encontró que durante la intervención se obtuvieron valores mínimos de 24, 14 y 18 puntos y un máximo de 32,19 y 24 respectivamente. Mientras que durante el seguimiento se encontraron valores mínimos de 22, 11 y 16 respectivamente, y máximos de 31, 20 y 24 en cada tema (Tabla 1).

**TABLA 1**

**RESULTADOS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN ESTRÉS Y EJERCICIO.**

TEMA	PUNTAJE POST-INTERVENCIÓN (2002)	PUNTAJE EN SEGUIMIENTO (2003)	PUNTAJE DEL TEST
Alimentación	MIN: 24 MAX: 32	MIN: 22 MAX: 31	32
Estrés	MIN: 14 MAX: 19	MIN: 11 MAX: 20	20
Ejercicio	MIN: 18 MAX: 24	MIN: 16 MAX: 24	24

Cuestionarios de evaluación sobre alimentación, estrés y ejercicio; ESVIDIM 2 (2002 - 2003).

## CAPITULO V.

### DISCUSIÓN.

El satisfacer las necesidades básicas, la falta de tiempo, la falta de conciencia, la falta de control de factores externos, entre otras, son las causas referidas en el discurso, que entorpecen el cumplimiento de los consejos de salud.

En los resultados expuestos, se puede observar que a pesar de los esfuerzos para realizar campañas de prevención de enfermedades, la educación para la salud no es suficiente o no tiene la claridad e impacto que se espera. Queda de manifiesto, que la población necesita de información concreta acerca de las acciones que debería llevar a cabo para prevenir o controlar la diabetes y que la existencia de mitos o verdades a medias influyen para que se realice un autocuidado deficiente.

Comentarios como: *“Lo que pasa es que nunca...como yo le dije a la maestra Vero y a la otra maestra, que si este yo me quería suicidar, quería morirme porque nunca había escuchado yo esa enfermedad y lo que pasa es que yo siento que me afectó porque me inyectaron insulina desde el principio que me detectaron el diabetes...si y que supuestamente que la insulina es el que se nos va la vista, que se nos debilitan los huesos”*; dejan ver el largo camino que aún queda por recorrer.

Hallazgo que complementa los resultados que afirman que el diabético mejora su cuidado con educación diabetológica (Puente, Salinas, Villarreal, 1999; Lazcano, 1999).

Se pudo notar que el tema del plan alimentario es al que con mayor frecuencia y profundidad se hizo referencia, muy por encima del interés que se observó en el tema del estrés o la práctica de ejercicio, sin embargo, y quizá por lo mismo, representó uno de los mitos que reiteradamente se advirtieron en las entrevistas: la idea de que el llevar a cabo un plan alimentario es **comer menos** (dieta), sin que esto signifique la incorporación de frutas, verduras o fibra en la comida, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Mendoza, F y colaboradores en 1999 quienes refieren que en cuanto a la alimentación, importa más la cantidad y el gusto que la calidad; el concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, atenta contra el gusto, la costumbre y aísla a la familia; y el consumo de carne está sobre valorado y el de verduras relegado.

*“Cambios por ejemplo alimenticios por ejemplo, mínimos pero si ha habido cambios, antes no contaba las tortillas por ejemplo, y por lo tanto perdía la cuenta en 8 o 10, ahora me como unas 2,3 y me freno por lo tanto es una limitante de que mi pensamiento ya lo asimiló...”*

La falta de manejo de información verídica por parte de los usuarios se ve reflejada en el aumento de peso de la mayoría de los participantes, a excepción de aquellos que durante la entrevista describieron la modificación de hábitos de consumo y no sólo la disminución en la ingesta de sus alimentos. En este tipo de temas el profesional de enfermería puede plantear metas a corto plazo que representen una evidencia de avance para el paciente y que sean factibles de realizar, para que sus efectos puedan mantenerse a largo plazo.

Por otro lado se observó que el presentar consejos simples, como consumir las frutas y verduras con cáscara en lugar de pelarlas; es decir presentar la modificación de hábitos insanos en su forma ideal, pero integrando opciones sencillas que representen poco esfuerzo y poca inversión de tiempo, favorece el acercamiento a la consultoría de enfermería; hallazgo que complementa la investigación de Padilla y colaboradores (1997) quienes agregan que la adherencia a los estilos de vida saludables es un proceso lento y gradual, que implica acompañamiento del paciente; mantener la visión de las dificultades que enfrenta diariamente para adherirse a las conductas de salud y donde el respeto de la enfermera hacia la individualidad del usuario se verá apoyado por los avances éste consiga.

*“...e incluso es mentira que no puedas comer un pan con mermelada, mentira, digo ahí puedes comer, mentira que no puedas tomar agua dulce, ahí te enseñan la marca de la azúcar que le tienes que hechar y puedes seguir tomando tu agua dulce, puedes comer tus frijoles pero todo con cierta medida...”*

Uno de los principales retos es lograr que el usuario sea capaz de asumir la responsabilidad de su autocuidado, y esta labor se complica más cuando el paciente no reconoce los síntomas de la enfermedad situación que también identificaron Gallegos y colaboradores (1999). Ya que el concepto de enfermedad está directamente relacionada con la sensación de dolor, las acciones de autocuidado con frecuencia se limitan a contrarrestar esta sensación, sin ocuparse de aspectos asintomáticos que podrían desencadenar complicaciones irreversibles. Datos coincidentes con la investigación de Menéndez y colaboradores, presentada en 1999 que indica la importancia que tiene ser concientes de que el comportamiento actúa sobre la salud. Por tanto es labor de enfermería concientizar a la población de que el autocuidado debe desarrollarse como una conducta preventiva o de control y no como una actividad paliativa.

*“Bueno la verdad yo no pienso que estoy malo, sino que yo llevo mi vida normal, yo le aseguro que tomo las medicinas, el medicamento que tomo siento que estoy enfermo, pero si no tomara, ese medicamento, no estoy enfermo y ese es el control que he llevado, mi vida normal...”*

Como ya se mencionó la diabetes es una enfermedad que progresa asintómicamente, por lo que sus complicaciones regularmente se presentan de forma

sorpresiva para el paciente y su familia, situación que puede ser aprovechada por el personal de salud para que el mensaje del autocuidado tenga mayor repercusión. Sin embargo es importante que el personal de enfermería también contribuya a modificar las razones del autocuidado actual, tales como el miedo a las complicaciones, al dolor y malestar que provoque la enfermedad; fomentando en su lugar las de la conservación de la salud y las capacidades físicas.

Dentro del discurso de los participantes se manifestó la necesidad de tener un “pretexto” que nos libre de juicios y comentarios emitidos por nuestros seres cercanos y que restan importancia al deseo de salud.

*“En cuestión de la alimentación, si trato yo de tener, pues de escoger / más que nada mi comida no?, porque si van a hacer algo con mucha grasa pues yo hago otra cosa y tengo de pretexto a mi hija que no come chile, no come tanta grasa, no come tanto dulce...”*

La falta de apoyo por parte de la familia fue un tópico que surgió frecuentemente entre los entrevistados lo que implicaba un “aislamiento” para poder cumplir con las metas de salud que se habían fijado. Ejemplos como el comer a distintas horas y elaborar diferentes platillos , ponen de manifiesto la importancia que tiene estimular el empoderamiento de las decisiones individuales, sin perder de vista la promoción que debe de realizarse para conseguir el apoyo familiar (Price, Y. Muñoz L. 2003).

*“... uno como ama de casa es la que determina prácticamente cual es la alimentación que uno va a tener. Si uno quiere darle precisamente las gorditas, las grasas, todo, todo lo que sea a la familia pues se lo va a dar y cuando uno va mediando esas cosas esos alimentos, cuando uno va de compras mira vamos a comprar esto ya por salud...”*

Quizá otro punto que valdría la pena puntualizar son aquellas razones del inconsciente que también entorpecen el autocuidado, como podría ser el no valorar la salud por no ser merecedores de tal atención, o la ganancia secundaria de “afecto y atención” que se pueden obtener al padecer alguna enfermedad” o quizá una actitud auto flagelante que justifique el abandono de nuestra salud (Farberow).

*“Yo al menos veo eso en mi casa, yo siento que tanto lo veo en mi mamá como/ digo si yo misma lo estoy notando en mí, o sea no hay esa verdadera preocupación por cuidarme yo misma o sea, no hay esa autoestima de cuidarte, quererte, y demás, o sea yo digo es importante porque de alguna forma vas viendo los daños que tienes ¿no?, no hay ese cuidado, ese cariño, ese amor a ti mismo...”*

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la importancia que juega la integración enfermera – paciente para conseguir un apego a los consejos de salud. El

interesarse por los aspectos familiares sociales y emocionales de los usuarios brinda la oportunidad de conseguir que los consejos sean más “reales”, es decir, ayudar a modificar conductas concretas e individuales. Por lo contrario aquellas experiencias en donde el paciente se siente delegado o ignorado marcan negativamente el comienzo del apego a los consejos sanitarios (Magalhães Moreira, T. M. y Leite de Araújo, T, 1999).

*“ Luego a veces te digo, la doctora luego me sale con que no me revisa como debe ser, no me revisa.... Pues a mi me gustaría que me dijeran, le vamos a hacer esto, le vamos a sacar una placa o le vamos a ver que tiene, entonces iría.”*

*“...la primera vez esta señorita, no recuerdo su nombre, iban hasta allá, iban le insistían y es cuando ya venía. Entonces iban hasta allá y le decían, “andele vámonos” o luego allá mismo lo pesaban y le tomaban la presión y todo, solamente así y lo convencieron y ya vino”.*

Recordemos que en muy pocas enfermedades está tan condicionado el éxito terapéutico, de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación enfermera/paciente como en la diabetes.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

La diabetes como enfermedad crónica degenerativa requiere ser abordada desde los diferentes aspectos que rodean el desempeño del ser humano. Atenderla únicamente en su aspecto fisiológico representaría el error de subestimar la carga emocional que constituye ser diagnosticado (a) con una enfermedad incurable o el problema económico que significa para el individuo y la sociedad.

El ritmo de vida actual ha obligado a los seres humanos a reordenar sus prioridades, dejando a la salud en los últimos lugares, además se debe considerar la influencia de la sociedad de consumo que promueve conductas insanas como el fumar o el beber. Ahora llevar una vida saludable representan un verdadero reto para las personas. El papel de enfermería es contribuir en la adquisición y adherencia a éstos estilos de vida concientizando al usuario del riesgo de enfermedad o complicaciones a las que está expuesto (a) procurando que el (la) usuario (a) se haga cargo de su salud incluyéndolo (la) en la toma de decisiones.

La educación para la salud ha demostrado ser una herramienta que debe seguir impulsándose y perfeccionándose debido a la eficacia y bajo costo que constituye para la prevención y el control metabólico en la diabetes mellitus; pero en este trabajo ha quedado de manifiesto que este esfuerzo, poco o nada vale, sin el seguimiento correspondiente para realizar asesorías, aclaraciones, actualizaciones y reforzar la motivación necesaria para que conseguir las metas de salud que se han propuesto.

Por esta causa se recomienda continuar sensibilizando al personal de enfermería, en su labor como la principal educadora en salud y continuar fomentando la visión holística de su ejercicio profesional, mediante su preparación con técnicas de enseñanza específicas para cada etapa de desarrollo y recalcar la influencia del aspecto psicosocial en la vida del paciente, fomentando una empatía que sustituya los consejos “a granel”, por sugerencias basadas en las necesidades, motivaciones y recursos de cada usuario (a).

La familia, es el grupo donde se adquieren los hábitos y valores que marcan el quehacer futuro de sus integrantes. En el presente estudio se observó que para la adquisición de estilos de vida saludable y el mantenimiento de éstos, está fuertemente influido por la dinámica familiar. Al ver esta situación se recomienda incluir a la familia cuando se programen las charlas educativas, para fomentar la participación de todo el núcleo familiar y que el usuario diabético se sienta apoyado y motivado para lograr el control de su diabetes, al mismo tiempo que se estimula el aspecto preventivo en el resto de los integrantes.

Y considerando que es la mujer quien, tradicionalmente se hace cargo de la salud familiar, se sugiere reforzar el papel de la mujer como agente de cambio para la modificación de hábitos insanos, principalmente los relacionados a la alimentación.

Al realizar un trabajo para conocer las necesidades de los usuarios, se alimenta la perspectiva del profesional, acerca de las acciones necesarias para conseguir el bienestar del individuo y la comunidad, ya que no solamente se toman en cuenta la visión y necesidades del personal de salud, sino que se logra un acercamiento con los pensamientos, sentimientos y formas de expresión de las personas. Representa una oportunidad única de integrar al paciente en el mantenimiento de su tratamiento y ganar su confianza.

A pesar de la importancia y repercusión que tiene el trabajo cualitativo en la investigación, no se debe perder de vista que en ocasiones el entrevistado optará por evadir las preguntas con respuestas ambiguas o que no correspondan a su realidad, quizá en un intento de agradar al personal de salud que realiza el estudio. Es por esto que se sugiere continuar con una triangulación metodológica que pueda complementar la información y ayude a obtener resultados más veraces que alimenten el conocimiento enfermero; ya que continuar fomentando proyectos de investigación, sin duda ayudará a colocar a la enfermería como fuente de conocimientos para toda el área de la salud.

Así, se obtiene un conocimiento directo de la realidad social, no mediado por definiciones conceptuales u operativas, ni filtrado por instrumentos de medida con alto grado de estructuración. Los métodos cualitativos intentan dar cuenta de la realidad social, comprender cual es su naturaleza más que explicarla o predecirla (Peiró: 1996).

Por último, cabe mencionar la necesidad de promover las actividades que enfermería puede realizar en el primer nivel de atención y específicamente en la Comunidad, que es en donde la educación para la salud juega un papel crucial en la prevención y control del nuevo problema de salud pública: las enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas.

## BIBLIOGRAFÍA.

- ADA, (2003), Follow-up Report on the Diagnosis of Diabetes Mellitus. En: Diabetes Care, Volumen 26, No. 11, Noviembre, pp3160- 3166.
- Alpizar, M. (2001). Guía para el Manejo Integral del Paciente Diabético. Ed. Manual Moderno, México, 339pp.
- Amezcua, M, (2000). El Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud, un grupo para humanización de los cuidados. En: INDEX de Enfermería, Año IX, No. 28-29, pp41-44.
- Amezcua, M; Gálvez, A.(2002). Los modos de análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva Crítica y Reflexiones en Voz Alta. En: Revista Española en Salud Pública, Vol. 76, No. 5, Septiembre-Octubre, pp423-436.
- Amigo, I., Fernández C; Pérez, M., (1998). Manual de Psicología de la Salud. Edición Piramide. España.
- Arboleda, E., Giraldo, A., Ramírez, P., Rengifo, AM. La influencia del entorno en la adhesión al tratamiento de pacientes en diálisis. Disponible en :[http://:Correo farmacéutico.com](http://Correo.farmacéutico.com)T. G. Pacanowski. Barcelona19 de diciembre de 2002.
- Arguedas C., et al.(1998). Diabetes y complicaciones crónicas. Una visión. En: Asociación Latinoamericana de Diabetes, Vol. VI, No. 3, pp146 – 151-
- Bartol, T. (2002), Muestre a su Paciente Diabético cómo Puede Autocuidarse. En Nursing, Volumen 20, No. 7, Agosto-Septiembre, pp15-17.
- Cebria, J., Bosh, JM., Prados, JA.¿Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de salud? En: Atención Primaria, Vol. 25, No. 4, pp. 207-208.
- Cisneros Puebla, César A. (2000, enero). La Investigación Social Cualitativa en México [33 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 1(1). Disponible en, <http://qualitative-research.net/fqs> Year, Month, Day
- De la Cuesta, (1999). Investigación Cualitativa y Práctica de Enfermería.

En: Investigación y Educación en Enfermería, Año XVII, pp125-133.

- De Gross, R, (1998), Psicología, la Ciencia, la Mente y la Conducta. Ed. El Manual Moderno, México, 3ª edición.
- DiNicola DD, DiMatteo MR, (1984). Practitioners, patients, and compliance with medical regimens: A social psychological perspective. En A Baum, SE Taylor & JE Singer (Eds.): Handbook of psychology and health: Vol. 4. Social psychological aspects of health. Hillsdale, NJ: Erlbaum.; pp 55-84.
- Dobkin, JF. (1998), You Say Adherence I say Compliance. Infect Med; 15 (1):11-65.
- Durán, B, et. al. (2001). Apego al tratamiento Farmacológico en Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. En: Salud Pública de México, Vol. 43, No. 3.
- Durán S. A, y Ferrer P. V, Análisis de la estabilidad de la adherencia al tratamiento en diabetes. Departamento de Psicología. Universidad de Illes Balears.
- Educación sobre Diabetes (1996). OPS.
- Escobar, C, et. al. (2000). Mitos sobre la prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles en América Latina. En: Salud Pública de México, Vol. 42, No. 1, pp56-63.
- Gálvez, A, (2003). Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Descriptivo. En: INDEX de Enfermería, Año XII No. 40-41, pp51-57.
- Gallegos, E; Cárdenas, M; Salas, M, (1999) Capacidades de Autocuidado del Adulto con Diabetes Tipo2. En: Investigación y Educación en Enfermería, Vol. XVII, No. 2, Septiembre, pp 23-33.
- García, G, et.al. (2002). El Análisis de Texto Asistido por Ordenador en la Investigación Cualitativa. En: INDEX de Enfermería, Año XI No. 36-37, pp24-28
- Gascón, J. Saturno, P. Llor, B. (2001). Evaluación y mejora de la adhesión terapéutica en los pacientes hipertensos.

En: atención Primaria, vol. 28, No. 9, pp615-619.

- Grbich, C. Qualitative research in health. An introduction. St Leonards (Aus): Allen & Unwin, 1999.
- Hernández Ronquillo, L, et. al. (2003). Factors Associated with Therapy Noncompliance in Type-2 Diabetes Patients.  
En: Salud Pública de México, Vol. 45, No. 3, pp191-197.
- Hirschfeldt RMA, (1993). Incumplimiento terapéutico: el enemigo oculto. San Francisco: 146 Reunión anual de la American Psychiatric Association.
- Jáuregui J. T.; de la Torre, A.; Gómez, G. (2002) Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: Impacto de un programa multidisciplinario.  
En: Revista Médica del IMSS, Vol 40 No.4 pág 307-318
- Lankshear, C y Knobel, M, (2000). Problemas Asociados con la Metodología de la Investigación Cualitativa.  
Disponible en: [comorealizarinvestigacioncualitativa.html](#)
- Menéndez, C et.al. (1999). Manejo de estresores y adhesión al tratamiento de los pacientes jóvenes diabéticos tipo 1 insulino dependientes con mal control metabólico.  
En: Anales Sis San Navarra, vol. 22, suplemento 3, pp239-244.
- Magalhães, T., Leite de Araújo, T. Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de salud  
Disponible en: <http://www.enfervalencia.org>
- Mejía E, N; Serna G, LE; sierra L, T, (1999), Descripción de Actitudes y Prácticas de Estilos de Vida Saludables, en Médicos y Personal de Enfermería.  
En: Investigación y Educación en Enfermería, Volumen XVII, No. 1, Marzo, pp49-62.
- Mendoza, F, et.al. (2000). Comunicación y Perspectiva de Audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes.  
En: Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 8 No. 1, pp5-13.
- Mercado, J. Villaseñor, M, Lizaldi, A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un Campo en Consolidación. México. Universidad de Guadalajara.  
<http://www.cucs.udg.mx/~progics>.

- NOM-015-SSA2\_1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial.  
Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/norm\\_norm.html](http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/norm_norm.html).
- Padilla G, Aráuz A y Roselló M (1997) Metodología para evaluar la adherencia a la dieta en diabetes mellitus no insulino dependiente.  
En: Revista Costarricense de Ciencias Médicas V 18 No. 4. Diciembre.
- Pender, N, (1996). Capítulo 8. Modificaciones del Estilo de Vida Relacionado con la Salud., Appleton y Lange, EUA, tercera edición.
- Pizarro, J, (2000), El Análisis de Estudios Cualitativo.  
En: Atención Primaria, Vol.25, No. 1, Enero, pp42-46.
- Polit, D y Hungler, , (2000). Investigación científica en Ciencias de la Salud Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México, pp553-560.
- Price, Y; Muñoz L;A. (2003). Comprendiendo la Búsqueda de Bienestar en Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial.  
En: Revista de la Universidad de Antioquia, Chile, marzo.
- Programa de Salud 2002-2003 Distrito Federal.  
Publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 1 114 del 22 de agosto de 2002 pp 73-107.
- Ribot, C. Fernández, M. García de León, D. (2000). Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas.  
En: Atención Primaria, vol. 25, No.5, pp343-348.
- Rubio, A. Ardaiz, B. Castilla, M. Iñigo, M. (2000). Evaluación del Control de la Diabetes y de los Factores de Riesgo Asociados a la Población Diabética en la Consulta de Enfermería.  
En: Enfermería Clínica. Vol. 10, No. 5, pp 185 – 191
- Salinas, A, (2000). Factores que predisponen la Prevención de CaCu.  
Tesis de Mtría. Facultad de Psicología de la UNAM, pp32-38.
- Silvestre, C; et.al,(2001), Efecto de una Intervención Educativa sobre la Adherencia al Tratamiento Antibiótico en la Población Infantil en Atención Primaria.  
En: Enfermería Clínica, Volumen 11 No. 3, p110 y 111

- SSA (2000), Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), México.
- Secretaria de Salud (2001). Programa de Acción en Diabetes Mellitus Primera edición, México, pp11-22.  
Disponible en:[http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia\\_3/diabetes\\_mellitus.pdf](http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/diabetes_mellitus.pdf).
- Zaragoza, A y Smith, L. (2001). El uso de la Triangulación Metodológica para identificar el grado de introducción del proceso de Atención de enfermería en una unidad hospitalaria (descripción de la técnica de Grupos focalizados).  
En: INDEX de Enfermería, Año X No. 32-33, pp9-12.

**A**

**N**

**E**

**X**

**O**

**S**

# Instrumentos



## ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.



Debido a los antecedentes de esta investigación serán necesarias incluir las siguientes áreas de indagación:

- Conocimientos generales*
- Plan alimentario.*
- Actividad física.*
- Control del Estrés.*

1. ¿Cuál es su opinión sobre el programa educativo en diabetes, al que usted asistió?  
-- que le parece la claridad y calidad de la información.
2. ¿Qué es lo que siente y piensa acerca de la diabetes?  
- le preocupa?, que lo motiva a cuidarse o descuidarse?.
3. ¿En qué piensa cuando se le dice “estilo de vida saludable”.  
- que tan flexible es llevar un estilo de vida así.
4. ¿Qué tipo de cambios han sucedido en su vida desde que asistió al programa educativo en diabetes?.

DIABETICO	CON FACTORES DE RIESGO
5. ¿Cuál es su opinión sobre la actividad física como parte del tratamiento de la diabetes?	¿Cuál es su opinión sobre la actividad física como parte de la prevención de la diabetes?
6. ¿Cuál es su opinión sobre el plan alimentario como parte del tratamiento de la diabetes?	¿Cuál es su opinión sobre el plan alimentario como parte de la prevención de la diabetes?
7. ¿Cuál es su opinión sobre el control del estrés como parte del tratamiento de la diabetes?	¿Cuál es su opinión sobre el control del estrés como parte de la prevención de la diabetes?

\*que le dificulta cumplir con estos tres aspectos

8. ¿Qué puede hacer el personal de salud para lograr la participación y adherencia de ustedes?.

**CÉDULA DE VALORACIÓN**

**ESVIDIM – 2.**

NOMBRE	PESO	TALLA	IMC	PERÍMETRO CINTURA	PERÍMETRO CADERA	ICC	TA/ SIS.	TA/ DIAS	GLUCOSA CAPILAR









## 1. NIVEL DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA

By Judith Bäbl, Ralf Schwarser & Matthias Jerusalem, 1993

INSTRUCCIONES: Lea cada frase y llene con círculo el número que indique que tan verdadero sea lo que se le pregunta.

1 = incorrecto                      2 = casi correcto      3 = casi cierto                      4 = cierto

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Pase lo que pase, por lo general soy capaz de manejarlo  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. 8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Al tener que hacer frente a un problema generalmente se me ocurren varias alternativas.   | 1 | 2 | 3 | 4 |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ENTREVISTAS

**Usuaría conocida, la cual tiene gran confianza para hablar de sus problemas con el personal del proyecto.**

▪ Nombre: GBM Edad: Sin diagnóstico de diabetes

▪ B Bueno a grandes rasgos usted conoce el tema de la investigación, es acerca de los hábitos saludables en cuestión de control de peso, control del estrés y práctica de ejercicio, entonces...¿Cuál es su opinión sobre el programa de educación en diabetes al cual asistió?

▪ G O sea ¿cómo llevamos ese estudio?

▪ B ¿Qué le pareció?

▪ G En lo personal a mi me pareció bien, los métodos que nos dieron, que nos enseñaron, la alimentación, los ejercicios todo eso, bueno a mi en lo personal me gustó porque mis papás son diabéticos, entonces como son diabéticos yo vine también a esa plática, bueno a esos pequeños cursos que hubieron, más que nada me gustó la forma en hacer los ejercicios, como hacerlos y que uno no se si es por que uno no está enterado como alimentarse, de hacer los ejercicios y todo eso, pero de algo a nada pues me ayuda pues por que hay que eliminar muchas cosas en lo que se refiere a la alimentación

▪ B ¿Le parece suficiente la información que se le dio para cuidarse?

▪ G Bueno para mi pues si nomás es lo que yo no consumo por ejemplo el refresco, el pan tampoco, las harinas casi no, la tortilla tampoco, bueno para una persona a pesar de que no soy diabética tengo, elimino y me abstengo de comer las harinas las grasas, no digo que no las como, las llevo a comer pero con moderación como mis alimentos.

▪ B ¿Y la forma en que se le explicaron , la forma en que le dieron la charla que le pareció?

▪ G Si también estuvo bien porque nos dieron con el tema otras explicaciones expusimos los temas en el tema de la alimentación preparamos unos alimentos, también lo que uno puede desayunar como diabético, los alimentos que uno debe de tomar, le digo en ese aspecto me gustó, bueno la explicación que nos dieron del tema de diabetes.

▪ B ¿Qué es lo que siente o piensa acerca de la diabetes?

▪ G Es una enfermedad que se puede controlar, si uno como persona quiere cuidarse, su salud o algo así, uno puede controlar todos sus regímenes de alimentación, en que se yo, en el ejercicio en alimentación, muchas cosas que tiene uno hacer hasta en el estrés porque influye también el estrés, yo soy aficionada (refiriéndose al estrés).

▪ B ¿Le preocupa?

▪ G Si es preocupante por que le digo yo con mis papás, aunque a veces no se porque tiene sobre peso ella, come poco, pero ella no deja a veces..... no toma refresco, pero si a veces que su tortilla o cualquier cosa o harina o no se a que se deba , si al estrés, no se, si eso es también lo que a uno lo haga subir de peso.

▪ B ¿En que piensa usted cuando se le dice estilo de vida saludable?

▪ G Un estilo de vida saludable yo pensaría que en tener una alimentación adecuada, que se yo, ejercicios, controlar, como yo lo recalco mucho el estrés. yo desgraciadamente con cualquier cosita me estreso bastante yo tengo ese problema que con cualquier cosita hasta porque la mosca me estreso, entonces debe uno alimentarse adecuadamente hacer ejercicios, tomar sus alimentos balanceados, mas que nada balanceados para que funcione bien el organismo.

▪ B ¿Qué tan flexible es llevar un estilo de vida saludable?

▪ G Es flexible no mas que nosotros no estamos muy bien habituados al modo de llevar a veces porque se yo porque hay personas que trabajan como yo que tengo que atender un pequeño negocio, me bajo y ando siempre a las carrereas, ando corriendo, uno que quisiera alimentarse a su hora que fuera, pasarse a tomar su desayuno o algo así. No uno viene a la carrera y cuando uno tiene la oportunidad de tomarse un desayuno puede ser accesible pero nada más que nosotros no ponemos de nuestra parte si en ese aspecto, desgraciadamente por el trabajo, por "X" cosa pero siempre hay un pero que.....

▪ B ¿Qué tipo de cambios ha hecho en su vida desde que asistió al programa de diabetes?. ¿Cuál es la diferencia entre antes del curso y después del curso?.

▪ G A comer menos grasas, bueno en la alimentación a comer menos grasas, menos harinas, tomar también el refresco o sea bebidas gaseosas, o sea en eso ahí está. en ejercicio nada más pues caminar me ha ayudado porque a veces camino aunque sea un buen rato es lo que hago, para que voy a decir "hay" que hago..... en ese aspecto es lo que yo tratado de llevármela o sea me beneficia en algo no comer tanta grasa, no comer los carbohidratos y todo eso es lo que a mi supuestamente me ha ayudado.

▪ B ¿Y si siente la diferencia siente algún cambio?

▪ G Si pues aparentemente así entre comillas como dice uno pues si, nomás que el problema que yo tengo es el estrés. Ese lo recalco mucho siempre que me preguntan. no se a que se deba, mi problema de estrés y de depresiones, bueno las depresiones como sea hay voy saliendo a flote, pues no se por cualquier cosita me deprimó bastante y me irritó mucho, cuando estoy muy estresada

▪ B ¿Cuál es su opinión sobre la actividad física como parte de la prevención de la diabetes?

▪ G O sea en hacer ejercicio, si en hacer ejercicio le digo la caminata bueno en lo personal yo camino aunque sea un tramo aunque sean 10-15min yo camino en lo que bajo y vuelvo a subir o a veces me paro me siento y es lo que hago de ejercicio. No llevo muy constante mi rutina de estar en un...o sea hacer ejercicios continuos, pero pues si en la caminata o cualquier en lo que hago en lo personal de actividad física es lo que hago no más en la casa.

▪ B Pero ¿qué es lo que a usted le impida realizar la actividad física?

▪ G Pues más que nada sería el tiempo, pero yo tendría que hacerlo ya de noche que es cuando ya estoy más desahogada, descansada y puedo hacer mis ejercicios. Hago mis ejercicios por mis piernas, levantamiento de mis piernas por mi problema de mis várices, eso si diario en las noches me quedo un buen rato más de media hora estoy así, me duelen los pies pero me aguanto por mis piernas, por eso le digo es lo que puedo hacer o que camino y de todas maneras llevo y hago cualquier cosa pero lógico un ejercicio así

rutinario que sea que yo corra o que yo haga otro tipo de ejercicios pues no hago el ejercicio nada más así lo que es por lo de la casa por lo que hago en ese aspecto.

▪ B ¿Cuál es su opinión sobre el plan alimentario? ¿qué le facilita o dificulta realizar este cuidado?

▪ G No pues no para lo de la alimentación pues no. Es como le digo yo, mi alimentación es por ejemplo menos grasas, menos carbohidratos, por ejemplo yo era lo que antes comía, yo cualquier cosita era a lo que le entraba y casi la fruta no, le soy sincera casi yo frutas no ni verduras pero ahora no, que una verdura que una fruta me pico y ya me desayuno o llego y es lo que me meriendo ya en la noche yo procuro no como tortillas, no como harinas le digo 1 tortilla o 2 tortillas, pero no se a que se deba lo que yo siempre he estado en ese problema a que tengo kilos encima si casi no.. como muy poco, yo como muy poco, ahorita me puedo tomar un jugo de naranja del desayuno, jugo de naranja nada más o un yogurt una fruta es todo mi desayuno y así puedo estar hasta la tarde

▪ B ¿Y su familia no influye para su alimentación?

▪ G No porque nomás soy yo , soy sola, ya son independientes mis hijos, cada quién hace sus cosas, preparan, o sea soy yo sola yo no tengo problema para la alimentación, en si no tengo problemas porque soy independiente. B Solo su esposo

▪ G Si nada más eso y yo si, si a mi me dicen esto no se va a comer, a mi no me lo hacen comer, si, si a mi dicen por ejemplo esto no se va a comer...no se toca, así me guste, así sea una cosa que a mi me guate. Yo no digo que no tocaré un pedazo pero más no.

▪ B Ahora sobre el tema que usted toca mucho: el estrés. ¿Por qué cree que no lo puede controlar que es lo que le impide controlar el estrés?

▪ G No se eso es lo que yo quisiera realmente saber, a que se debe mi estrés, porque no se no se , o sea será yo será aunque están ya mis hijos ya grandes o sea son independientes o lo que sea a veces no los veo y tienen sus niños no los veo, no se si sea eso lo que a mi me dañe, me ataque , me dañe, de que a veces no los veo y estoy con el pendiente de que no los he visto y a mi todo eso me estresa. Todo eso me estresa pero eso no se a que...los veo y mire estoy tranquila aunque los vea de hay de vez en cuando 'ora si que pasan o que me ven, ahí estoy pero no se a que se deba mi problema de estrés , si en lo personal no lo sepa yo controlar, mi estrés en sí o que salga o a que se deba eso.

▪ B ¿Y el estrés que usted siente es específicamente con los hijos o también sucede con cosas más sociales, digamos un problema con el esposo, los hermanos?

▪ G En si, en si mi estrés es tipo familiar, bueno porque estoy rodeada de mi familia, mis hijos, pero también llego a tener problemas, como ayer que tuve un pequeño problema, no estuve pero si estresada! También influyen en mi trabajo así por cualquier cosa, o "X" cosa cualquier problemita que yo tenga tanto en mi trabajo como en mi casa, todo eso se me acumula, bueno no se si a eso se deba que mi estrés no salga a flote, ahora que como dicen se estanque en ese espacio. Si porque también cuando mis hijos los veo o me ven, lo que sea, pero yo me la paso tranquila y también en el trabajo no tengo ningún problema en mi negocio, pero ayer que me pasó una cosa estaba que hechar chispas, si todo eso le digo me enoja o sea me estresa, me irrita, si alguien me molesta lógico que

tengo que sacar mis uñas me tienen que sacar mi estrés a como de lugar. Como le digo a mi lo que me pueden lo que me hagan, a mi que me pidan las cosas, pero que a mi no me las quiten, que me pidan mis cosas, si yo me vengo a trabajar a lo que sea a mi no me gusta que me hagan una travesura ahí y sea algún familiar yo no se exactamente quién me hace esas, pero sea un familiar. Ahorita el problema.

▪ B ¿Por lo que usted dice esta rodeada de familiares, ha visto que reacciona de la misma forma con gente que no es de su familia?

▪ G Si aunque no sea de mi familia también.

▪ B ¿Qué puede hacer el personal de salud, las enfermeras en este caso para lograr la participación de ustedes en el cuidado de su salud y pregunten y aclaren dudas sobre, en este caso, la diabetes?

▪ G Pues venir, bueno que nos den unas pláticas, pudiera ser que nos den un tipo de pláticas o que se yo sobre la diabetes que es el tema ahorita se está viendo, le digo unas pláticas o unos ejercicios de relajamiento, no se, bueno es en lo personal, también para que uno por medio de eso fuera controlando su estrés.

▪ B Usted asistió al curso y se le dieron esos temas: alimentación control del estrés y actividad física no le es suficiente o quisiera que se repitieran.

▪ G No pues en eso sí pero le comento, no se a que se deba que mi estrés, a que no lo se controlar ese es mi, en mi persona que si no sepa controlar mi estrés, porque yo con cualquier cosita me irrito o sea me estreso. Pero si estuvieron bien los temas y todo o sea que nos ampliaron y nos explicaron que mientras uno deje sus problemas así a un lado pero desgraciadamente es como le digo como también me comenta mi esposo y mis hijos ya hicieron su vida como sea, no es que yo los quiera tener aquí a fuerza conmigo sino es como también le digo por ejemplo yo me acostumbre a que por ejemplo estaban conmigo ahora ya tienen su pareja o sea tienen su vida independiente entonces no se a que se deba ese problema, pero en si estuvo bien, pero también le digo ahí nos ampliaron en que uno debe de dejar sus problemas o sea saberse controlar en el estrés y todo eso, que lo hago pero luego a veces hay momentos en que si no los puedo controlar. Bueno pero le digo en si estuvo bien los temas que nos ofrecieron aquí en el centro comunitario, los temas relacionados del estrés de la alimentación, bueno de los ejercicios, a todo o sea por que proviene el estrés, todo el estrés a que lo motiva, pero no se conmigo que es lo que pasa, que es lo que necesito más yo en lo personal, si una ayuda ya de otro tipo para sacar ese problema que yo traigo o no se

▪ B Bueno eso sería todo muchas gracias.

**Usuaria conocida, reservada, pero no presenta problemas para abrirse conmigo.**

**Es distraída constantemente por su hija de 3 años.**

▪ Nombre: GGM edad: 27años sin diagnóstico de diabetes

▪ B Recuerdas el curso al que asististe, las charlas educativas sobre diabetes G  
*asiente afirmativamente con la cabeza....* B ¿cuál es tu opinión sobre esas charlas?

▪ G Sobre el curso que tuvimos acá o sea pero... ¿cuál fue la pregunta?

▪ B ¿Cuál es tu opinión sobre las charlas, que te parecieron?

▪ G Pues muy interesantes en cuestión a... la como controlar o saber como sobrellevar la enfermedad de la diabetes a quien la tiene y a los que no, saber cuales son las -¿cómo se podría decir?- las causas que nos originan a que se nos desarrolle más rápido la diabetes.

▪ B ¿Qué te pareció la claridad y la cantidad de la información? ¿tu crees que fue suficiente?

▪ G Pues yo no se si fue suficiente pero la/ pues lo que nos estuvieron platicando, informando , pues yo pienso que estuvo muy bien, yo no se si nos haga falta otra cosa o no pero pues lo que nos estuvieron diciendo pues si, si se me hace que estuvo bien.

▪ B A ti en lo particular ¿qué es lo que piensas de la diabetes, que es lo que sientes acerca de la diabetes?

▪ G Pues yo no siento que /no se cuales sean las pues... no se que se siente tener la diabetes, pero por lo que me han dicho, al momento de que les dicen tienes diabetes o están ya a punto de que se te desarrolle la diabetes yo creo que ha de ser muy feo, como cualquier enfermedad, claro que esta tiene su ventaja porque se puede controlar y no pasa nada pero también tiene sus riesgos.

▪ B ¿Te preocupa?.

▪ G Pues si, si me preocupa las/ el que tenga diabetes si me preocupa y pues a las personas que ya la tienen, les estoy diciendo, pues cuidense o lleven bien su tratamiento, su control de azúcar o su alimentación que es muy importante.

▪ B ¿Qué te motiva a cuidarte y prevenir la diabetes?

▪ G Pues a mi me motiva mucho mi hija. A mi / yo por mi hija he estado tratando de bajar de peso porque aunque yo no tenga, no esté cerca de que se me desarrolle la diabetes, tampoco estoy fuera de que no se me vaya a desarrollar.

▪ B ¿En que piensas cuando se te dice estilo de vida saludable?

▪ G Estilo de vida saludable, pues en que tenemos que cuidarnos de todo, en la alimentación, en el... la alimentación principalmente.

▪ B ¿Y qué tan flexible se te hace llevar un estilo de vida saludable?

▪ G Pues a mi en cierta forma no se me hace tan difícil, no se me hace dificultoso, este llevar una vida saludable. A mi en lo personal, pero con las personas que convivo o que estamos juntos si a veces como que si se nos dificulta un poquito.

▪ B ¿Qué ha sucedido en tu vida desde que asististe al programa de educación en diabetes a existido un cambio o todo sigue igual en todos los ámbitos como en lo personal y lo social.

▪ G Pues si ha cambiado un poquito pues porque anteriormente no sabíamos que tan dañinas eran las grasas, que tan dañina era tomar tanta azúcar, no sabíamos que nos originaba o que no nos pues si llegar a estar más propensos a la diabetes. Teníamos menos información y pues no nos llevaban o no llevábamos un control pues de nuestra azúcar o sea , nuestro peso.

▪ B ¿Cuál es su opinión sobre la actividad física como parte de la prevención de la diabetes?

▪ G Pues yo creo que eso de la actividad física / yo creo que si nos ayuda bastante, a relajarnos, a no tener tanto estrés y a como/ a motivarnos a estar más activas, más ligeras, este, sacar las cosas negativas, pues yo si siento que ayuda bastante.

▪ B ¿Y sobre el plan alimentario?

▪ G Pues también yo creo que todo va de la mano, el ejercicio, la alimentación este... va de la mano, o sea, no es nada más hacer puro ejercicio y dejar de comer, pues no, las dos cosas son muy importantes.

▪ B ¿Y cuál es la principal dificultad que encuentras, las actividades en estas tres áreas plan alimentario, actividad física, y control del estrés?.

▪ G ¿Cuáles es qué?

▪ B ¿Cuáles son las dificultades que es / te hace a ti que no cumplas con esos cuidados, esas actividades?

▪ G Pues que me hace?... pues a veces la falta de tiempo, a veces uno ya tiene pues todo como planeado, ya tiene el día ya... como elaborado, ya trae todo, ya tenemos todos nuestros planes. Todo lo que voy hacer ahora todo lo que tengo que hacer, y a donde tengo que ir y pues a veces no se puede llevar un control así de tipo: diario voy hacer ejercicio, pues no, a veces no se puede. En cuestión de la alimentación, si trato yo de tener, pues de escoger / más que nada mi comida no?, porque si van a hacer algo con mucha grasa pues yo hago otra cosa y tengo de pretexto a mi hija que no come chile, no come tanta grasa, no come tanto dulce y pues si los demás quieren comer su carne de puerco, bueno pues que se la coman, pues yo si, si a mi hija le tengo que hacer caldo, pues caldo, pues caldo como con ella, o sea , en cuestión de la alimentación pues no.

▪ B ¿Y en las fiestas esto que me estabas comentando? (*Plática previa a la entrevista*).

▪ G A bueno pues si, en las fiestas pues si no nos queda de otra, si nos sirven nuestro plato de carnitas, y bueno, pues ni modo, pero pues ya es el único día que voy a comer carnitas, porque quien sabe hasta cuando, pues no regularmente en la casa... B

no lo acostumbran. G no.

▪ B ¿Qué puede hacer el personal de salud para que ustedes participen más, quieran enterarse de los cuidados que deben tener con su salud y sobre todo que esos cuidados, ya que se transmitió la información se lleven a la práctica? ¿Qué podríamos hacer nosotros para que ustedes practiquen sus autocuidados?.

▪ G O sea para mi o para los...

▪ B Para ti y para los demás. ¿Qué se te ocurre que podríamos hacer nosotros?  
Lo que me comentas, que tu les dices: no coman esto, no coman aquello, pero finalmente es su decisión. ¿Cómo podríamos influir en esa decisión?

▪ G Pues bueno yo lo veo con mi suegro. Ya es una persona mayor, porque no es muy grande, este, pero como que el no, no, no, o sea el dice: ya viví 50 años y los que vengan están de más, o sea, no se prestan para que uno los informe o les de una orientación a / pues acerca de la enfermedad, porque bueno en cuestión de él , porque mi cuñado – no es cierto- mi concuño tiene, pues tiene poco que le diagnosticaron la diabetes, y no, el desde que se la detectaron nada más / a con su, ¿cómo se le llama?, con las pastillas, con el medicamento, es lo único que se controla y no osea no se ha puesto, no ha tenido otros problemas tiene osea y en cuestión de él sabe hasta que punto tiene que tomar ciertas cosas y pues no, no le ha vuelto a elevar el azúcar.

▪ B ¿Entonces que podríamos hacer en tu caso para intentar convencerte para que cumplas con los consejos que se te dan?

▪ G Pues no se, no se me ocurre ahorita nada.

▪ B Digamos que lo que quisiéramos es que ustedes se acercaran a nosotros antes de que se presentara la enfermedad, no que ya vengan con síntomas y todo eso. Entonces ¿qué podríamos hacer para que ustedes se acerquen a nosotros y ustedes se preocupen por su salud cuando todavía la tienen?

▪ G Pues no se, a lo mejor nuevamente una información u orientación acerca de la diabetes, o no se en cuestión de mi suegro que ya la tiene, pues insistirle, hacer quien se cansa más, si el de decir que no o nosotros de decir que si.

▪ B Insistir entonces.

▪ G Ajá

▪ B Imaginando que tu tuvieras la diabetes ¿cuál sería tu principal preocupación?

▪ G Pues preocuparme, pues de cuidarme, en cuanto a la alimentación, en bajar de peso, hacer ejercicio.

▪ B ¿Tu crees que necesitarías entonces tener la enfermedad ya presente para que tu control fuera totalmente estricto?

▪ G Pues no, no sería lo que yo quisiera pero, pues muchas veces es lo que hace falta para que uno diga CHIN!, o sea a veces es demasiado tarde y dice bueno ni modo ya la tengo, pero no, si me gustaría llevar mi control antes de y no después de.

▪ B Esta bien muchas gracias.

**Usuaria muy reservada, es difícil que se exprese abiertamente. Ella se interesó en participar, principalmente por ayudar a su esposo.**

▪ Nombre: TLL edad: 48 sin diagnóstico de diabetes.

▪ B ¿Cuál es su opinión sobre el programa educativo en diabetes al que usted asistió? En cuanto a claridad y cantidad de la información.

▪ T Pues no se que decirle o que.

▪ B Su opinión ¿qué le pareció el curso?.

▪ T No pues estuvo / para mi estuvo bien, ya ves que algunos no quieren asistir porque no se les hace interesante saber nada de la diabetes, pero si me gustó mucho asistir.

▪ B ¿Cree usted que con la información que se le dio, ya sabe usted cuidar su salud en cuanto a diabetes?.

▪ T Pues la verdad así que lo llevara uno a cabo todo, como nos dijeron pues yo creo que si, pero pues no lo lleva uno a cabo, ve que uno dice tengo flojera de hacerlo, o no tengo tiempo o no se que nomás que uno siempre está a las carreras y la verdad ejercicio pues tampoco casi no se hace nada más una vez a la semana cuando vamos a caminar por el cerro nada más caminamos 'ora si que del diario no.

▪ B ¿Qué es lo que siente y piensa de la diabetes?. Le dicen diabetes y que es lo que piensa.

▪ T Si fuera yo que me diera o que la tuviera pues no se, creo que ya me dio la enfermedad y no se, pensaría que cualquier día me pudiera dar más o no se que decir.

▪ B ¿Le preocupa?.

▪ T Pues si me preocuparía.

▪ B ¿Qué piensa cuando se le dice estilo de vida saludable?. ¿Qué es para usted?.

▪ T *Guarda silencio y con un gesto pregunta que es eso.*

▪ B ¿No se le hace familiar el término estilo de vida saludable?.

▪ T *Responde negativamente con movimientos de la cabeza.*

▪ B A ustedes se les dio información sobre ciertos cuidados todo eso es un estilo de vida. ¿Cuál es su opinión sobre el estilo de vida que se les propuso?. ¿Qué tan flexible es, qué tan posible de llevar a cabo?.

▪ T ¿Cómo que le respondería de eso, en la comida y eso?. B si.

▪ T bueno que hay que comer fruta y verdura para estar bien.

▪ B ¿Qué cree que es un estilo de vida?. T no. B ¿ni idea, no le suena a algo?.

T no

▪ B ¿Qué tipo de cambios han sucedido en su vida a partir de que asistió a las charlas educativas?.

▪ T Bueno que en las pláticas esas, nos daban todo / bueno a veces hago un poco de ejercicio en la noche entonces como que me siento bien.

▪ B ¿Qué opina sobre la actividad física como parte de la prevención de la diabetes?. ¿Qué tan posible es realizarla, qué le impide hacerla, qué motivos necesita para realizar la actividad física?

▪ T Pues si yo creo que tiempo, más que tiempo para hacer todo esto ya si no lo hacen en la mañana, ya en la tarde que hay tanto, ya se siente uno cansado y ya me siento y me acuesto que se yo, es como decir que estoy cansado.

▪ B ¿Qué necesitaría usted para animarse a realizar una actividad física?.

▪ T Pues yo creo tiempo, tiempo para hacer los ejercicios.

▪ B En cuanto al plan alimentario ¿Qué la motiva para llevar un buen plan alimentario; que le impide llevar un buen plan alimentario?

▪ T Pues no se... no se que es. B ¿Qué es el plan alimentario?. ¿No sabe que es el plan alimentario?. T no.

▪ B No se acuerda. Bueno vamos a recordar que el plan alimentario en principio no es una dieta, sino que es planear, como lo dice su nombre, los alimentos del día en base a los grupos de alimentos. Que los grupos de alimentos serían, los cereales, las frutas y verduras, productos de origen animal, grasas y azúcares. En relación a eso debemos tomar la cantidad de alimentos de cada grupo recomendada, por ejemplo cinco porciones de cereales, tres de frutas, dos de verduras, y así respectivamente y eso era balancear la alimentación, eso era básicamente el plan alimentario. No se si lo recuerda.

▪ T Pues creo que si pero no recuerdo bien lo que nos dieron.

▪ B En dado caso, ¿usted es la que cocina, es la que prepara la comida para todos en la casa? ¿usted cómo cocina?. ¿Procura balancear los alimentos?.

▪ T Pues bueno para mi , así me gustaría hacer eso pero es que mi esposo, es no se como, le gustan las cosas que caldo / no quiere cocinar verdura, no quiere que le ponga la verdura, rara vez lo come, solamente en caldo se lo come, el día que quiero hacer ejotes así nada más o esas cosas, así zanahorias casi no quiere comer así, no quiere, ahora si que a él le gusta comer otra cosa que no sea, casi no tenga verdura.

▪ B ¿Cómo qué?

▪ T Le gusta ahora si que mucho el chicharrón, o este... o la carne de puerco, así en salsa, nada más así y ya que le pase sin verdura, por ejemplo las calabazas tampoco quiere comer calabazas y en la casa nos gustan las calabazas y el no quiere, por ejemplo les hago ensalada de calabazas con tantito orégano y poquito aceite y queso, pues ahí lo pongo en la mesa, pero el no toma nada de eso.

▪ B ¿Los demás miembros de la familia si?.

▪ T Pues nada más somos dos. B ¿Su esposo y usted?.

▪ T No mi hija y yo, pues comemos la verdura, nada más, pero mi esposo / también casi no quiere y mi hijo tampoco y es el que más trabajo me ha dado porque ahora / como antes si comía de todo y ahora ya no quiere comer, que ahora se va a la calle que si come en la calle y si le gusta lo que hay en la casa lo come, si no, no, y luego le digo pero me cuesta trabajo y se enoja.

▪ B Usted y su hija; me estaba diciendo que puede cocinar a parte las verduras y aparte el guisado. ¿Ustedes si lo acostumbran con gusto?

▪ T Nosotras si. B Pero ni su esposo ni su hijo. T *moviendo la cabeza contesta que no.*

▪ B Y no les ha comentado ¿Porqué no lo quieren?. Si por ejemplo su esposo vino al curso

▪ T Si pues si , pero no quiere y mi hijo menos, dice que aquí vengo a que me laven el coco, que es lo que debo comer, que es lo que no debo comer, el me dicen que “no valla pa’ que le laven el coco y pa’ que le digan”. Pero a mi si me gustan las verduras, los ejotes, si todo eso, o los chícharos que así les pongo huevo o chícharos con zanahoria, todo eso me gusta.

▪ B Y a su hija también por lo que me comenta.

▪ T Mi hija sí, mi hija sí le gusta la verdura, si los nopalitos.

▪ B Cuando les hace usted el comentario: oigan vamos a comer más sano vamos a comer verduras . ¿qué es lo que le comentan.

▪ T No, me hacen gestos “¡qué vamos a comer eso!” .Y me hacen gestos y ya no quieren comer” hay otra vez tus calabazas” y ahora si que yo me siento mal de que no quieran comer, ora si que dijéramos voy a comer aunque sea poco, no voy a comer la cantidad que ahora si como, para llenarme, porque eso es lo que hace mi esposo, que como ayer, hice de comer nada más nopalitos así con huevo y quiso jamón, y le hice el jamón nomás cebolla ----¿?---- y me dijo que le hiciera una ensalada de lechuga con rábano y jitomate y eso fue lo que comió. O sea el rábano, la verdura, pero o sea el no lo come así nomás sino que lo combina con tortilla, el come mucha tortilla, y si le digo nomás come tantas, me dice “no, déjame comer” dice para que estar discutiendo, así pues le pongo todo y ahí come lo que quieras, porque se te dice, no comas tanto y nomás se enoja.

▪ B ¿Usted si se cuida?

▪ T No, yo sí, de verdad tortillas, mucho, mucho no como o sea es rara la vez que me guste, como 4,5 o hasta 6 tortillas me como pero a veces me como 2 o 3, pero así de que coma mucho, así como él no. Y se que / yo para mi que comió mucho ayer, y es que luego se sintió mal, dice que le dolía el estómago, yo pa’ mi que fue eso, pero no le puedo decir nada porque “ hay tu ya vas con eso otra vez”, se ha de haber comido como unos 6 o 7 tortillas así con la verdura con los nopales y jamón , y más tortilla como le digo, frijol, quiso un poquito de mole del domingo, quiso que le pusiera mole a los frijoles y más tortilla. Pues es que fue mucha tortilla y ahora, fue tortilla ahora si de las que hago yo, porque no fue de la tortillería, pues de la tortillería están más delgadas, están así, y las que hago yo las hago más grandes, ahora si que saben más sabroso porque yo vengo al molino y las hago y pues no, comió mucho, yo pa’ mi que han de ver sido como unas 11 tortillas. Fue mucha tortilla y después se sintió mal.

▪ B Y cuando se siente mal alguna vez le ha hecho el comentario “es que fue porque comiste de más”

▪ T Pues si le he hecho el comentario pero el se enoja, pues fue porque comiste mucho, “hay tu ya estas que como mucho, pues dime si ya no quieres que coma yo ya no como”. No, no le dije eso , pero y que fue por eso, se sintió mal , que después le dolía el estómago, ya después se dice que se sintió como mareado y agarró y se me acostó,

comimos como a las... y el que no quiere ahora si que no come, se molesta de que yo le diga vas a comer, si está trabajando el no quiere que lo moleste pues entonces siento feo de que lo voy a llamar y si a esa hora vamos a comer yo le dije en una ocasión, vamos a comer a las 3, de las 3 a las 4 va a ser comida, así que no tengo que ir a llamarte a que vengas a comer porque te enojas, es que quiero que vengas sólo, pero no dice, “¿porque no me llevas allá abajo?”, le digo pues que es tanto... es como de aquí (*El CCOAPS*) a la parada. Pues yo digo que no está lejos. **B** pues no, son como 50mts. **T**

¿Qué tanto como 2 o 3 minutos ya llegó a la casa y acabas de comer ahí te sientas un ratito y ahí te vas otro rato, pero no lo hace, hasta que no lo voy a traer y así es de que ahora si que es del diario. Entonces ayer lo fui a traer como a las 6 y lo que estaba haciendo , dice “déjame terminar”, pues a que hora terminó 10 para las 7 y esa es hora de comida?. Pues no. Ya verá ahora que venga si es que quiere venir porque no quiere venir, si es que viene ahora usted le dice, que a que hora come y a que hora debe comer, haber si le hace caso y así le digo, no pues cuesta mucho trabajo. Ya después se sintió mal se recostó en el sillón y se quedó dormido, ya eran las 10 de la noche cuando.... 10 o 10:30 cuando lo desperté para que se pasará a la cama, pues ya fue cuando se pasó, o sea se quedó dormido, pues, no reposó nada su comida, se acostó y ya.

▪ **B** No se si recuerda usted que también se les dieron varias técnicas de relajación y se les mencionó la importancia que tenía el estrés, el estar nerviosos o enojados mucho tiempo y que eso afectaba también a la diabetes. ¿Si lo recuerda más o menos? En ese aspecto ¿usted qué hace para cuidar su salud?.

▪ **T** No, es decir, yo trato que cuando está enojado ya no le digo nada ya me controlo yo por mi misma, para no seguirle, pues si no yo me enojaría. **B** digamos que cortar el enojo. ¿Este es el único problema que usted tendría, pleitos con su esposo por no cuidarse?. Entonces ¿ya no tiene estrés por otro lado, no se, en la calle, con su familia?.

▪ **T** No ahí tranquila, no me meto con nadie.

▪ **B** Esta pregunta me gustaría que la pensara bien, tanto para usted como individuo, como para su familia. Me está haciendo el comentario de que su esposo no quiere venir. ¿Usted que cree que podríamos hacer nosotros para que venga y para que nos haga caso de los consejos que le damos, qué podríamos hacer nosotros como personal de salud?.

▪ **T** Pues quien sabe, la primera vez esta señorita, no recuerdo su nombre, iban hasta allá, iban le insistían y es cuando ya venía. Entonces iban hasta allá y le decían, “ándeles vámonos” o luego allá mismo lo pesaban y le tomaban la presión y todo, solamente así y lo convencieron y ya vino.

▪ **B** ¿Sólo así?

▪ **T** Pues yo creo que si

▪ **B** ¿Y a usted?

▪ **T** A mi si me gusta venir si usted me llama y que tenga yo tiempo, yo si vengo

▪ **B** Usted considera que asiste al médico para chequearse, y no necesariamente cuando está enferma, ahora si que para prevenir?

▪ **T** pues si ahora si que cuando vengo pues luego que me sacan sangre, pero ya en el seguro me da flojera, porque tenemos seguro pero me da flojera. **B** ¿Por qué?.

▪ T Pues porque me tengo que ir a las 5 o 6 de la mañana y luego para que me vengan atendiendo hasta las 10 de la mañana imagínese, es mucho tiempo, ya vengo llegando a la casa a las 11:30 vengo llegando acá. Luego a veces te digo, la doctora luego me sale con que no me revisa como debe ser, no me revisa, y luego este tiene como medio año que fui, le dije que tenía esto de aquí en la espalda o el pulmón, esta parte como de aquí lo siento como adormecido, no lo siento bien igual, como el cuerpo, no lo siento bien y me mandó unas inyecciones y me las pusieron y ya, no, me sigo sintiendo mal. B

Ya no regresó. T no ya no regresé ahí, “con esto se va a sentir usted bien “, ya no volví. Pues a mi me gustaría que me dijeran, le vamos a hacer esto, le vamos a sacar una placa o le vamos a ver que tiene, entonces iría yo continuamente iría yo, o venga usted en un mes si no se sintió bien, venga y hacer que hacemos pero no. Y la verdad por eso me da flojera. Y si fuera por aquí cerca iría de todas maneras tendría que tener dinero para sacarme o la placa o los análisis que me mande hacer el doctor pues, necesitamos dinero, tengo que pagar y la verdad pues no, la verdad no tenemos, no le he hecho caso.

▪ B Y no ha pensado venir aquí al CCOAPS, no está tan lejos y sería una consulta general, porque lo que me he dado cuenta, es que los que vinieron al curso con usted tienen la idea de que nada más se atiende la diabetes y es una clínica general.

▪ T No, ahora si que no, vine una vez, pero ya no, o sea vine una vez pero ya después no.

▪ B ¿Por qué?.

▪ T no se la verdad

▪ B No le gustó la atención, o no sintió que la revisaran bien.

▪ T O sea que no nada más vine una vez no sé a que vine o traje a mi hijo, no se si vine con mi hijo, si lo traje a él, no me acuerdo.

## **Usuario amable, abierto y cooperador**

**Previo a la entrevista comentaba sobre sus actividades del día anterior entre las cuales estuvo asistir a una fiesta de cumpleaños.**

▪ Nombre: GGX edad: 63 con diagnóstico de diabetes.

▪ B ¿Cuál es la opinión sobre el programa educativo en diabetes al que usted asistió, en cuanto a la claridad y la cantidad de la información?.

▪ G El programa al que fui invitado es uno de los pocos, yo creo que uno de los pocos programas que lo hacen a uno introducirse a una enfermedad que uno no siente y que por lo tanto si uno viene predispuesto a conocer ese tipo de problemas que uno tiene vuelve uno a pensar que todo aquello que uno tiene, es necesario mirarse hacia dentro para poder entender el porqué de esa enfermedad, algunos lo entendemos así, otros nos pasa por alto eso porque no nos duele nada, no sentimos nada y por lo tanto decimos que no es cierto, sin embargo los datos, algunas cosas que sentimos y que a veces por el trabajo, por lo que usted quiera, no le prestamos mucha atención, sin embargo a veces uno se pone a pensar de que antes no me pasaba esto, ahora siento esto y por tanto al llegar a este programa, pues se da uno cuenta de que hay gente, pues interesada en este tipo de problemas, que lo pueden a uno ayudar para poder vivir mejor.

▪ B ¿Qué es lo que siente o piensa acerca de la diabetes?

▪ G ¿Qué pienso?. Bueno ya le digo uno de los problemas es que es una enfermedad que no se siente, que no duele y sin embargo, y en mi caso por ejemplo yo veo que mi mamá después de adquirir esta enfermedad se fue apagando, se fue apagando a través del tiempo y pese a que se le ayudó muchísimo, pero de todas maneras se fue apagando, se fue apagando y nos tardó bastante tiempo, pero creo que debió esperar cierto tiempo más , entonces basado en esa experiencia uno piensa que le puede pasar algo parecido o algo más rápido y este, la verdad pues a veces uno tiene que pensar al menos en lo personal, yo, si me preocupa que de alguna manera no pueda controlarlo, es decir, por lo menos mantenerme en este nivel, para no aumentarlo y de esa manera pues prolongar la vida que uno tiene.

▪ B ¿En qué piensa cuando se le dice estilo de vida saludable?

▪ G En tener una vida de hace 20 años, de hace 30 años, cuando uno se cree Superman , uno se cree indestructible, a mi me tocó por ejemplo el/ en carne propia el sismo del 85' y por lo tanto yo vi como los edificios se movían se caían, yo escondido detrás de un coche, yo dije todo esto se va a caer, pero nunca pensé en que yo me iba a morir, o sea egoístamente, muy ególatramente pensé que todo se iba a acabar, pero menos yo. ¿Por qué? Porque tiene uno la edad en que no le duele nada no... está uno muy bien y cree que todo el tiempo va a ser así, pasaron muchos años ya y se da uno cuenta de que también uno pudo haber sido participe de esa situación. Entonces creo que con la edad uno se va dando cuenta de que cualquier enfermedad, no sólo esta sino cualquier otra, puede ser causa de un deterioro de la salud y entonces si a mi me dicen, si quiero vivir como hace 20 o 30 años, pues a mi me encantaría, pero ya sé que mis fuerzas, las

capacidades ya no son las mismas pero de todas maneras si se parece algo, pues adelante yo si le entro.

▪ B ¿Entonces para usted el estilo de vida saludable es únicamente durante la juventud?.

▪ G No claro que no, nada más que como le dije hace un rato, con el ejemplo del carro (*conversación previa a la entrevista*), conforme va pasando el tiempo, las facultades se van perdiendo, yo antes para saltar una bardita, no la pensaba, la saltaba sin necesidad, ahora para subirme a una piedra tengo que pensarlo. Por qué? Porque mis facultades ya no son las mismas, sin embargo me gustaría seguir subiendo esas piedritas, me gustaría seguir saltando esa sanjita, me gustaría seguir trabajando, porque me encanta trabajar en el campo a llenarme de tierra y llegar cansado a mi casa este, a lo mejor ya no hago lo que hacía antes, pero lo sigo haciendo, entonces eso no necesariamente tiene que ser con la edad, es decir en la etapa de la juventud, a mi me gustaría prolongarlo el mayor tiempo posible.

▪ B ¿Qué tipo de cambios ha efectuado en su vida desde que asistió al programa de educación en diabetes?.

▪ G Cambios por ejemplo alimenticios por ejemplo, mínimos pero si ha habido cambios, antes no contaba las tortillas por ejemplo, y por lo tanto perdía la cuenta en 8 o 10, ahora me como unas 2,3 y me freno por lo tanto es una limitante de que mi pensamiento ya lo asimiló, hace algunos meses me subió el ácido úrico y me dijo el doctor, “hay que evitar tomar cerveza, hay que evitar comer carnes rojas y tengo varios meses de ni siquiera probarlas. Entonces si hay cambios como no trato de... mucha gente se preocupa por su peso por lo tanto trata de meterse a unas dietas extraordinariamente severas, y les hace daño y por lo tanto yo trato / bajé el nivel de la alimentación y me ha dado resultado, no trato de bajar lo óptimo o lo ideal, sin embargo desde que estoy con ustedes tengo este peso, a veces subo 1kg a veces bajo 2kg, he llegado hasta los 87kg y me siento muy / y no pretendo bajar a los 80g o con mi 1:80cm que tengo pues entonces más o menos, para que entienda, entonces trato de hacer esto para mantener más o menos el nivel que tengo por que más o menos creo que me siento mejor.

▪ B ¿Pero le ha ocasionado algún problema estos cambios que ha realizado?.

▪ G No al contrario, no, no, no, antes por ejemplo, le digo, comía con refresco, este, en la noche me tomaba otro refresco, ahora como con agua, mi litro y medio de agua me tomo a la hora de la comida y ahora que va ser más calor pues seguramente tengo que tener otro litro y medio por ahí para poder mantenerme, entonces, el refresco si lo tomo, si, pero en forma ocasional, en fiestas, luego a veces me llevan a comprar mandado y compro mi refresco por que está haciendo mucho calor por el mercado pero es ocasional, es decir que el refresco si lo sigo bebiendo, pero ya no como una bebida única, ahora la bebida única es el agua, compro mis garrafones y ahí me los estoy bebiendo. Entonces si han habido cambios, como no muchísimos.

▪ B ¿Cuáles son las dificultades a las que se tiene que enfrentar para seguir un plan alimentario como el que se le propuso?.

▪ G La dificultad es que yo no se cocinar, y por lo tanto tengo que comer lo que come mi familia, por ejemplo si hay... hicieron la sopa para todos pues tengo que comer la

sopa, no me queda de otra, que hay ensalada, bueno pues a bueno, le entro a la ensalada, porque es para todos, yo creo que el problema, como se lo decía a las maestras es que nosotros los hombres necesitamos que nos ayuden porque estamos acostumbrados a que se nos haga la comida, en cambio si nosotros supiéramos cocinar, sería diferente, pero si yo llego después de ir a trabajar, todo sucio, todo tierrudo y todavía tengo que ir a hacer mi comida, pues como que no y además ni sé, entonces tengo que comer lo que hay, es ese, yo creo que para poder seguir un régimen alimenticio pues necesita uno tener un trabajo de oficina o ya no hacer nada para que uno está en la cocina, cocinando, no se, lo que sea necesario y sin embargo eso no es posible, entonces yo creo que tengo que comer lo que hay, no lo deseable.

▪ B ¿Cuál es su opinión sobre la actividad física como parte del tratamiento de la diabetes?

▪ G Mire, dejé de hacerlo hace como medio año, 7 meses más o menos. Todos los días me ponía a brincar, a hacer saltos y en fin este, ejercicios calisténicos que aprendí, porque fui jugador de básquetbol y entonces más o menos se hacer / sabía hacer ejercicios gimnásticos y demás, sin embargo a partir de noviembre, de octubre me comenzaron a doler los tobillos y pues la verdad saltar y estar haciendo ejercicios, opté por dejarlos porque en lugar de sentirme mejor, me sentía peor, ahora lo que hago es ahora es trabajar más duro y ya se que las piernas las tengo envaradas porque le hace falta una serie de ejercicios, sin embargo cuando / mire, por ejemplo, este mes que no hice nada... apenas el miércoles me fui a trabajar, el miércoles, un mes antes no fui a trabajar nada porque me caí y me rompí la cabezota y entonces me dijo el doctor “trata de no infectar esa herida” y ¿cómo? Pues no haciendo nada, entonces durante este mes me dolía la cintura, los brazos, las piernas y el miércoles y ayer que estuve todo el día trabajando, me siento de maravilla, entonces creo que el ejercicio físico, el trabajo físico ayuda mucho, a cualquier persona, yo no creo que sólo sea al diabético o al hipertenso, sino que yo creo que a cualquier persona le ayuda muchísimo, ejercitar los brazos, las piernas, ensuciarse incluso ¿sí?. Se siente uno muy bien, entonces el calentamiento y demás que nos enseñaron ustedes, no lo he practicado porque ya le digo, me dolía el tobillo, sin que me haya caído ni mucho menos, y entonces tuve que ir al médico y me dijo que era el ácido úrico, pues me curaron y parece que si funcionó y este, pero no ha desaparecido, esas molestias totalmente, por eso no lo he vuelto a hacer, el ejercicio como actividad como le diré yo... recreativa o que lleve la finalidad de hacer ejercicio. B Si la actividad física si la realiza, pero el ejercicio como tal... G Si esa si la realiza pero el ejercicio lo eliminé no más.

▪ B ¿Y su molestia ha sido la misma?

▪ G Sí, sí, esa es la molestia, porque imagínese, caminaba, me dijeron que caminar, bueno pues que me ponía a caminar, este me ponía a hacer saltos y en fin una serie de cosas ahí durante ½ hora diario, antes de bañarme como loco, todo mundo se reía de mí, pues que me importa... pero este me sentía bien, incluso la vez pasada que vine les pregunté sobre ese ejercicio físico que no ayuda para rebajar peso absolutamente nada, ya estuve leyendo, sino para nada más endureces los músculos, según he leído el libro que leí, y este, pero si ayuda bastante, y yo creo que si ayuda, pero no como un medio para

bajar de peso sino nada más para endurecer músculos, eliminar cierta parte de grasa, pero no lo he hecho por mis problemas que le platico.

▪B ¿Y cuál es su opinión sobre el control del estrés como parte del tratamiento de la diabetes?.

▪G Eso si está muy difícil, el enojarse, el desesperarse, el este... ya no dependen de uno, depende del medio en que esté uno envuelto, depende del medio, de la familia y de los problemas económicos, de los problemas emocionales, de una serie de factores externos, entonces, yo voy muy contento a trabajar, pero si en mi trabajo me encuentro un problema, pues ya me enojé, yo llego muy contento de ir a trabajar del campo y llego a mi casa pero hay problemas, pues entonces este... uno ya no puede controlar eso, algunas personas dicen que debemos ser muy controlables en ese sentido, pero ¿cómo? yo pregunto ¿cómo?. Como evito que mi familia ya esté enojada y yo llegue muy contento ¿yo les voy a poder contagiar ese optimismo? Pues simple y sencillamente no ¿por qué? Porque hubo problemas... problemas simple y sencillamente, en mi trabajo llego y ya tiraron esto y ya aventaron lo otro y no hay a quien reclamarle, entonces comienzo a decir “todas la oraciones que me sé” y a veces muchas cosas externas son las que, pues este, lo veo muy difícil que uno ande tranquilo, de las enfermedades, de la familia, hace que también uno se sienta mal, en fin que eso si es muy difícil, he, mucho muy difícil, va uno al centro, va uno a Villa Coapa a comprar algo, no dejan pasar, hay peregrinaciones y este se tarda en un viaje que debería tardar 15, 20min, se tarda uno ½ día y no viene uno tan optimista ¡Que bueno que me entretuvieron aquí! B Imagínese. G Entonces le digo, a veces son factores externos que hacen que el estrés, que ese tipo de estado de ánimo de uno, no sean tan controlables de parte de uno, uno que más quisiera pero / ¿no se si le tocó aquí las salidas y las llegadas?.

▪B Si las obras. G Una obra que hubiera tardado 2 semanas, la hicieron en 2 meses y estar ahí parado esperando un vehículo ½ hora y luego estar dentro de el 2 horas pues como que no, está uno echando rayos.

▪B ¿Qué puede hacer el personal de salud para lograr la participación y la adherencia de ustedes a su autocuidado?.

▪G Pues esto que están haciendo con nosotros es maravilloso y al menos yo así lo siento, el otro día que supe que usted me habló y digo ¿Qué dijo? “Pues dijo que después se comunicaba o que le hablaras”. Pero pues si yo llego en la noche y ni modo de que iba a estar aquí en la noche, yo tenía pensado venir hasta el miércoles, porque según entendí que ustedes iban a estar aquí martes y miércoles, digo bueno voy hasta el otro miércoles, pero que bueno, en la tarde usted se comunicó conmigo y bueno pues mañana voy aunque mañana llegue tarde a donde voy a ir, no hay problema y este yo creo que es bueno la participación de ustedes con nosotros pero siempre y cuando el paciente esté conciente de su situación y desgraciadamente muchísimos de nosotros no lo estamos y ese es el problema, a mi si me interesa muchísimo controlar esta enfermedad. Por ejemplo el otro día algo de mi pie, el ácido úrico, me mandaron hacer análisis de sangre y todas esas cosas y dije, lo que no me importa es mi pie ¿sí? Mi pie se va a aliviar como quiera que sea , pero si tengo el azúcar alta, pues ya me amolé, ¿cuando se va a aliviar mi pie?, y resulta que lo primero que vi fue la glucosa y salté de gusto ¡está controlada! Y bueno

pues dije, mi pie me va a seguir doliendo pero con la medicina que me den se va a aliviar, pero lo importante era lo otro, ¿sí?, porque ustedes me hicieron pensar en que eso tengo que controlarlo, pero ya y yo creo que si lo estoy controlando. Ahorita yo creo que la traigo medio... porque le digo, refrescos, pizzas, sandwiches ¡hijole!. B Por el cumpleaños de su hermano.

▪G Si ayer, entonces pues le digo ustedes si están haciendo cosas muy importantes pero desgraciadamente nosotros no somos / ahorita por ejemplo estuve platicando con un señor que tiene su diabetes mucho, mucho y se cortó un dedo y me dice "mire cual diabetes, no se hubiera aliviado pronto" digo pese a que el si es un diabético probable, comprobado, este, en este momento lo está eliminando porque su cortada se alivió en varios días.

▪B Si, tiene la idea de que no la tiene. G Pues esa idea va simple y sencillamente en contra de su salud, yo hasta le dije, no pues fue una cortada leve a lo mejor, si hubiera sido más le hubiera durado más tiempo, pero dice "pues no, ya ves que dicen que no se para la hemorragia si uno tiene diabetes y mira ya no tengo nada" pues que bueno. Entonces como esta persona habemos muchísimos y los que medio si nos interesa pues somos relativamente pocos, yo si estoy muy agradecido con ustedes porque si no yo creo que estaría con mi fábrica de azúcar bastante buena, si.

▪B Y de las... ¿Cómo podríamos hacer que se interesaran? Eso que usted comenta de: "y pero tendríamos que estar consientes". ¿Cómo podríamos hacer esa conciencia?.

▪G Pues seguir viendo caras, porque no les queda otro remedio. Seguir viendo caras, viendo rechazos, incluso hasta majaderías, porque somos así, porque... pero si dentro de todo ese tipo de rechazos y majaderías consiguen que haya otro como yo u otro como otras gentes, yo creo que es ganancia porque yo , por ejemplo, adonde voy y me preguntan sobre este tipo de problemas, siempre las estoy mencionando a ustedes. Siempre les digo debiste haber ido con la muchachas. B Muchas gracias. G Si debiste haber ido con las muchachas por que te enseñan, te demuestran e incluso es mentira que no puedas comer un pan con mermelada, mentira, digo ahí puedes comer, mentira que no puedas tomar agua dulce, ahí te enseñan la marca de la azúcar que le tienes que hechar y puedes seguir tomando tu agua dulce, puedes comer tus frijoles pero todo con cierta medida y en fin que trato de que las personas que padecemos o creemos padecer este tipo de problemas pues también se interesen y si ustedes siguen insistiendo, seguramente van a encontrar muchísimos rechazos y van a sentirse hasta, yo ya no se porque me metí en este problema, pero a lo mejor si lo consiguen como no, yo creo que si, no todos tenemos la misma idea y pues a lo mejor yo creo que si lo consiguen, yo creo que si, yo repito, siempre las menciono, siempre las pongo como ejemplo, digo son apóstoles estas muchachas, yo fui maestro y también nos rechazaban en muchos lugares, no de aquí del DF porque a mi me mandaron a trabajar a Coahuila y nos mandaban al demonio y de todas maneras uno joven y toda la cosa, pues uno tiene que entrarle al trabajo.

▪B Insistir. G Insistir, insistir, insistir y creo que si dan resultados, entonces yo espero que no desmayen, espero que sigan siendo muy insistentes con nosotros que

somos... pues somos difíciles porque le repito desgraciadamente, digo desgraciadamente, es una enfermedad que no duele, no lastima, bueno que tiene uno sueño y tiene uno sed, pero eso se soluciona durmiendo y bebiendo agua mucho agua y no hay problema, pero a la larga, desde luego que se queda uno "dormido", pero si ustedes nos despiertan y nos hacen ver ese tipo de problema que tenemos yo creo que la recompensa va a ser muy satisfactoria porque desgraciadamente las enfermeras y el maestro van a ser, este, comemos satisfacciones, no dinero.

- B Eso sería todo, muchas gracias, le agradezco mucho.
- G No al contrario.

**Usuario, amable. A decir de su esposa renuente a asistir a esta entrevista “para que no lo regañáramos”**

▪ B ¿Me podría decir su nombre y su edad por favor?.

▪ JJXA 52 años con diagnóstico de diabetes.

▪ B ¿Cuál es su opinión del programa educativo en diabetes al que usted asistió?.

▪ J Para mí, este, bueno, fue muy bueno ese curso que llevamos, fue mucho , muy bueno, para mí bastante me sirvió de mucho. Que le diría si lo hemos llevado a cabo no hemos hecho los ejercicios que nos enseñaron la pirámide de la alimentación, todo eso y lo hemos llevado un poco a cabo.

▪ B ¿Y en cuanto a la claridad y calidad de la información?.

▪ J Pues estuvo muy bien, estuvo muy bien, la información todo lo que nos explicaron las señoritas, que es lo que teníamos que hacer, como debíamos actuar, sobre todo los casos de la diabetes, principalmente yo que soy diabético, cual era la forma de poder controlar una diabetes.

▪ B ¿Si se aclararon todas las dudas?

▪ J Si se aclararon todas las dudas.

▪ B Usted como diabético que es lo que siente de la diabetes? ¿qué es lo que piensa de la diabetes?.

▪ J Bueno la verdad yo no pienso que estoy malo, sino que yo llevo mi vida normal, yo le aseguro que tomo las medicinas, el medicamento que tomo siento que estoy enfermo, pero si no tomara, ese medicamento, no estoy enfermo y ese es el control que he llevado, mi vida normal, hago todo lo que puedo, digo hago ejercicio me voy al campo, me salgo a caminar y yo pienso que eso me ha estado ayudando bastante, a veces por la mañana me voy a correr y a caminar y pienso que si me sirve de mucho eso.

▪ B ¿Le preocupa la diabetes o sus complicaciones?

▪ J pues la verdad no B Ni lo ha visto / me estaba comentando que sus hermanos ya tienen problemas de complicaciones.

▪ J Bueno si uno de mis hermanos ya tiene como unos 10, más de 10 años que es diabético, como unos 15 o 20 años, ese le digo que posiblemente ese si también ya está muy grave, ahorita a ese hermano lo van a internar en el “López”, no lo han internado porque no hay cama y ahorita te digo que probablemente a ese hermano el agua se le subió a los pulmones y ese es el problema y le digo ahorita mi 2º hermano pues no sabemos porque le atacó esa enfermedad y definitivamente lo estaba acabando y el doctor nos dijo que si no lo internábamos y no le hacíamos eso de la diálisis, en un mes se iba a morir. B Y viendo todo eso a usted no le preocupa llegar a esos grados.

▪ J Pues a veces si, si pero me sé controlar, lo he tomado con mucha calma, me he controlado bastante, que si a veces me, como que me siento un poquito desesperado por la forma en que yo veo a mis hermanos, me siento desesperado y no se le digo, pero trato de controlarme, trato de calmar las cosas y yo mismo me digo, bueno si ya la tienen es enfermedad y ya el doctor nos dijo esas cosas pues yo pienso que debo tomarlo con

clama, porque si yo pienso, que, si yo me alteraría, alteraría mi enfermedad de la diabetes y por eso, le digo todo yo lo he estado tomando con calma y ese es el control que he estado yo llevando.

▪ B ¿En que piensa cuando se le dice estilo de vida saludable?

▪ J Estilo de vida saludable, ahora verá que le puedo contestar, pues yo pienso que llevar un estilo de vida, como le digo, normal ¿no? normal tranquilo sin alteraciones, sin preocupaciones, yo pienso, para que así yo estaría un poco más tranquilo, más calmado y todo, pues sería una solución de estar completamente tranquilo.

▪ B Entonces es únicamente mantenerse tranquilo, ¿ya no implica mayores cambios?.

▪ J Pues a veces yo pienso que si ¿no?, yo siento que si surgirían algunos tipos de cambios en mi tipo de vida. B ¿Cómo cuáles?, J Por ejemplo una preocupación de por ejemplo en mi familia ya que no sean mis hermanos, sino que mis hijos, mi esposa o quizá mis nietos pues yo pienso y ... B Entonces que tan flexibles serían de hacer esos cambios en su vida?.

▪ J Pues yo diría que un poco tranquilos, no muy difíciles, tranquilamente llegar a ese estilo de vida tranquila y pacíficamente.

▪ B Me comentó que lleva su vida normal, que no ha habido grandes cambios y que lleva sus actividades normales ¿en general, no ha habido cambios desde que asistió al curso de educación en diabetes?.

▪ J No, no, me la he llevado tranquilo.

▪ B ¿Qué opina de la actividad física como parte del tratamiento de la diabetes?.

▪ J Pues que me ayuda a bajar el nivel de la glucosa y así pienso que estaría ,más tranquilo.

▪ B ¿Y qué tan fácil es llevar una actividad física constante, que se le dificulta para realizar una actividad física constante.

▪ J Ninguna.

▪ B ¿Y en cuanto al plan alimentario?.

▪ J Pues he estado comiendo de poquito, como me indicaron aquí, que si se puede comer de todo pero no en exceso, sino en ciertas cantidades. Si yo voy a comer... si yo me voy a tomar una taza de leche ya no puedo comer quesos, si yo me voy a comer una fruta, ya no puedo comer otra fruta, sino que nada más sería una cosa, si en ciertas cantidades nada más, en bajas cantidades en la alimentación.

▪ B ¿Y se ha topado con alguna dificultad para llevar un plan alimentario?.

▪ J A veces si. B ¿Cómo cuál?.

▪ J Que a veces me dan la ansias de comer demasiado, principalmente en la noche. B Por hambre o ¿por qué?.

▪ J Por hambre si, siento que me da mucha hambre, pero nada más en las noches, ya de las 9 en adelante me entra la desesperación de comer, pero le digo me controlo así, evito todo esa. B Y en algún otro aspecto ¿social, que el trabajo influya en sus horarios de alimentación o algo así?.

▪ J Ninguno.

▪ B ¿Y en cuanto al control del estrés?. Me estaba comentando que realizaba los ejercicios que se le recomendaron. ¿Recuerda los que se les recomendaron exclusivamente para el control del estrés?.

▪ J A veces no porque le digo que no tengo tiempo, yo le decía a mi esposa, le invitaba, le decía yo, vamos a hacer aquí en el piso, vamos a extender una colcha o una cobija y vamos a hacer ahí los ejercicios, si pues cuando nos da tiempo pues si los hacemos y cuando no pues no podemos hacerlos, eso es. B Es más que nada el tiempo. J el tiempo.

▪ B ¿Qué podemos hacer nosotros como personal de salud, para que ustedes se acerquen a nosotros para preguntar, para cuidar su salud y sobre todo para que ustedes tengan una adherencia a los consejos que se les dan?.

▪ J Pues yo pienso mas que nada, que por todo lo que ustedes nos han dicho y todo lo que nos han hablado y todo lo que nos han enseñado, yo pienso que también nosotros tenemos un poquito de obligación de venir a preguntar por nuestra salud y decir, pues sabe yo me siento así, yo quisiera que me checaran o que me dieran algo, yo pienso que eso sería, sería muy conveniente, no dejar pasar mucho tiempo, sino que yo me sintiera mal pues diría, yo me siento mal, quiero que me chequen, me siento así y así y yo pienso que ustedes nos brindarían ese apoyo, esa ayuda. B Claro. ¿Pero eso dependería de ustedes?. J Por eso le digo, de nosotros mismos que tuviéramos esa iniciativa de que acercarnos ¿o cómo le puedo decir? Que no es a fuerzas que nos sintamos mal sino que por nosotros mismos dijéramos pues saben que yo voy a ir a visitar a la enfermera fulana de tal porque me conoce y nos ha dado consejos y diría yo no sé , yo me siento así o quiero otro tipo de información sobre mi enfermedad y yo pienso que eso sería bueno, acercarnos a ustedes, no dejar abandonado todo lo que nos han enseñado, lo que nos han platicado, digo yo para mi eso sería muy bueno. No dejar este tipo de pláticas.

▪ B Mencionó algo que me interesaría saber. ¿Por qué usted creer que hay gente que no se acerca a los servicios de salud?.

▪ J Por temor o miedo de que no los vayan a atender eso es lo que pasa o por orgullo porque a veces somos muy orgullosos y no yo pues que voy a hacer si no tengo nada o no me siento mal, yo que voy a ir a hacer allá y se queda uno con esa duda con eso que siente uno y entonces ya y ese es el error, el error de nosotros que no acercarnos a ustedes.

▪ B ¿Y nosotros podríamos influir para cambiar esa situación?

▪ J Pues yo pienso que si. B ¿Cómo, de que manera?.

▪ J Pues en todas sus pláticas que nos dan todos los conocimientos que ustedes tienen y a nosotros nos ayudaría bastante.

Usuario reservado, asistió con nosotras básicamente por indicación de su esposa.

Posterior a la entrevista me indica que viene de trabajar, no ha dormido ni comido desde ayer.

▪ B ¿Me puede decir su nombre y edad por favor?.

▪ P PHH

▪ B ¿Cuál es su opinión sobre el programa educativo en diabetes al que usted asistió?.

▪ P Pues más que nada darnos más conocimientos a lo que es la diabetes.

▪ B ¿Y que le pareció la claridad y la calidad de la información?

▪ P Pues una parte estuvo bien porque anteriormente yo nunca había escuchado lo que es la diabetes. Cuando este.. lo que pasa es que yo tuve pancreatitis y de ahí se me derramó el azúcar, porque antecedentes yo no tengo, más que ver con mis padres, todos son sanos.

▪ B ¿Entonces si le aclararon dudas quedó todo claro?.

▪ P Si quedó

▪ B ¿Qué piensa de su diabetes?.

▪ P Pues controlarse, cuidarse más que nada.

▪ B ¿Le preocupa?

▪ P Sí. B ¿Porqué?.

▪ P Porque usted bien sabe que cuando uno trabaja, porque yo a veces trabajo de albañilería cuidarse de no cortarse porque de ahí provoca lo que es la gangrena.

▪ B ¿Qué es lo que lo motiva a cuidarse?.

▪ P Pues vivir lo poco tiempo que nos queda porque a mi cuando me detectaron la diabetes me dijeron que iba a vivir nomás 5 años, pero ya controlándose con la información que nos han dado pues yo pienso que podríamos vivir más. B ¿Y le asustó ese comentario. P La primera vez si. B ¿Qué sintió? P Lo que pasa es que nunca...como yo le dije a la maestra Vero y a la otra maestra, que si este yo me quería suicidar, quería morirme porque nunca había escuchado yo esa enfermedad y lo que pasa es que yo siento que me afectó porque me inyectaron insulina desde el principio que me detectaron el diabetes.

▪ B ¿Lo deprimió?

▪ P Si y que supuestamente que la insulina es el que se nos va la vista, que se nos debilitan los huesos. Todo.

▪ B ¿Las complicaciones de la diabetes, que piensa de ellas?

▪ P Pues cuidarse más que nada.

▪ B ¿En que piensa cuando se le dice estilo de vida saludable, qué es eso?.

▪ P El estilo de cómo vivir, como alimentarse.

▪ B ¿Cree que es muy difícil llevar un estilo de vida saludable?.

▪ P En parte si porque más que nada por el trabajo más que nada, es que luego cambia uno de trabajo y luego no come uno a la hora, luego por ejemplo, ahora donde trabajo no mas nos dan una hora de comida las 24hrs.

- B Es mucho tiempo ¿No les dan ni cena ni desayuno?.
- P Bueno nomás lo que es la hora de la comida.
- B ¿Han sucedido cambios en su vida desde que asistió al curso de información en diabetes? ¿Cuáles?
- P ¿Cómo en qué?
- B En general en su vida, en su trabajo, en su relación familiar en su propia autoestima, en su percepción.
- P Lo que pasa es que mi esposa siempre me ha rechazado, dice que yo me lo busqué, la enfermedad.
- B ¿La información que se le dio no le ha ayudado para explicarle a su esposa la situación?
- P Si, este, por cierto, la maestra dijo que la invitaba a mi esposa pero yo, ella no quiso asistir al curso que tuvimos nosotros.
- B Y en otros aspectos, es su trabajo, en su alimentación. ¿Han cambiado algo?.
- P Si, por ejemplo cuando trabajaba de albañilería, desayunaba en la mañana y comía y cenaba, pero como de aquí me voy a la 5 de la mañana llego hoy hasta como las 8 de la noche, no estoy la mañana y luego encargamos lo poco que se pueda de desayuno y ya hasta tarde que llegue la hora de la comida.
- B Entonces su horario de trabajo es su principal obstáculo para llevar una alimentación adecuada o ¿hay alguna otra?. No se la, convivencia con los amigos, las fiestas en el pueblo, alguna otra causa que usted pueda decir “esto me impide alimentarme adecuadamente”.
- P No lo que pasa es que nos dijeron que todo se puede comer, pero no como se comía antes, sino ya normal, lo poco, lo que se pueda.
- B ¿Qué opina sobre la actividad física como parte del tratamiento de la diabetes?.
- P Pues hacer ejercicio.
- B ¿A usted le es posible hacer ejercicio?
- P No por el trabajo, porque ahorita como no he dormido desde ayer, a lo mucho dormí nomás una hora.
- B Y no tiene ganas de hacer nada
- P *asienta con la cabeza*
- B Y el control del estrés. ¿Hace algo para controlar su estrés?
- P No. B ¿Por qué no?.
- P Pues llego cansado ayer, antier, como a veces agarro trabajo de albañilería antier me fui a trabajar, pero ahora le digo cuando yo llegué le dije a mi esposa ahora no voy a ir, me siento cansado.
- B Entonces es mas que nada el cansancio
- P *asienta con la cabeza.*
- B ¿Qué cree usted que podemos hacer nosotros como personal de salud para lograr que ustedes se acerquen a nosotros para que ustedes pregunten, se informen de cómo cuidar su salud y sobre todo como podemos conseguir que nuestros consejos los cumplan?.

- P También nosotros poner de nuestra parte, también, porque no tiene caso que ustedes vayan y nos inviten y nosotros decimos que si y luego no venimos.
- B ¿Por qué cree que no vienen?
- P A veces por falta de... por el trabajo pero si he si he asistido.
- B Usted si pero las personas que no lo hacen por que cree que no lo hacen además del trabajo?
- P La desidia.

**Usuaria, amable, abierta y cooperadora**

**Nombre: MRCM Edad:38 Sin diagnóstico de diabetes.**

**B** ¿Cuál es tu opinión acerca del curso en diabetes al cual asististe?

**R** Pues para empezar me fue muy bueno, porque nunca antes me habían invitado y tampoco no conocía de las expectativas que proporcionaba el / aparte de que es la escuela y enseña y que vienen a hacer su servicio , pues no sabía de que también estaban abiertos a la comunidad, y me parece muy bueno sobre todo porque es una enfermedad que a cualquiera le puede dar.

**B** ¿Todos los temas te quedaron claros o la información que recibiste, fue suficiente para cuidarte?.

**R** Pues suficientes y claros pues si, si quedaron claros ya nada más que depende de uno como los quiera aplicar.

**B** ¿Qué es lo que piensas cuando se te dice estilo de vida saludable?.

**R** Pues en cuidar la salud, el tener una buena alimentación, alimentación balanceada el hacer ejercicio, pues todo lo que vaya enfocado a, vaya a no generar más enfermedad.

**B** ¿Y crees que es muy difícil llevar un estilo de vida saludable?

**R** No.

**B** ¿Ha habido cambios en tu vida, en tu quehacer diario a partir de que viniste al curso en diabetes?.

**R** Si. **B** ¿Cómo cuáles?. **R** La alimentación, osea empezando por la alimentación, otra por ejemplo lo que les comentaba es que anteriormente, yo no me fijaba cuando compraba algún producto, yo lo compraba y nada mas lo adquiría por, a lo mejor por la marca, a lo mejor por la necesidad porque se me antojaba o lo que sea, ahora ya procuro, pues ver cual es la etiqueta nutricional que contiene ese producto, o sea, eso en cuanto alimentación, en cuanto a ejercicio ya procuro, por lo menos, pues por lo menos tener una actividad, no estar sedentaria.

**B** ¿En general cual es la opinión que tienes acerca de el plan alimentario, de crear un buen plan alimentario como prevención de la diabetes?.

**R** Mi opinión de crear un buen plan alimentario, pues me parece a mi excelente y yo creo que cualquiera lo puede aplicar, mas bien todos lo debemos aplicar ese plan alimentario a lo mejor es difícil pero pues no imposible.

**B** ¿Por qué difícil?. **R** Por los malos hábitos que tenemos o sea porque ya lo traemos de vaya una generación o de generaciones, los malos hábitos de comer a diferentes horas, el comer grasas, el comer pues muchos carbohidratos o sea no llevar una cosa balanceada por qué?, porque a veces pensamos en que es muy caro pero por ejemplo ahora que tomé el curso pues no, en realidad no es caro.

**B** Y en cuanto a la actividad física ¿cuál es tu opinión?.

**R** Es lo que mas se me dificulta. **B** ¿Por qué?. **R** Porque soy muy... bueno no es que sea floja para la acti / lo que sea, sino que a veces el trabajo me absorbe tanto, que para mi es muy difícil tener una actividad física constante, pero creo que dicen

que el querer es poder y al menos lo he intentado y se me ha dado resultado, pero de que es excelente también, o sea se conjuga todo, bueno tanto la alimentación, el ejercicio, los hábitos para tener una buena salud, una mejor vida.

B ¿Y en relación al estrés?

R En cuanto al estrés, pues ahí si es un poquito difícil. B ¿Mas que los otros dos? R Yo digo que por ejemplo / lo que pasa es que a veces las familias no siempre estamos exentas de problemas, siempre se presentan y pues se llega a aplicar, o sea se llega a sentir ese estrés cuando existen los problemas, pero bueno, hay que respirar hay que pensar un poquito también en ello para poderlos resolver, pero pues el estrés siempre va a estar presente ya sea por las carreras, el trabajo, lo que sea, o sea que ahí si definitivamente.....no. B No lo tienes totalmente en tus manos.

R Exactamente.

B ¿En relación al padecimiento de la diabetes ¿qué es lo que te preocupa?

R Pues ahorita no me preocupa, tal vez porque no tengo esta enfermedad. No la quiero tener digo, y si la tuviera tendría que tener los cuidados sino simplemente tratar de vivir lo mejor y que si se puede prevenir de una manera que mejor.

B ¿Pero entonces no te causa mayor problema pensar en la diabetes?.

R Ahorita por el momento no. Hay que aprender a convivir, es como la muerte, o sea sabemos que la muerte siempre está presente, la diabetes también en cualquier momento se puede presentar a cualquier persona, no puede ser hereditario, o sea, no forzosamente podría ser hereditario, entonces el estar pensando "hay voy a tener esto, voy a estarme cuidando porque me vaya a dar esta enfermedad" pues también yo digo que no, sino tratar de tener una mejor salud o sea simplemente no pensar exclusivamente en la diabetes o en otra enfermedad eso es lo que pienso.

B ¿Qué podría hacer el personal de salud para que ustedes se acerquen a los servicios antes de que se presentara la enfermedad y que podríamos hacer también para que ustedes se adherieran a los consejos que nosotros les damos.

R Pues ahí ya depende de cada persona, por ejemplo en mi caso, en lo personal pues ya procuro tener una alimentación, pues por lo menos, no tan buena pues porque no soy nutrióloga ni nada de eso pero por lo menos cuidar un poquito el aspecto alimentario, el ejercicio, incluso ve, ya ahorita bajé de peso, yo me siento bien, este, digo no pues voy a procurar seguir y todo. Y que podrían hacer...pues uno, que la invitación, que quede abierta porque muchas ocasiones desconocemos, desconocemos este tipo de actividades, la otra es a veces el trabajo por ejemplo ustedes me dicen un horario de 9 a 1 y hay ocasiones en que a la 1 voy llegando, como ahorita llegué 1 ½ y vengo del trabajo o sea no he pasado a la casa ni nada, o sea, yo no podría venir aquí, pero a lo mejor hay otras personas que si tienen el tiempo pero su apatía, negligencia, como se le quiera llamar pues es lo que les obstruye el venir aquí, pero por ejemplo, ya me están diciendo que yo puedo tener esta enfermedad o que hay una posibilidad, no quiere decir que la tenga bueno pues acercarme a preguntar de vez en cuando, hacerme un chequeo, ya sea en el centro de salud, ya sea pues en cualquier parte donde yo tenga acceso. Por mi parte para mi me dicen, no pues que los miércoles tenemos esto, pero para mi es imposible por el trabajo.

B Tendríamos que abarcar mas horarios. R Si eso si sería lo ideal.

B En general, me estas comentando que si sientes el cambio, que si sientes los beneficios. ¿Me podrías explicar más este tema?

R Bueno los beneficios uno porque, este, no nada más, en la casa nada más estamos mi esposo y yo, y en mi esposo quieras o no, uno como ama de casa es la que determina prácticamente cual es la alimentación que uno va a tener. Si uno quiere darle precisamente las gorditas, las grasas, todo, todo lo que sea a la familia pues se lo va a dar y cuando uno va mediando esas cosas esos alimentos, cuando uno va de compras mira vamos a comprar esto ya por salud, ya por esto, ya por el otro, ahí siento que ha habido el cambio, inclusive también mi esposo, también hubo un tiempo que bajo / digo bajó porque ahorita no, se le presentó el problema de la gastritis pero eso fue por otras cuestiones, porque como salimos a trabajar los dos o sea, los dos cada quien por su lado desayuna, tenemos horarios diferentes, entonces el por no desayunar por no tomarse las cosas como debe de ser, se provocó esa enfermedad, lo de la gastritis, pero en realidad en cuestión de la alimentación, creo que lo vamos, vaya yo soy la que dispongo, que es lo que se va a comer o sabes que vamos a meterle más verduras, sabes que, vamos a hacer más ejercicio, sabes que, vamos a hacer esto, estoy con eso, o sea ese es el cambio que ha habido. Porque ejercicio no, o sea comíamos, íbamos y nos dormíamos, un ratito y luego otra vez a nuestras actividades y demás y así estamos, pero ya fuimos cambiando todo eso y pues ahorita ya... pues nos hemos sentido mejor tanto de una parte como de otra. B

Tanto física como anímicamente. R Así es.

B Porque también el hecho de realizar cambios, aunque no sean bruscos muchas veces provoca conflictos. ¿No ha sido tu caso?

R No, no porque no fue brusco, lo que sucede es que bueno ya lo habíamos pensado de que teníamos que bajar porque estábamos muy subidos de peso, entonces ya habíamos / lo pensábamos pero no teníamos o sea para empezar a mi me hablaban de diabetes, y como yo no tengo familiares así, con la diabetes o sea en este caso mis padres porque tíos si tengo, entonces yo decía no, no hay problema, no esto, no el otro, nada más cuidando la alimentación y todo como no me preocupaba, cuando yo vine aquí y me explicaron el / como da esta enfermedad, para mí fue preocupante, entonces dije no pues vamos a, a bajarle, o sea yo llegaba, lo que yo aprendía acá se lo platicaba a mi pareja y entonces. B Veía muy lejano lo de la diabetes, a mí no. R Si así lo sentía yo, a mí no me va a dar, yo no tengo problemas, yo soy una persona saludable entre comillas y posteriormente me di cuenta de que definitivamente no era muy saludable estar con unos kilitos de más, ya fue cuando empecé / o sea, siempre hemos platicado, platiqué con él ya ves debemos comer esto, ya vez te lo estoy diciendo o sea nunca tuve problemas, ni tengo problemas respecto a ello.

**Usaria reservada. Asistió con nosotros principalmente para apoyar a su esposo.**

**Visiblemente apresurada comienza la entrevista, comentándome que había pasado al Centro de Salud que se encuentra cerca del CCOAPS y que la habían mandado a Xochimilco para más estudios.**

Nombre: JXC Edad: 62 años Sin diagnóstico de diabetes.

B ¿Qué opina sobre el programa educativo en diabetes al que usted asistió?

J Pues solamente haciendo unos ejercicios y disminuyendo la **comida** pues yo creo que si, si uno se mantiene pues bien.

B Pero del curso al que usted asistió. ¿Qué opina en cuanto a la información que se le dio?

B Pues en primer lugar las enfermeras que había nos trataron muy bien, nos enseñaron muchas cosas, pues que si aprendimos y que no las llevamos a cabo porque es difícil dejar de comer o pues hacer ejercicios y todo eso pues que es difícil. B ¿Por qué? J Pues si porque luego a veces pues hay mucho que hacer y que la comida y el esposo y que llega la hora y que a veces es delicado, agresivo y todo eso pues por eso.

B ¿Qué es lo que siente y piensa acerca de la diabetes?

J Pues de que, pues estando controlado pues esta muy bien, tomando medicamentos y pues llevando una dieta no rigurosa, pero si más o menos tranquila, no comer, pues grasas, el puerco y todas esas cosas, así se mantendría pues normal.

B ¿Le preocupa a usted?

J Pues si, si me preocupa porque pues luego a veces hay una pues la diabetes yo he visto a mi sobrina que se le infecta el dedo, un arañón, pues un cayo o algo así que se corte las uñas, es peligroso porque llegan a cortar los dedos, los pies y todo eso, entonces... B Eso es lo que le preocupa. J Pues si

B Si yo le digo estilo de vida saludable, usted que piensa?

J Pues de comida y de todo, hacer ejercicios o caminar o no comer mucho.

B ¿Le es difícil llevar un estilo de vida así?

J Pues si porque ya esta uno acostumbrado a comer demasiado más que nada como yo que me gusta el pan, la tortilla, el picante y todo eso pues es un poco difícil, claro que como me siento un poco mal por que también he tenido colesterol, entonces como que me mantengo pues yo sola en / no digo esto me hace daño, no me lo voy a comer, me como 2 o 3 tortillas porque no puedo quedar / no puedo comer mas por que me siento mal entonces, si fuera posible no comer tortilla y pan, pues sería lo mejor, pero no. Si, si para mi es difícil dejar esas cosas porque pues / y lo he tratado porque me compro unas frutas y me las como y si para / pero me llenan por un rato y al rato pues ya tengo hambre.

B ¿Qué tipo de cambios han sucedido en su vida desde que asistió al curso educativo en diabetes?. ¿Ha habido modificaciones en su vida?.

J Pues si, pues comer menos, me gusta ahora caminar, me gusta pues platicar con las personas, aprendo de ellas y pues he aprendido muchas cosas.

B Me estaba comentando que es difícil realizar una actividad física. ¿me podría explicar más específicamente por qué?.

J Porque tengo un esposo celoso, pues delicado que.. o a lo mejor celoso porque si yo le digo voy a / por ejemplo ahorita que le digo voy a obstetricia con la muchacha a platicar y todo eso, pues no se que pensará, si me vengo para acá o me voy a otro lado ¿si?, por eso se me hace difícil estar mucho tiempo por eso.

B ¿En cuanto al plan alimentario que dificultades...?.

J Yo le hago a mi esposo, le digo, un caldo de verduras o una pechuga frita nada mas así cocida pero no, no, el prefiere que su carne de puerco o bistec con chile verde o cosas

así, porque a él no le gusta el caldo, no le gusta la pechuga, una pieza de pollo, él quiere comer carne de puerco, sus bisteces, sus patas de puerco, bueno todas, todas esas cosas.

B Entonces por el se cocina una sola comida para toda la familia.

J Pues no porque a veces hacemos un poquito de caldo, compramos un pues...unos, este, de pollo, unas patas, mollejas, cabezas y todo eso y lo hacemos con verduras, zanahorias, calabacitas, ejotes y todo eso, entonces eso nos los comemos nosotros, digamos mi nieta, mi nuera y yo, a mi esposo le hacemos otro con / para él y para mi hijo y sus frijoles y todo eso.

B ¿Y hay problemas por ese hecho de que se cocinen dos comidas?.

J No. B No hay reclamos.

J Si tiene su carne de puerco o carne de res y nosotros tenemos nuestro caldo, no, no hay problema, porque comemos a la misma hora, pero comemos diferente, entonces el me dice porque no comes tortilla, pues no porque no la debo de comer, no ya sabe que no debo comer mucha tortilla, nada mas me como 1 tortilla o 2 y nada mas.

B ¿Y el control del estrés, que tan fácil es para usted controlar el estrés?

J Pues no, no es fácil, porque si he tratado, he estado mas tranquila pero como ahorita ya, como que tengo un estrés de que ya es tarde y el llega a comer a la 1 y ya son más de las 12 y tengo que ir por medicamento, tengo que ir a sacar una placa y me voy a entretener mas, si, entonces como que ya tengo esa preocupación, esa apuración.

B Ahorita el caso es el tiempo, pero en general que es lo que la estresa?.

J Pues lo mismo, de que, pues de que hago quehacer yo en la casa y que ya va a llegar, ya va a llegar y ahorita ya es menos pero pues si ya me siento un poco mas tranquila pero no del todo, entonces si tengo como nervios, pues del estrés de que ya va a venir o que me salgo a cualquier parte o al mercado o a las tortillas y no puedo estar rápido pues. B Las preocupaciones diarias.

J Si.

B ¿Qué puede hacer el personal de salud para lograr la participación de ustedes por ejemplo en la asistencia a cursos de información y la adherencia a los consejos que se les dan?.

J ¿Qué puedo hacer?. B ¿Qué podemos hacer nosotros como personal de salud?.

J Pues a lo mejor citarnos a una hora más temprano o que sea para que me de tiempo de o temprano lo hago o entonces llegaría mas a tiempo para que estuviera la comida, si, entonces sería una hora de las 9 o de las 9 a las 11, a las 10, a las 11.

B ¿Y en general?. Porque nosotros no podemos / tengo entendido que se les citó al curso a cierta hora pero el problema es que no se reunía la gente y se tuvieron que abrir 2.

J Si porque entonces nosotros podríamos después de la 1 de que llega a comer entonces sería a las 2 de la tarde o antes veníamos a las 4, veníamos a las 4 y estábamos muy bien, porque el regresa hasta las 7, 7 1/2., a las 8, entonces a esa hora ya estamos en la casa y si no ya le tengo avisa... ya le decimos vamos a ir a obstetricia a unas pláticas o algo que nos enseñan y entonces ya está avisado, ya está tranquilo y nosotros también, entonces sería mejor en la tarde que en la mañana.

**El resto de la conversación ha sido omitida a petición de la entrevistada.**

**Es la usuaria mas joven del grupo, ella asistió a las charlas educativas porque su madre es diabética**

B ¿Me puedes decir tu nombre y edad por favor?

N NHM 23 años sin diagnóstico de diabetes.

B ¿Cuál es tu opinión acerca del curso educativo en diabetes al que asististe?

N Pues me parece bien que haya ese tipo de información para la gente, para mi modo de ver pues yo siento que toda la gente debería de ser informada de cuantas enfermedades y / como esta me parece muy bien la información que ahí se obtiene.

B ¿Te pareció clara la forma en que se te dio la información?.

N Si, si de hecho el que nos explicaran no se, todo lo... con gráficos, de una manera sencilla yo siento que si hubo bastante buena información.

B ¿Qué es lo que sientes y piensas de la diabetes?.

N Bueno el pensar en esa enfermedad si me despierta una inquietud por que muchos no estamos informados, no estamos lo suficiente, o hay quienes, por decir, no tienen idea ni siquiera de la enfermedad o quienes por ahí escucharon, pero no saben bien de que se trata, a que se refiere, el hecho de que por decir, en mi caso yo ahorita ya estoy por lo menos un poco más informada o bastante ¿no?, a diferencia de que no sabia nada, si me preocupa por decir, aún cuando yo tengo la información, ya sobre de que se trata la enfermedad, por que se que hay que estar principalmente al tanto / preocupados de nuestra salud, porque sabemos que podemos padecer esa enfermedad, entonces si hay esa inquietud por cuidarte y porque desafortunadamente no tenemos ese buen hábito de la buena alimentación, el ejercicio o si lo empezamos a tener pero no es constante o no / es difícil adaptarse cuando no estas acostumbrado a cuidarte bien, entonces como que si esta ahí, la preocupación de la enfermedad.

B ¿Y que te motiva a cuidarte?.

N Pues de alguna forma si es el miedo por decir, el ver, el saber que mi mamá está enferma, el que esté padeciendo la enfermedad y el hecho de no caer en lo mismo que ella por que yo veo ahorita lo mucho que le cuesta trabajo cuidar su alimentación, lo mucho que le afecta, lo difícil que es entonces pues de alguna forma pues el miedo de no estar enfermo.

B ¿En qué piensas cuando se te dice estilo de vida saludable?.

N Pues....

B ¿Es difícil llevar un estilo de vida así?¿Es flexible?¿Qué opinas?

N Pues para como yo he tenido por decir, la conciencia de cuidarme, este por decirlo en cuanto a saber que es esta enfermedad, se me dificulta un poco pero precisamente, osea, el hecho de pensar en que hay que vivir saludablemente, yo siento que si es algo no tan fácil de lograr por los malos hábitos que tenemos como que si está ahí la idea de que ¡híjoles! Es un poquito de trabajo el realmente vivir saludable.

B Implica un esfuerzo. N Si.

B ¿Pero entonces no lo concibes como algo que se haga diario, sino que si requiere cierto control?.

N Si yo siento que si por que simplemente el hecho por ejemplo yo desde que nos hablaron del curso y todo esto, yo empecé a tener más conciente por decir, el hecho de decir , no pues la verdad es que si es muy bueno que por lo menos intente hacer un poco de ejercicio como lo recomiendan y digo es tan fácil y sencillo, aunque sea un poco diario y demás, y me pongo a pensar, del tiempo para acá y realmente, de repente lo dejas, vuelves pero no estas constante entonces.....

B ¿Por qué en el caso del ejercicio, lo suspenden?.

N Pues yo creo más que nada por que no es uno / más bien yo siento que no tengo buenos hábitos no porque por decir, el hecho de programar a que hora haces ejercicio, yo tenía la idea, ¿no?, pero pues en la mañana no..... **el resto de la conversación se perdió.**

N Y no verdaderamente no nos preocupamos por nosotros y no lo hacemos por querer estar realmente saludables, de repente es como un descuido de nosotros mismos. Yo percibo lo mismo de mi mamá, aparte de que es difícil, pero yo digo si yo tengo la conciencia de todo eso, me descuido, pues yo se que estoy mal, por ejemplo en mi alimentación osea...no como... B En ayunas. N Aja, no como, o de repente como, y de repente me da por comer mucho o algo, el hecho de que trato de ser independiente por decir por lo menos no me voy a comer más de un pan, si me como como 8 al día y el otro día casualmente, osea me acordé de esto porque dije ya casi la libré ya era tarde, ya no comí pan y ¿cuál? Ya no me dio tiempo de comer en la tarde, llegué en la noche y no sé realmente como que no estas cuidando tu alimentación que agarré y empecé a comer el pan nada más así y sin querer después ya que me los comí así como espantada pero me comí 3 panes, entonces dije ¿cómo es posible? cuando sabes que no había comido, y ya lo primero es que....osea no comiste en todo el día pues preocúpate por haber que comes, yo siento que igual eso tiene mucho que ver, el de que no, realmente no tenemos ese cuidado con nosotros mismos.

B Satisfacer lo cercano sin necesariamente pensar en los efectos a largo plazo.

N Yo al menos veo eso en mi casa, yo siento que tanto lo veo en mi mamá como/ digo si yo misma lo estoy notando en mi, osea no hay esa verdadera preocupación por cuidarme yo misma osea, no hay esa autoestima de cuidarte, quererte, y demás, osea yo digo es importante porque de alguna forma vas viendo los daños que tienes ¿no?, no hay ese cuidado, ese cariño, ese amor a ti mismo, entonces ya como que nada más tengo el “no” osea yo me tengo que querer y demás pero no, a veces no se por que no lo trabaja uno y nada más esta uno como tu te tienes que querer y demás pero pues no uno se descuida mucho/ bueno quien sabe.....es un dilema,

B Eso es lo que tratamos de averiguar.

N Yo creo que, yo siento que a lo mejor es mucho eso de la ignorancia que no hay es información la educación de / la ignorancia porque no conoces osea muchísimas cosas, entonces/ osea yo con ciertos estudios y el que pues a veces los estudios no son tan bien/ como que no tiene que ver para que tu estés realmente saludable a veces, yo siento,

que también es lo emocional, porque si no hay ese cariño, pues por mas que le den información de cuidado no lo vas a aplicar de hecho nosotros mismos, a propósito, sabes que algo te esta haciendo daño y nada mas no lo dejas por decir, el cigarro, entonces te digo probablemente esa es otra de las cosas no nada mas la información sino, el querer pues obviamente esta en como te sientes como te cuides ese podría ser bueno por lo menos en mi caso.

B En cada quien.

B Bueno muchas gracias.