

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**BARRERAS PARA EL APEGO A LAS RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN
PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CONOCOTO -
UNIDAD TIPO C; UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y
DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PERÍODO MARZO A JULIO DEL 2019.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DRA. DIANA ESTEFANÍA PINZÓN GUERRERO

DR. JOSÉ SOLA - DIRECTOR

QUITO, 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios porque me ha dado fuerza y sabiduría para continuar.

A mis tutores por todas sus enseñanzas.

A mi familia por su comprensión y apoyo.

A mis amigos por su compañía.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis:

A Dios por su fidelidad, su gracia y todas sus bendiciones,

A mi madre Lida, a mi padre José, a mis hermanos Christian y Jonathan por su amor y su

apoyo incondicional,

A David por su amor, paciencia y fortaleza.

Diana Estefanía Pinzón Guerrero

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA	ii
TABLA DE CONTENIDO.....	iii
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE ANEXOS.....	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.2 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
1.4 OBJETIVOS	5
1.4.1 Objetivo General.....	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO	6
1.6 ASPECTOS BIOÉTICOS	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2 CONOCOTO.....	8
2.1 Límites	8
2.2 Datos geográficos de Conocoto.....	9
2.3 Datos demográficos de Conocoto.....	9
2.4 Actividades económicas	10
2.5 Vivienda y urbanización.....	10
2.6 Historia	12
2.7 REPRESENTACIONES SOCIALES	13
2.8 DIABETES MELLITUS	14
2.8.1 DEFINICIÓN.....	14
2.8.2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	14
2.8.3 FACTORES DE RIESGO	15
2.8.4 DIAGNÓSTICO	15

2.8.5 TRATAMIENTO.....	16
2.8.6 COMPLICACIONES	17
2.9 ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	18
2.10 APOYO FAMILIAR	20
CAPÍTULO III.....	22
3 METODOLOGÍA	22
3.1 Componente cualitativo.....	22
3.2 Unidad de análisis:.....	22
3.3 Universo de estudio:	24
3.4 Datos estadísticos:	24
3.5 Muestra de estudio:.....	25
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	25
3.7 Procedimiento de la recolección de información	28
3.8 Plan de análisis de la información	29
CAPÍTULO IV.....	31
4 RESULTADOS	31
DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ADHERENCIA A LA DIETA, PERSPECTIVA DESDE EL PACIENTE	31
4.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN	31
4.2 ANÁLISIS DE MENSAJES	32
4.3 CATEGORÍAS DE TEMA DE ESTUDIO.....	33
4.3.1 NARRATIVAS DE HISTORIAL CLÍNICO DM2.....	33
4.3.1.1 ¿En dónde le diagnosticaron diabetes y quién le informó de esto?.....	33
4.3.1.2 ¿Qué tipo de dieta le indicaron para la diabetes?	35
4.3.1.3 ¿Siguió la dieta recomendada?	36
4.3.2 CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA DM2.....	39
4.3.2.1 Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la diabetes.....	39
4.3.2.2 En su opinión, ¿está la diabetes relacionada con otras enfermedades?.....	40
4.3.2.3 ¿Cuáles cree usted que sean las causas de la diabetes en las personas?.....	41
4.3.2.4 ¿Qué le pasa a una persona que tiene diabetes?	42
4.3.2.5 ¿Cuál es otro tipo de tratamiento que usted conoce o de los cuales ha escuchado para la diabetes?.....	44
4.3.3 ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL - DM2.....	45
4.3.3.1 ¿Qué entiende usted por “estar o sentirse enfermo”?.....	45
4.3.3.2 ¿Piensa que la diabetes le hace sentir que está enfermo?.....	46

4.3.3.3 Desde su punto de vista, ¿cree que la dieta que usted lleva le está funcionando?.....	48
4.3.3.4 En su opinión, ¿cree usted que algún día ya no tendrá diabetes?.....	51
DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ADHERENCIA A LA DIETA, PERSPECTIVA DESDE EL PERSONAL DE SALUD	56
4.4 CATEGORÍAS DE TEMAS DE ESTUDIO / PERSONAL DE SALUD	56
4.4.1 NARRATIVAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DM2.....	56
4.4.1.1 ¿Qué tipo de alimentación les indica usualmente para la diabetes a las y los pacientes?	56
4.4.1.2 ¿Cuál ha sido su experiencia personal al trabajar con pacientes diabéticos? 57	
4.4.2 CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA DM2.....	59
4.4.2.1 ¿Recuerda algún o algunos casos significativos de pacientes diabéticos?....	59
4.4.2.2 ¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la diabetes?.....	59
4.4.2.3 ¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?	60
4.4.2.4 ¿Sus pacientes creen que la diabetes está relacionada con otras enfermedades? ¿Cuáles?	61
4.4.2.5 ¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la diabetes?	62
4.4.3 ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL DM2.....	63
4.4.3.1 ¿Qué entienden sus pacientes por “estar o sentirse enfermo”?	63
4.4.3.2 Desde su punto de vista, ¿cree que el tipo de dieta que usted les prescribe funciona?.....	63
4.4.3.3 Sus pacientes con diabetes, ¿utilizan alguna práctica de medicina alternativa?	65
4.4.3.4 ¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?.....	66
CAPÍTULO V.....	71
5 DISCUSIÓN.....	71
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	77
CAPÍTULO VI.....	78
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
6.1 CONCLUSIONES.....	78
6.2 RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	87

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Exposición de las categorías cualitativas de estudio.....	26
Tabla 2. Características de los entrevistados	31
Tabla 3. Tabla Resumen.....	53
Tabla 4. Tabla resumen / Personal de salud.....	67
Tabla 5. Tabla comparativa de resultados.....	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ubicación de Conocoto respecto a Pichincha	8
Figura 2. Mapa físico de la parroquia Conocoto	9
Figura 3. Centro de Salud Conocoto.....	11
Figura 4. Cultivos de maíz en Conocoto.....	11
Figura 5. Diagnóstico de diabetes.....	34
Figura 6. Dieta prescrita.....	36
Figura 7. Seguimiento dietético	37
Figura 8. Conocimiento sobre la diabetes.....	39
Figura 9. Enfermedades relacionadas con la diabetes	40
Figura 10. Causas de diabetes.....	41
Figura 11. Síntomas de diabetes	43
Figura 12. Tratamientos alternativos	44
Figura 13. "Sentirse enfermo".....	47
Figura 14. Adherencia a la dieta	48
Figura 15. Curación de la diabetes.....	52
Figura 16. Representaciones sociales de la diabetes.....	55
Figura 17. Dieta indicada a los pacientes	57
Figura 18. Experiencia al trabajar con pacientes diabéticos	58
Figura 19. Percepción de la enfermedad.....	60
Figura 20. Relación de la diabetes con otras enfermedades	61
Figura 21. Causas de diabetes perspectiva del personal de salud.....	62
Figura 22. No adherencia a indicaciones dietéticas	64
Figura 23. Utilización de medicina alternativa	65
Figura 24. Seguimiento de indicaciones	66
Figura 25. Representaciones sociales de la diabetes perspectiva del personal de salud.....	69

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Guía semiestructurada de entrevista 01	87
Anexo 2. Guía semiestructurada de entrevista a personal de salud 02	90
Anexo 3. Consentimiento informado.....	92
Anexo 4. Tabla de variables de identificación.....	95
Anexo 5. Matriz de vaciamiento de datos	97
Anexo 6. Matriz de representación de datos y análisis.....	98
Anexo 7. Ideas núcleo – Wordle.....	100

RESUMEN

La Diabetes Mellitus constituye una enfermedad crónica de alta prevalencia a nivel mundial, asociada a complicaciones y discapacidad, con mala adherencia al tratamiento. Se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de determinar las barreras que dificultan el apego a las recomendaciones dietéticas en el marco de las representaciones sociales que los pacientes diabéticos tienen sobre la enfermedad que adolecen y los cuidados en la familia, desde la perspectiva del paciente, como del personal de salud que los atiende en el Centro de Salud Conocoto. La técnica de metodología cualitativa fue la aplicación de una entrevista en profundidad semiestructurada con los mismos temas de estudio para ambos grupos.

Luego de la recolección de la información y análisis de mensajes, los resultados muestran que las costumbres dietéticas o culinarias son el principal factor de no adherencia al tratamiento. La falta de apoyo familiar también tiene un rol importante, dejando con menor importancia a los bajos recursos económicos cuando los pacientes deciden seguir una dieta, debido a que está más vinculado el gusto culinario. El personal de salud parece estar en discrepancia al referir que los pacientes muchas veces no conocen de su enfermedad, complicaciones y gravedad, generando un vínculo negativo que afecta a la adherencia terapéutica.

Palabras clave: Diabetes, adherencia dietética, representaciones sociales.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease of high prevalence worldwide, associated with complications and disability, with poor adherence to treatment. A qualitative study was carried out with the objective of determining the barriers that hinder the adherence to dietary recommendations within the framework of the social representations that diabetic patients have about the disease they suffer and care in the family, from the patient's perspective, as of the health staff that attends them at the Conocoto Center. The qualitative methodology technique was the application of a semi-structured in-depth interview with the same topics of study for both groups.

After the collection of information and message analysis, the results show that dietary or culinary customs are the main factor of non-adherence to treatment. The lack of family support also plays an important role, leaving less important economic resources when patients decide to follow a diet, because culinary taste is more linked. The health staff seems to be in discrepancy in referring that patients often do not know about their disease, complications and severity, generating a negative link that affects therapeutic adherence.

Keywords: Diabetes, dietary adherence, social representations.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Es importante considerar la dimensión sociocultural de las enfermedades, no solo por la adquisición de nuevos conocimientos, sino por buscar una manera de comprenderlas para poder mejorar su tratamiento y contribuir en la prevención. Desde finales del siglo pasado en América Latina se han realizado abundantes investigaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales sobre el proceso salud-enfermedad-atención, lo que evidencia la importancia que tiene conocer los diversos contextos socio-culturales, para entender las representaciones sociales que las personas tienen sobre las enfermedades que adolecen.

Los estudios sobre enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han generado un gran interés en el área de las ciencias sociales, debido a que el proceso de salud-enfermedad se encuentra íntimamente vinculado a la sociología humana.

El modelo de transición epidemiológica intenta explicar, el paso de la enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales se han convertido en problemas de salud pública, que aún no han podido ser solventados adecuadamente. Así pues, comprender la forma de vida de las personas con ECNT dentro del contexto social ayudaría al control y prevención de enfermedades.

Por otro lado, el “vivir la enfermedad” es también tener un conocimiento sobre la misma y los factores que la ocasionan. Sin duda, los grupos culturales comparten representaciones sociales en torno a sus enfermedades comunes, en dónde el análisis de las estructuras semánticas para la comprensión y aplicación de modelos causales resulta primordial. (García de Alba García, y otros, 2012)

Con los antecedentes previamente mencionados, la presente investigación es parte de un proyecto, cuyo finalidad es conocer las representaciones socioculturales sobre las ECNT de personas diagnosticadas particularmente de Diabetes Mellitus tipo 2, así también, del personal de salud que atiende a estas personas y sus familias en la parroquia rural de Conocoto, perteneciente a Quito, además, de otros sitios de la zona costera del país como Santo Domingo de los Tsáchilas y Portoviejo.

Esta propuesta investigativa contiene un componente etnográfico importante que trata de llegar a la comprensión de la actuación de las personas con ECNT, sus familias y el personal de salud que las atiende. Con el propósito de ayudar a los establecimientos de salud a incluir el factor intercultural de las enfermedades de los pacientes para mejorar las estrategias de intervención y control de las mismas.

Además, estudios de características similares se están realizando en otros países como Cuba y México, siendo parte del plan de la Red Latinoamericana de Estudios en ECNT, lo que permitirá conocer las similitudes y diferencias socioculturales entre estos países acerca de las representaciones sociales de las personas con diabetes.

JUSTIFICACIÓN

“A nivel mundial 4,6 millones de fallecimientos cada año son atribuibles a la diabetes, esta enfermedad se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo disminuyendo la productividad y desarrollo humano” (FID, 2011). La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) constituye la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón en Ecuador, según datos INEC en el 2016.

A pesar de los esfuerzos realizados en salud pública para disminuir las complicaciones en los pacientes con diabetes, esta sigue siendo una de las principales causas de ingresos hospitalarios y secuelas incapacitantes derivadas, debido a que ha aumentado su prevalencia en muchas poblaciones de todo el mundo.

La alimentación es una de las principales indicaciones en el tratamiento de la diabetes y, a su vez, uno de los aspectos más difíciles a seguir para los pacientes, la adherencia al tratamiento es muy baja. Para muchas personas con diabetes la parte más desafiante del tratamiento es determinar qué comer para así seguir un plan de alimentos saludables. Además, entendiendo desde la historia como los carbohidratos son parte tradicional de la alimentación diaria en las poblaciones latinas, el prescribir una dieta diferente como parte del tratamiento a los pacientes diabéticos es el aspecto más difícil de lograr. (Carvajal Espósito, 2015)

Es clara la evidencia médica sobre el beneficio de la dieta como pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes y prevención de complicaciones, con disminución del riesgo cardiovascular y mejor calidad de vida. A diferencia de otras enfermedades en donde el alto costo de los medicamentos provoca el desapego a los tratamientos, en el caso de la diabetes la falta de adherencia a la dieta prescrita encarece y dificulta el tratamiento óptimo de esta patología, además, de los medicamentos. (American Diabetes Association, 2018)

Es por ello de vital importancia conocer las representaciones sociales que tienen los pacientes sobre como entienden su enfermedad, como perciben y aceptan las modificaciones dietéticas que tienen que realizar en el momento que reciben el diagnóstico de diabetes. Para así poder determinar las razones de por qué no siguen una “dieta saludable”, desde la perspectiva del paciente y del personal de salud que está a cargo de sus controles médicos, y así comprender el comportamiento de los individuos que la padecen. Debido a que la dieta constituye un pilar importante en el tratamiento de los pacientes diabéticos y en la prevención de complicaciones. (International Diabetes Federation, 2018)

1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Barreras para el apego a las recomendaciones dietéticas en pacientes diabéticos que asisten al Centro de Salud Conocoto - Unidad tipo C; un análisis desde la perspectiva del paciente y del personal de salud en el período marzo a julio del 2019.

1.2 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Pichincha-Quito- Centro de Salud; Conocoto - Unidad tipo C del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las razones por las que los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Conocoto no se adhieren a la dieta prescrita?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

- Determinar las razones por las cuales los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Conocoto no se adhieren a la dieta prescrita, en el marco las representaciones sociales que tienen sobre la enfermedad que adolecen y sus cuidados en la familia.

1.4.2 Objetivos específicos

- Establecer los principales factores socioculturales, en el ámbito familiar y comunitario, que afectan la adherencia al tratamiento nutricional de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Caracterizar las representaciones sociales propias del personal de salud que tiene sobre el incumplimiento a las recomendaciones dietéticas que prescriben a los pacientes diabéticos.

1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Los pacientes diabéticos no se adhieren a la dieta prescrita porque las indicaciones médicas están en conflicto con su cultura culinaria y de cuidado familiar.

1.6 ASPECTOS BIOÉTICOS

El consentimiento informado (CI) es un proceso, no solo un formato, que consiste en la manifestación expresa de una persona competente (cuya capacidad física, mental y moral le permite tomar una decisión) de participar en una investigación, en condiciones tales que pueda conocer los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que se puedan presentar durante el desarrollo de la investigación en la que participa. (Mondragón Barrios, 2009)

El CI es uno de los aspectos más importantes dentro de la investigación debido a que formaliza el vínculo del cual derivan derechos y obligaciones para ambas partes. Constituye la aceptación de participar en una investigación con información previa para que la decisión de participación sea de forma libre, voluntaria y consciente. (OPS, 2010)

Procedimiento: Antes de otorgar el consentimiento informado, el participante tiene que haber sido informado de forma exhaustiva por el profesional que lleva a cabo la investigación sobre la naturaleza, la importancia y alcance de la investigación, con el fin de que la información recolectada, pueda ser útil para la elaboración y análisis de resultados sobre la temática propuesta. Asegurándose de que esta información sea entendida por el sujeto antes de firmar el consentimiento informado.

Riesgos: La persona que participa en la investigación puede, en cualquier momento, revocar su consentimiento sin tener que explicar la causa por la que desistió colaborar en la investigación.

Confidencialidad: “La confidencialidad es la garantía de que la información personal será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de la persona. Dicha garantía se lleva a cabo por medio de un grupo de reglas que limitan el acceso a esta información” (Ávila Funes, 2013).

Para asegurar la confidencialidad de cada participante en esta investigación, se utilizarán una codificación para identificar a los participantes sin revelar su identidad. La información recolectada tendrá acceso limitado, asegurando su uso solamente para fines de la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

CONOCOTO

Conocoto, su nombre deriva de la palabra quichua *Cunugcutu*, formada de dos vocablos, *Cunug* que significa abrigada y *Cutu* que significa loma, traduciéndose como Loma Abrigada.

Conocoto pertenece a las 33 parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito, ubicada a 11 km del centro de la Capital, cuenta con 156 barrios.

2.1 Límites

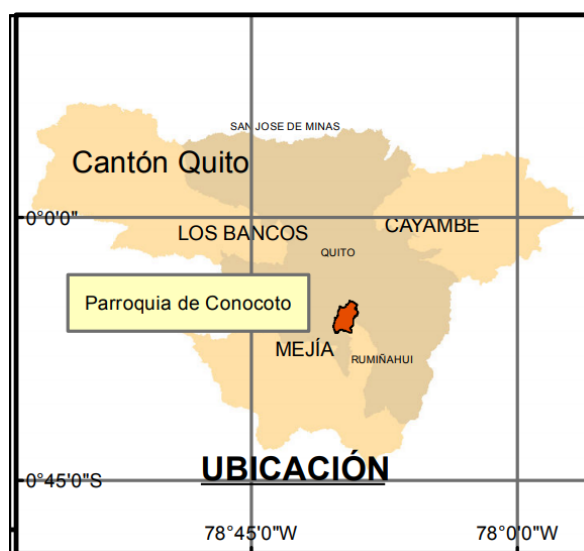
Norte: Ciudad de Quito y Parroquia de Cumbayá

Sur: Parroquia de Amaguaña y Cantón Rumiñahui

Este: Parroquias de Guangopolo, Parroquia de Alangasí y el Cantón Rumiñahui

Occidente: Ciudad de Quito

Figura 1. Ubicación de Conocoto respecto a Pichincha



Fuente: Escuela Politécnica del Ejército
Elaborado por: Ordoñez, 2012

Figura 2. Mapa físico de la parroquia Conocoto



Fuente: GPP- IEE 2015, IGM 2013
Elaborado por: Equipo Consultor, 2015

2.2 Datos geográficos de Conocoto

Según datos del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia de Conocoto (GAD Conocoto) tiene una superficie de 56 km², de un territorio irregular, similar a la topografía de los valles interandinos. Se encuentra ubicado a una altitud de 2.600 msnm. El punto más elevado se encuentra en la cumbre de la Loma de Puengasí a 3.175 msnm y el más bajo está a 2.390 msnm en la ribera del Río San Pedro. De clima cálido: “La temperatura oscila entre 8°C y 27°C siendo 15,7°C la temperatura media anual” (GAD Conocoto, 2019).

2.3 Datos demográficos de Conocoto

Según los datos del último censo poblacional INEC 2010, la parroquia de Conocoto tiene 82.072 habitantes. Donde el 48 % (39.691 h) son hombres y el 52% (42.381h) son

mujeres. Siendo la principal etnia, la población mestiza que corresponde al 87,40% lo que representa a 71.729 h. (GAD Parroquial de Conocoto , 2015)

2.4 Actividades económicas

Se estima para Conocoto una tasa de desempleo del 3.2% y subempleo del 16.4%. La PEA (población económicamente activa), distribuye sus actividades de la siguiente manera:

- El Sector Agropecuario o Primario de la Parroquia de Conocoto concentra el 1.78% del total de la PEA, representa a 711 habitantes.
- Sector Secundario de Industria, manufactura, artesanía con el 21,78%, representa a 8.702 habitantes.
- Sector Terciario de servicios y comercios representa el 60,58% que corresponde a 24.207 habitantes.

La mayor concentración de la PEA se encuentra en el sector terciario o de servicios, debido a que en la actualidad gran parte del territorio de Conocoto está ocupado por urbanizaciones, cambiando el uso del suelo antes destinado a la agricultura y ganadería para otras actividades de comercio y servicios.

En el sector Primario, el cultivo predominante sigue siendo el maíz, le siguen la arveja, las papas, hortalizas y fréjol. Además, de la producción de animales domésticos como pollos y cuyes. (GAD Parroquial de Conocoto , 2015)

2.5 Vivienda y urbanización

En los últimos años se ha producido un crecimiento acelerado de la zona urbana a partir de la construcción de conjuntos habitacionales, y nuevas viviendas con sitios de servicio, comercio y turismo. El 61.6% corresponden a viviendas propias, de tipo casa / villa en un 74%.

Sin embargo, se puede identificar el 9% de viviendas desocupadas y el 5% en proceso de construcción. (GAD Parroquial de Conocoto , 2015)

Figura 3. Centro de Salud Conocoto



Fuente: Centro de Salud Conocoto, 2019

Figura 4. Cultivos de maíz en Conocoto



Fuente: Conocoto, Barrio La Lorena, 2019

2.6 Historia

Antiguamente Conocoto constituía un gran bosque templado andino, lleno de arbustos nativos y fauna variada. “Con el cultivo del maíz, que probablemente vino de México, se afianzó la agricultura y el hombre se volvió sedentario” (Albán Pinto, 2011). Según el historiador Dr. Manuel Espinoza Apolo, existieron asentamientos del pueblo Cara y a partir del año 1140 DC aproximadamente habitaron grupos familiares de la Cultura Panzaleo.

El asentamiento pre incásico más relevante de la época aborígen conservado hasta la actualidad es la parcialidad de Chachas.

A partir de la conquista española las encomiendas se convirtieron en grandes haciendas agrícolas y ganaderas. En 1.560 se fundó en la zona de Quito doctrinas y pueblos, formándose Conocoto. En 1.775 la doctrina de Conocoto se transformó en parroquia eclesiástica, llamándose San Pedro de Conocoto.

A pesar del primer grito de Independencia el 24 de mayo de 1822, no hubo cambios en el orden social, la hacienda constituía el núcleo de la economía, continuando la explotación al indio.

El 29 de mayo de 1.861, en el primer gobierno del Dr. Gabriel García Moreno, se decretó la División Política del Ecuador. Con esta ley se crearon provincias, cantones y parroquias entre las que constaba Conocoto, ya reconocida desde entonces. Sin embargo, el impacto más notable en la condición social y laboral de los pobladores de Conocoto, especialmente los del sector agrario, fue la promulgación de la Ley de Reforma Agraria en la década de los sesenta del siglo anterior, lo que representó el fin de las haciendas. Las tierras labrantías fueron vendidas, se acabó la producción agrícola y ganadera. (Albán Pinto, 2011)

Aparecieron asentamientos que fueron creciendo en forma caótica, y posteriormente fueron organizados y provistos de servicios básicos, de vivienda y de salud que mejoraron la calidad de vida de los pobladores, sin embargo, conservando hábitos alimentarios de sus antepasados a pesar de haber modificado sus actividades diarias, volviéndose más sedentarios con el advenimiento de la industrialización. (GAD Conocoto, 2019)

2.7 REPRESENTACIONES SOCIALES

Desde el psicoanálisis social, según Moscovici, S.

La representación social es una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979)

En otras palabras, también se puede decir que una representación social:

Es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce. (Mora, 2002)

Así las representaciones sociales le dan sentido a la realidad y son cambiantes. Con respecto a la alimentación las personas han hecho adaptaciones de su dieta según su entorno social.

El alimentarse ha construido relaciones sociales y códigos de socialización, y viceversa. Estos códigos y relaciones dan construcción a identidades, así la dieta evolucionó a la

par del desarrollo social y cultural de la humanidad. Las construcciones sociales, significados y signos, están reclusos a condiciones sociales –de clase-, pero además, hablando de una dieta regionalizada, ésta determina una conexión cultural, económica, política y de lazos familiares. (Patiño, y otros, 2016)

Es trascendental conocer las representaciones sociales que los pacientes diabéticos tienen respecto a la dieta, para así conocer las barreras que limitan su adherencia cuando esta pretende ser modificada por indicación médica.

2.8 DIABETES MELLITUS

2.8.1 DEFINICIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), palabra que proviene del griego *diabetes* que significa “exceso de orina” y del término latino *mellitus* que significa "sabor a miel":

Es una enfermedad metabólica que se caracteriza por la presencia de glucosa elevada en la sangre debida a defectos en la secreción o acción de la insulina, o una combinación de estos. Los síntomas principales son poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de peso y visión borrosa. En ocasiones se toma como referencia estos tres síntomas (poliuria, polifagia y polidipsia o regla de las 3 P) para poder sospechar diabetes mellitus tipo 2 o insulinoresistente ya que son los más comunes en la población. (Association, 2012)

2.8.2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

“La diabetes es una enfermedad crónica de impacto mundial con un incremento de la prevalencia en países occidentales y en vías de desarrollo. La prevalencia mundial ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014” (Lillo C & Rodríguez P, 2018).

Otros datos dicen que “en Latinoamérica hay 26 millones de diabéticos lo que equivale al 7% de la población total mundial de pacientes con esta patología. Para el año 2030 se

pronostica un aumento de esta enfermedad con hasta 39.9 millones de casos” (Terechenko, Baute, & Zamonsky, 2015).

En Ecuador, la diabetes está afectando a la población con tasas cada vez más elevadas. Según la encuesta ENSANUT realizada en el 2013, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años fue de 1.7%. Esa proporción va subiendo a partir de los 30 años, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes. Además, constituye la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón según datos INEC del 2016. El 90% de los diabéticos son tipo 2 y el resto se divide entre diabéticos tipo 1 y otras formas de diabetes. La tasa de mortalidad por diabetes es de 25 a 30 por cada 100.000 habitantes. (ENSANUT, 2013)

2.8.3 FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo más importante involucrados en el desarrollo de DM2 se encuentran el sobrepeso y la obesidad, con un índice de masa corporal (IMC) > 23 en mujeres y > 25 en hombres.

La herencia juega también un papel importante, ya que incrementa el riesgo de padecer diabetes si existen antecedentes familiares.

Son considerados otros factores de riesgo: “antecedentes de enfermedad cardiovascular, la dislipidemia o haber estado en tratamiento de esquizofrenia; en las mujeres, además, el síndrome de ovario poliquístico y haber tenido hijos con peso > 4 kg” (Gil-Velázquez, Sil-Acost, Domínguez-Sánchez, Torres-Arreola, & Medina-Chávez, 2013).

2.8.4 DIAGNÓSTICO

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), los criterios diagnósticos son:

- Glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dl. (Ayuno definido como no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas)
- Glucosa plasmática a las 2 horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. (La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua)
- Hemoglobina glicosilada (A1C) $\geq 6.5\%$. (Realizada en laboratorios certificados de acuerdo a estándares A1C del DCCT)
- Pacientes con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dl. (American Diabetes Association, 2018)

2.8.5 TRATAMIENTO

Como pilares del tratamiento se establece a:

- Cambios del estilo de vida: es un aspecto fundamental del cuidado de la diabetes e incluye dieta baja en carbohidratos, fraccionada en 5 tomas, y actividad física (150 min o más a la semana de moderada a alta intensidad).
- Tratamiento farmacológico (hipoglucemiantes orales, insulina). (American Diabetes Association, 2018)

La palabra dieta proviene del griego *Dayta* que significa "régimen de vida". Se define como el tipo y cantidad de alimentos que se consumen diariamente, conformando hábitos o comportamientos nutricionales. La dieta es muy importante para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Está bien establecida su función como factores determinantes de ECNT, es por lo que la modificación del estilo de vida, con una dieta saludable es fundamental tanto para el tratamiento como para la prevención de la DM2. (OMS, 2003)

2.8.6 COMPLICACIONES

La diabetes se asocia con la aparición de complicaciones en otros sistemas orgánicos, son conocidas como complicaciones macrovasculares y microvasculares. Siendo las más importantes, la retinopatía diabética que puede llegar a la ceguera, nefropatía con deterioro funcional progresivo, requiriendo diálisis y trasplante, enfermedad vascular periférica que pueden significar la pérdida de extremidades inferiores, enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio; sin embargo, las complicaciones más prevalentes afectan al sistema nervioso periférico y autónomo produciendo la neuropatía diabética (OMS, 2019).

Como complicaciones agudas se pueden desarrollar cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar no cetósico, que son formas como podría debutar una diabetes. Es por lo que las complicaciones asociadas a la diabetes significan una carga muy pesada, tanto para el paciente que la padece, la familia y para todo el sistema de salud pública.

La DM2 es una enfermedad compleja y crónica que requiere atención médica continua con estrategias de reducción de riesgos más allá del control glicémico. La educación y apoyo continuo del paciente es lo más importante para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. (American Diabetes Association, 2018)

Constituye un factor de riesgo y un indicador de daño cardiovascular porque según Carrasco y otros (2008) “el 70% de los pacientes con diabetes muere por infarto o accidente vascular, además, se relaciona con discapacidad e invalidez por las complicaciones derivadas de ella, como insuficiencia renal (40% de las personas que requieren diálisis son pacientes con diabetes). Se estima que esta enfermedad es la primera causa de ceguera y de amputaciones de extremidades en sujetos mayores de 40 años” (Carvajal Espósito, 2015).

2.9 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

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

Además, “la falta de cumplimiento a los tratamientos y al consejo profesional conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observada en los pacientes no cumplidores” (Dillaa, Valladaresa, & Lizánb, 2009).

La DM2 representa una de las principales causas de invalidez y muerte prematura con una alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento. Según la Asociación Americana de Diabetes menos del 2% de los pacientes diabéticos cumplen con todas las pautas de tratamiento recomendadas, siendo la adherencia al tratamiento hipoglucemiante del 75%, al plan alimentario de 52% y al ejercicio físico un 26%. “Los pacientes con DM2 suelen presentar concomitantemente comorbilidades, tales como sobrepeso/obesidad, dislipidemias, e hipertensión arterial, que son parte del llamado Síndrome Metabólico, todo lo cual aumenta el riesgo de mortalidad en referencia a la población general” (Terechenko, Baute, & Zamonsky, 2015).

La mala adherencia al tratamiento es la responsable de las complicaciones a largo plazo, los factores que influyen se relacionan con el propio paciente, características de la enfermedad, tratamiento requerido y los servicios de salud que estén a su disposición. Por lo tanto, la confianza recíproca generada en la relación médico-paciente, es un factor fundamental, y el que más influye en la adherencia al tratamiento según varios estudios.

Es por lo que:

El manejo de la adherencia, su valoración, prevención y abordaje ante el incumplimiento, es una responsabilidad multidisciplinaria que debería estar presente en todas las consultas de seguimiento de los pacientes con diabetes, con lo que se podría evitar el desarrollo de complicaciones posteriores. (Del Castillo Arévalo, y otros, 2013)

La falta de adherencia al tratamiento o incumplimiento terapéutico es un problema relevante, con mayor importancia en el tratamiento de las enfermedades crónicas, entre ellas la DM2 cobra importancia por la alta prevalencia que presenta y complicaciones graves que derivan de ella. Es por lo que mejorar la adherencia terapéutica, mejora la seguridad del paciente y la efectividad del sistema sanitario. (Ramos Rangel, y otros, 2017)

La adherencia a la dieta es una meta difícil de lograr, hay varios factores involucrados, entre ellos personales, del sistema de salud, de la propia enfermedad o del tratamiento. Como factores personales se consideran la motivación, el desconocimiento, la baja autoestima o la depresión. Así mismo, se establece la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento, menor adherencia terapéutica. (Rodríguez Campuzano, Rentería Rodríguez, & García Rodríguez, 2013)

La valoración de la adherencia es muy compleja y no existe un método que considere todos los aspectos que intervienen en ella.

Existen múltiples métodos utilizados para medirla, la mayoría orientados a la parte farmacológica, dejando de lado el enfoque integral que involucra el cumplimiento de la dieta, ejercicio, citas programadas, entre otros. Por lo tanto, etiquetar a una persona como adherente o no adherente con el empleo de un método en particular, quizás no corresponda a la realidad de la persona, debido a que existen circunstancias que son temporales y por tanto modificables, es así como, hasta el momento, no se dispone de

un patrón oro que permita la evaluación exacta de este concepto. (López Romero, Romero Guevara, Parra, & Rojas Sánchez, 2016)

2.10 APOYO FAMILIAR

La familia es un pilar importante que interviene en la adaptación y seguimiento de un plan terapéutico que trata de cambiar los hábitos alimentarios del paciente diabético cuando es diagnosticado, por lo tanto:

La aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que afectan el equilibrio familiar y exige mecanismos de adaptación para su recuperación. La DM2 produce un estado de estrés y carga emocional, debido a que necesita un tratamiento permanente y cambios en el estilo de vida. Así el apoyo familiar adquiere mucha importancia, ya que se ha demostrado que los conflictos familiares son predictores de dificultades en la adhesión a los tratamientos, mientras que el soporte familiar, la cohesión y la organización se asocian a un mejor cumplimiento y control metabólico. (Kopitowski, 2016)

Además, los pacientes con DM2 “presentan disminución en el aprendizaje verbal, en el razonamiento abstracto y en la ejecución psicomotora. También se ha observado un mayor estrés y un 33% más de incidencia de depresión que la población en general” (Kopitowski, 2016). Para contrarrestar estas alteraciones es importante el apoyo familiar, lo que ayuda a su adaptación y adherencia a la dieta.

Los pacientes que tienen apoyo social y familiar adecuado presentan menos problemas en la aceptación de la enfermedad y en el apego al tratamiento, por lo que el apoyo social, específicamente el familiar, se constituye como un factor de protección que permite

establecer mejores pronósticos en los perfiles de adhesión al tratamiento dietético. (Torres, Camacho Ruiz, Escoto Ponce de León, Contreras Landgrave, & Casas Patiño, 2014)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Es un estudio cualitativo que tiene como propósito describir e interpretar las representaciones sociales que las personas y el personal de salud que las atienden tienen sobre la diabetes.

3.1 Componente cualitativo

La técnica e instrumentos cualitativos tienen como finalidad el identificar y describir las representaciones socioculturales sobre la DM2, con énfasis en la dieta. De forma específica se espera, metodológicamente hablando:

- Exponer y diferenciar las categorías que intervienen en la construcción de las representaciones sociales sobre la DM2.
- Exponer y diferenciar las representaciones sociales propias de la población bajo estudio, señalando similitudes de diferencia entre quienes padecen diabetes y el personal que los atiende.
- Comparar los resultados con las otras áreas de investigación en el país y, de ser posible, con los resultados de otros países.

El estudio se estructuró a partir de la **técnica de entrevistas en profundidad**¹, usando para ello como instrumentos guías semiestructuradas estandarizadas.

3.2 Unidad de análisis:

Las unidades de análisis de investigación son dos:

¹ **Entrevista en profundidad:** encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y el entrevistado, que tienen como finalidad conocer la opinión y la perspectiva que un sujeto tiene respecto de su vida, experiencias o situaciones vividas.

- **Unidad 1:** personas que son atendidas en el Centro de Salud Conocoto y que padecen de DM2. En este caso se utilizó la **guía de entrevista 01**.
- **Unidad 2:** personas profesionales de la salud que atienden en el Centro de Salud Conocoto. Para ellos se utilizó la **guía de entrevista 02**.

El formato de **entrevista** destinada a las personas con DM2, se estructuró con los siguientes elementos temáticos:

- Primer bloque: datos de identificación de la ubicación de la persona entrevistada y datos de identificación demográfica.
- Segundo bloque: una aproximación narrativa a la historia clínica de la DM2 que padece la persona entrevistada.
- Tercer bloque: Caracterización “*emic*”² de la DM2.
- Cuarto bloque: Narrativa de la caracterización cultural a la atención / seguimiento y control de la DM2.

Por su parte, la guía de entrevista al personal que atiende en el Centro de Salud Conocoto contiene los siguientes elementos:

- Primer bloque: datos de ubicación y de identificación demográfica de la persona entrevistada.
- Segundo bloque: Narrativas de atención a las personas con DM2
- Tercer bloque. Caracterización “*emic*” de las personas con DM2 que atienden en la unidad de salud.
- Cuarto bloque: Narrativas de asociación cultural a la atención, seguimiento y control que brindan.

Estas dos guías se encuentran en el anexo de este documento.

² “**Emic**”: es el punto de vista de los actores.

Ficha de identificación: para las características demográficas de los pacientes y del personal de salud que atiende en el Centro de Salud Conocoto. (Anexo 4)

De forma complementaria se suman a esta investigación trabajo de gabinete ³ con fuentes secundarias y observaciones de campo, con lo que se pretende construir una caracterización socio cultural del contexto local. Los aspectos específicos considerados son:

- Prácticas médicas tradicionales
- Aspectos culturales relacionados con los factores de riesgo para DM2 como: alimentación, tipo de trabajo, espacios de esparcimiento, tabaquismo e ingesta de bebidas alcohólicas, movilidad y migración.

3.3 Universo de estudio:

Para la unidad 1 de investigación:

Corresponde a todas las personas con DM2 que se atienden y están registradas en la unidad de salud.

3.4 Datos estadísticos:

De enero 2017 a agosto 2018 se registraron 327 consultas por primera vez y subsecuentes 1633, con una proyección poblacional de 196.802 habitantes en el 2017.

Para el año 2018 se registró un total de 351 consultas por primera vez y 2294 subsecuentes para DM, con una proyección poblacional de 200.599 habitantes.

Se consideran a todos los profesionales directamente involucrados en la atención a las personas con los problemas de salud motivo de estudio, responsables del cuidado de las personas de la unidad 1 de investigación.

³ **Trabajo de gabinete:** Consiste en obtener materiales y documentos a través de la información oral o visual de otras personas o fenómenos naturales.

**Población de la Parroquia de Conocoto Pacientes diabetes que asisten a la
unidad de salud de Conocoto**

82072

351

Para la unidad 2 de investigación:

Se consideran a todos los profesionales directamente involucrados en la atención a las personas con DM2, responsables del cuidado de las personas que padecen DM2.

3.5 Muestra de estudio:

Para el caso de las dos unidades de investigación se construyeron muestras de conveniencia, considerando técnicamente a cada participante como informante clave.

En el caso de las personas que padecen DM2 se escogieron a partir de los resultados de la exploración cuantitativa y se cerró el número de informantes clave siguiendo la regla de la saturación de información, siendo la muestra no menor a **30 personas**,⁴ contando, desde luego, con el consentimiento explícito de su participación.

En el caso de las entrevistas al personal de salud, se pretendió acceder a todos aquellos profesionales que atienden directamente a las personas con DM2, contando con su consentimiento explícito por supuesto y previo conocimiento de las condiciones de la presente investigación.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Se propuso los siguientes criterios de inclusión para su participación en el estudio.

Para las personas que presentan DM2:

⁴ Según Chow, este es el número que ha demostrado saturación de información, y que es similar a las investigaciones de la Red Latinoamericana de Estudios en ECNT para un investigador.

- Grupo etario de entre 35 a 70 años
- Haber sido diagnosticado de DM2 al menos tres meses antes del inicio operativo de este estudio y llevar o haber llevado algún tipo de cuidado o tratamiento para la diabetes.
- Que no tenga alguna limitación cognitiva o discapacidad para responder a las preguntas de los instrumentos de investigación con que opera este estudio.
- Que haya aceptado participar en este estudio, previa explicación detallada de su alcance y haya firmado el consentimiento informado.

Para el personal de salud:

- Llevar más de un año trabajando en la unidad de salud atendiendo a personas con DM2.
- Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Para el caso de los pacientes fueron criterios de exclusión:

- No estar en el rango del grupo etario señalado en el estudio y en el tiempo mínimo señalado con el problema de salud.
- No estar en condiciones cognitivas para satisfacer las preguntas de los instrumentos de la investigación.
- No aceptar participar en el estudio.

En cuanto al personal de salud, se excluyeron a quienes señalen su deseo de no participar en el estudio.

Tabla 1. *Exposición de las categorías cualitativas de estudio*

Personas con enfermedades crónicas diagnosticadas y en proceso de cuidado		
Bloque	Tema	Referencias para categorías
01	Ficha de identificación	Variables demográficas
02	Narrativas de historial clínico	Tiempo desde el diagnóstico
		(Lugar) Institución donde se dio el diagnóstico

		(Persona) Persona que informó el diagnóstico
		Tipo de alimentación
		Determinar adherencia a indicaciones alimentarias
03	Caracterización <i>emic</i> del problema de salud	Caracterización de la enfermedad
	<i>Narrativa del problema de salud</i>	Causa de la enfermedad
		Manera de presentarse y llevar la enfermedad
		Recomendaciones alimentarias conocidas y escuchadas
04	Asociación cultural al seguimiento / control del problema de salud	Entendimiento de sentirse o estar enfermo
		Funcionamiento del tratamiento dietético: <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento nutricional - Regularidad de la consulta - Factores familiares y grupales
		Curación y/o acostumbamiento
Personal de salud		
01	Ficha de identificación	Variables demográficas (ver análisis cuantitativo)
02	Narrativa de atención a personas con DM2	Tiempo de trabajo como profesional
		Cantidad de pacientes que atiende
		Tipo de dieta indicada
		Experiencia de trabajo con pacientes diabéticos
03		Casos significativos (relevantes en la atención médica)

	Caracterización <i>emic</i> de la responsabilidad de la atención. <i>Narración</i>	Conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad
		Los pacientes relacionan la enfermedad con otras enfermedades
		Los pacientes conocen las causas
		Los pacientes conocen la gravedad y el desenlace
04	Asociación cultural a seguimiento / control de la enfermedad	Qué entienden los pacientes por “ <i>sentirse enfermo</i> ”
		Cumplimiento del tratamiento por los pacientes <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento nutricional - Regularidad de la consulta - Aspectos familiares y grupales
		Uso de prácticas alternativas de los pacientes
		Cumplimiento de recomendaciones alimentarias
		Problemas de salud personales

Fuente: Protocolo de Investigación
Elaborado por: Dr. José Sola

3.7 Procedimiento de la recolección de información

Se dispuso de dos instrumentos de recolección de información, los que se aplicaron a los informantes clave (30) previa explicación y consentimiento informado en un lugar escogido de mutuo acuerdo y que guardaron las garantías de comodidad y confidencialidad. Dependiendo de la circunstancia, la entrevista pudo realizarse en uno o varios momentos, dependiendo de las características de la relación con la persona que se entrevistó.

Para el conjunto de entrevistados se saturó la muestra por sobre la entrevista 30, como ha ocurrido en las otras experiencias en camino, fundado el hecho en que se tratan de problemas

considerados aún emergentes y que están en un proceso de crecimiento y consolidación de las representaciones sociales sobre la DM2 y sus componentes estructurales, como las prescripciones farmacológicas y no farmacológicas, tipo de relación con los servicios de salud y las estrategias de soporte familiar y grupal.

Para el caso de las entrevistas a los miembros del personal del Centro de Salud Conocoto en el que se atienden a los pacientes, según el caso y previa información y consentimiento informado se concertó sitio y momento para la realización de las entrevistas.

En ambos casos se identificó a los entrevistados con un código, para guardar el principio de confidencialidad.

Todas las entrevistas se grabaron previo consentimiento informado en formatos audio-digitales y se hizo un registro escrito y fotográfico sobre el trabajo de campo.

3.8 Plan de análisis de la información

Una vez codificada la información se procedió a:

- *Agrupación por categorías*

Con la condición de número mínimo expuesta anteriormente se consideró el proceso de saturación de categorías por índice de frecuencia en las respuestas solicitadas. Dichos puntos de saturación se contabilizaron y se generaron árboles de ítems y sus respectivas subcategorías, utilizando como base la tabla de contenidos. (Anexo 5)

El procesamiento de esta información se realizó aplicando los siguientes modelos teóricos metodológicos:

- Análisis semiológico de mensajes: Ideas núcleo, modo de prédica y grado de referencialidad, más análisis ideológico. Modelo de Daniel Prieto Castillo
- Interpretación cultural etnográfica describiendo y caracterizando las categorías.

- Interpretación social de las representaciones sociales de Serge Moscovici.
- Discusión y conclusiones.
- Elaboración de informe.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ADHERENCIA A LA DIETA, PERSPECTIVA DESDE EL PACIENTE

En este capítulo se muestran los resultados a las preguntas realizadas a los pacientes en relación con las causas que dificultan la adherencia a la dieta prescrita, en el marco de las representaciones sociales que tienen sobre la enfermedad que padecen y los cuidados en la familia, según la Metodología de Análisis de Mensajes por Daniel Prieto Castillo.

4.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Se entrevistó a un total de 30 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Tabla 2. *Características de los entrevistados*

VARIABLE	ESCALA	RESULTADO	PORCENTAJE
SEXO	Hombre	11	37 %
	Mujer	19	63 %
EDAD	Adulto medio (35 a 49 años)	3	10 %
	Adulto maduro (50 a 64 años)	22	73 %
	Adulto mayor (>65 años)	5	17 %
ESTADO CIVIL	Casado	19	63 %
	Unión Libre	3	10 %
	Divorciado	3	10 %
	Separado	3	10 %
	Viudo	2	7 %
TIPO DE FAMILIA	Nuclear	16	53 %
	Uniparental	8	27 %
	Extendida	6	20 %
LUGAR DE RESIDENCIA	Urbano	13	43 %
	Rural	17	57 %

TIPO DE ASEGURAMIENTO	Ninguno	28	93 %
	IESS Voluntario	1	3.3 %
	Jubilación IESS	1	3.3 %
RELIGIÓN	Católica	24	80 %
	Cristiana	5	17 %
	Testigo de Jehová	1	3 %
INSTRUCCIÓN	Primaria	15	50 %
	Secundaria	12	40 %
	Tercer nivel	3	10 %
OCUPACIÓN	QQDD	21	70 %
	Chofer	3	10 %
	Albañil	2	7 %
	Cuenta propia	4	13 %
NACIONALIDAD	Ecuatoriana	28	93 %
	Extranjera	2	7 %

Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
 Elaborado por: Estefanía Pinzón

4.2 ANÁLISIS DE MENSAJES

“En el campo de la observación de los documentos escritos, existen varios posibles tipos de análisis: de texto, del discurso, de contenido o ideológico” (Fernández Chaves, 2002).

El análisis de mensajes según Daniel Prieto Castillo realiza un análisis del discurso, considerando las siguientes estructuras básicas:

- **Ideas núcleo:** corresponde al mensaje clave de un discurso.
- **Modos de predicación:** puede ser de estado o acción, de acuerdo con la forma de expresión en el discurso.
- **Grados de referencialidad:** Alto, bajo o distorsionante.

Mientras que el análisis ideológico del discurso “(...) acusa a la sospecha, supuesto o hipótesis fundamental de que cualquier texto, discurso, argumento, disertación, etc., condensa

y expresa contradicciones sociales antro-po-socio-históricas a la vez que es una práctica social contradictoria” (Torres Vindas, 2007). Este puede ser:

- **Uniacentualidad significativa:** deja en el perceptor una única interpretación. También se logra por el “**todo expresado**”.
- **Consignas de interpretación:** lo que debe percibirse o esperarse de la realidad.
- **Apelación a experiencias decisivas:** referido como experiencias que marcan a un individuo o grupo.
- **Visión polarizada de la realidad:** mensajes sin matices, en un extremo u otro. (Prieto Castillo, 1990)

4.3 CATEGORÍAS DE TEMA DE ESTUDIO

4.3.1 NARRATIVAS DE HISTORIAL CLÍNICO DM2

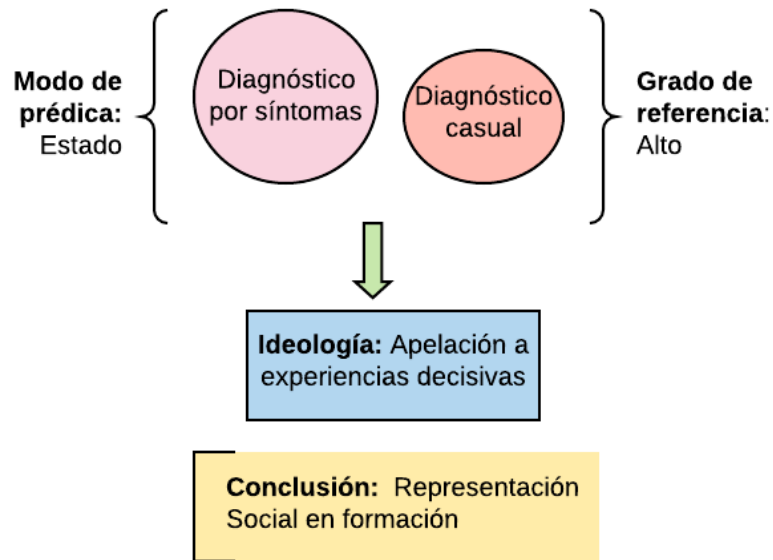
Acerca del tiempo de diagnóstico de diabetes, los entrevistados refirieron tener entre 1 hasta 28 años de diagnóstico de la enfermedad.

4.3.1.1 ¿En dónde le diagnosticaron diabetes y quién le informó de esto?

Sobre esta pregunta los entrevistados expresaron dos ideas núcleo, tomando en cuenta que algunos fueron diagnosticados posterior a exámenes realizados por los síntomas que presentaban, y otros tuvieron un diagnóstico casual al hacerse exámenes por control, con un fundamento ideológico de apelación a experiencias decisivas⁵, que marcaron su vida a partir del diagnóstico, generando una representación social en formación.

⁵ **Apelación a experiencias decisivas:** En la vida cotidiana hay experiencias que marcan profundamente a un individuo o a un grupo.

Figura 5. Diagnóstico de diabetes



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Así, por ejemplo:

Yo sentía mucha sed y amanecía con un balde de limonada con azúcar y tomaba y tomaba agua, pero no me saciaba. Entonces me fui al consultorio del Dr. Vargas, él me hizo un examen y me dijo que tenía diabetes, la glucosa estaba como en 300. Pero lloré tanto que creo que el doctor se arrepintió de decirme, la noticia fue terrible para mí, la tomé súper mal, porque nunca pensé que me iba a dar eso. (Entrevista 24PF)

Lo expresa con un modo de predicación de estado, porque fue lo que le dijeron y con un alto grado de referencialidad haciendo notar quien se lo dijo y la reacción posterior.

La segunda idea núcleo denota un diagnóstico fortuito, por ejemplo:

Yo trabajaba en el bar de una escuela y ahí había un doctor que atendía a mi hijo porque él tenía diabetes, entonces él me hizo un examen de sangre y ahí me salió 330 de glucosa, pero yo no sentía nada, lo único que cuando venía a la casa me daba ganas de

tomar agua fría, y cuando iba al baño mi orina empezó a tener un olor como de la caña de azúcar. (Entrevista 25PF)

“En el centro de salud me mandaron hacer unos exámenes de sangre para control, yo no tenía molestias, lo que estaba era un poco más gorda, entonces me dijo el doctor que tenía diabetes. Había tenido 160 de glucosa” (Entrevista 23PF). A pesar de no tener síntomas su diagnóstico fue de forma casual.

4.3.1.2 ¿Qué tipo de dieta le indicaron para la diabetes?

Cuando se preguntó sobre que dieta fue indicada por el diagnóstico de diabetes, todos los participantes expresaron una misma idea núcleo haciendo mención a la misma dieta con diferentes sintagmas, disminuyendo el consumo de carbohidratos y aumentando la ingesta de vegetales y frutas. Estando en un modo de predicación de estado con bajo grado de referencialidad, porque no siempre especifican quien se los dijo, sino haciendo referencia a lo que ellos saben y lo que les dicen en cada consulta médica, con una ideología del “todo expresado”.⁶

Refirieron que: “Me dijeron que tenía que dejar de comer harinas, que no coma papas, que coma más legumbre, el pollo quitado la piel, que podía comer de todo, pero poquito” (Entrevista 08PM).

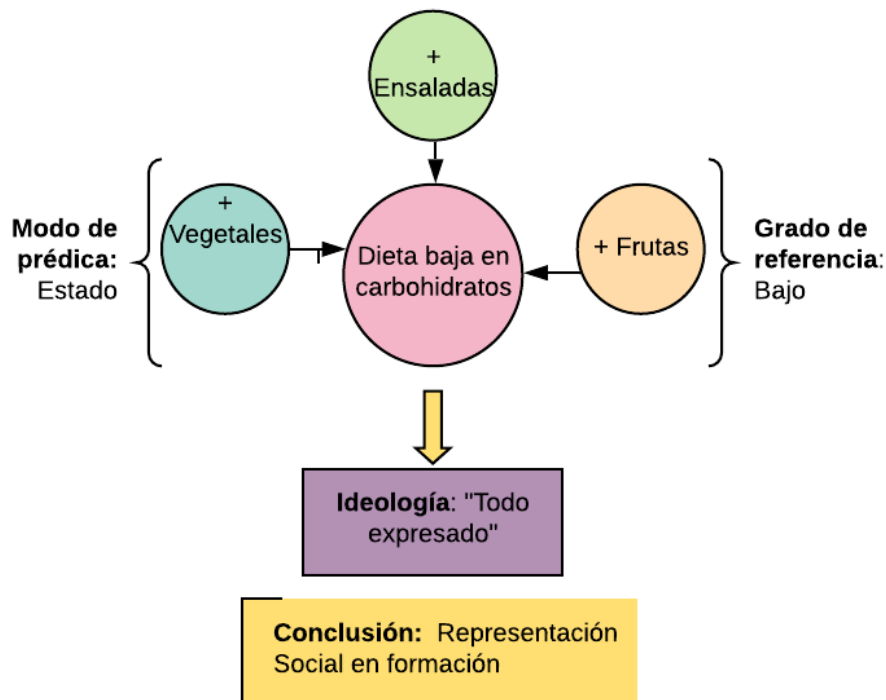
Me mandaron a caminar, que coma menos, que coma más ensaladas, más legumbres, menos sopas, ya no arroz, si como arroz que sea solo en una pequeña porción con un pedazo de pollo o pescado, colas no, pero cuando se me baja la glucosa ahí tomo. (Entrevista 27PF)

⁶ “**Todo expresado**”: El mensaje se cierra sobre sí mismo; dice y redice para que el perceptor no tenga que buscar otra información, otro tipo de versión.

Lo mismo que me han dicho hasta ahora, no tomar cola, no comer el pan, si como pan que sea integral, pero una tajadita, el queso descremado, un huevo, una fruta picada, ensaladas, no muchas sopas, no jugos dulces, fritos, pastas o pasteles. (Entrevista 02PM)

Así también otro entrevistado expresó: “Eso no me olvido porque era lo que me gustaba, lo que no podía comer, como yo fui chofer, siempre en el carretero lo más rico es arroz, carne, pollo, pescado, pero legumbres casi nada, cero” (Entrevista 29PM).

Figura 6. Dieta prescrita



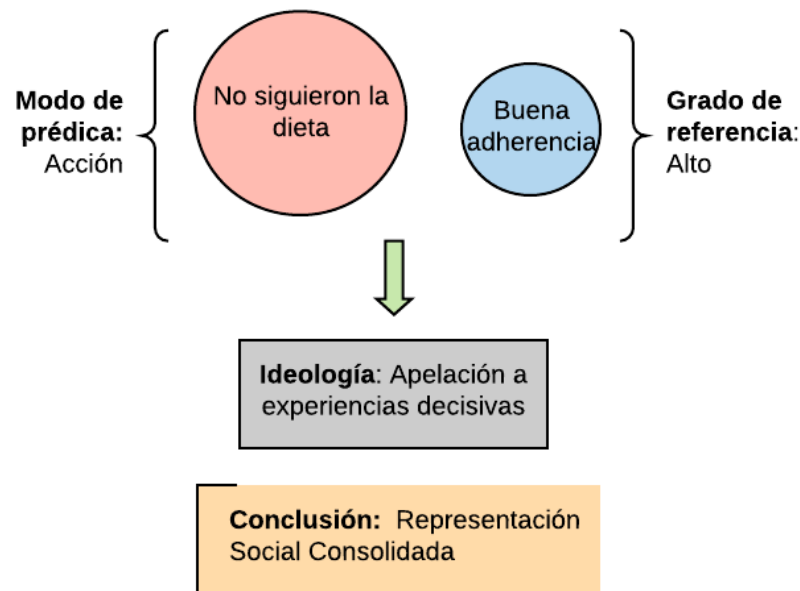
Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
 Elaborado por: Estefanía Pinzón

4.3.1.3 ¿Siguió la dieta recomendada?

En esta pregunta los participantes respondieron con dos ideas núcleo, la mayoría de ellos no siguieron la dieta y muy pocos mencionaron una adecuada adherencia, con un modo

de predicación de acción, alto grado de referencialidad y con una base ideológica de apelación a experiencias decisivas, en relación a los cambios dietéticos que fueron prescritos.

Figura 7. Seguimiento dietético



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Así, la principal idea núcleo denota la dificultad para adherirse a la dieta prescrita, por ejemplo:

Muy poco, no hacía caso porque fue durísimo para mí el cambio de comida, no podía, porque más ganas me daban de comer lo que me hacía daño como eran los helados y los pasteles, para mí eran mi vida los pasteles, incluso yo los hacía para vender.
(Entrevista 25PF)

(...) Vamos contra lo que dicen los doctores como un niño que le prohíben algo y eso mismo hace, y cuando estamos más viejos peor, nos hacemos más indisciplinados y mal llevados. Yo en mi caso si he hecho cambios en el estilo de vida, pero no totalmente

porque es bien complicado llevar una dieta todos los días, yo en lo personal no puedo comer como me dicen. (Entrevista 15PF)

Otra entrevistada cita la misma idea diciendo: “Se me hizo difícil aceptar esta enfermedad y adaptarme a la dieta, a estar comiendo solo ensaladas, porque yo nunca pensé tenerla, mi cuñada se murió con un coma diabético a los 52 años y por eso me daba miedo” (Entrevista 24PF).

Lo refieren como muy complicado:

Creo que en ese tiempo ya casi no comí nada porque estaba asustada lloraba día y noche, ya después me fue pasando, ya después decía de algo me he de morir. Es que como yo digo a Dios, lo mejor que hay es comer y si mis hijos me invitan a comer, yo como lo que pueda. (Entrevista 30PF)

La segunda idea núcleo corresponde a los entrevistados que mencionan haber podido adherirse a la dieta, dijeron que:

No me fue difícil porque a mí me dijeron cero azúcares y desde ese día no como nada de azúcar, no se me hizo feo, no me ha dado antojo de las cosas que no debo comer, porque desde joven no fui golosa. (Entrevista 25PF)

“Sí iba haciendo la dieta, pero no era tan fácil, porque mi esposo y mi hija comían rico y yo no, entonces me ponía a llorar de solo verlos comer rico” (Entrevista 27PF).

Sí, seguí la dieta que me mandaron para que bajara, y la puse en práctica, bajé a 170 libras, estaba bastante delgado, algunos familiares me preguntaban que hice para bajar tanto y yo les decía que hay que sufrir y nada más. (Entrevista 04PM)

Así lo expresan, denotando dos ideas núcleo que para la mayoría fue no poder seguir la dieta prescrita como se la indicaron, porque no es la dieta a la que están acostumbrados, y

cuando logran adherirse señalan la dificultad que implica un cambio de dieta, puesto que muy pocos la aceptan sin problema.

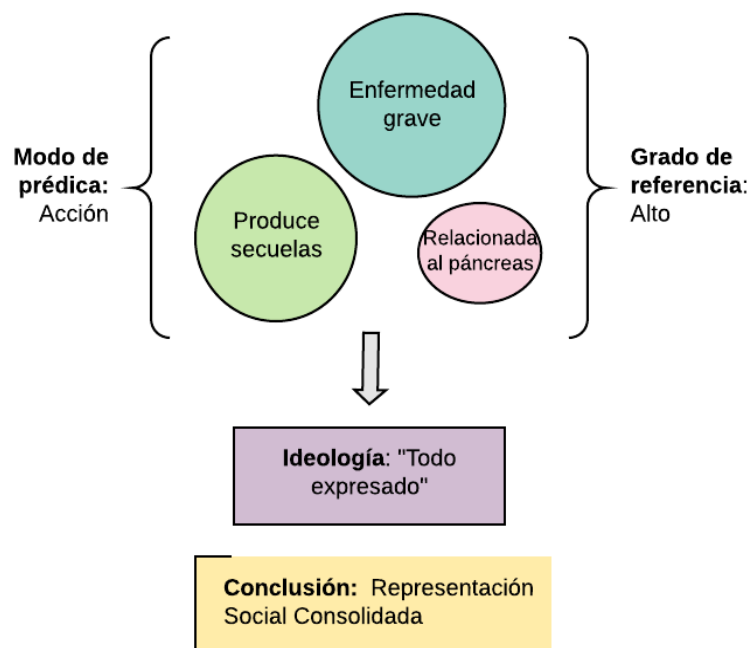
4.3.2 CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA DM2

4.3.2.1 Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la diabetes

Los entrevistados expresaron tres ideas núcleo acerca de lo que saben sobre la diabetes, siendo proporcional el grado de conocimiento de la enfermedad de acuerdo con el nivel de escolaridad, dijeron que es:

- Una enfermedad grave.
- Que produce secuelas como: quedarse ciego, sufrir una amputación de extremidades, dañarse los riñones.
- Que se produce por el mal funcionamiento del páncreas que secreta la insulina.

Figura 8. Conocimiento sobre la diabetes



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

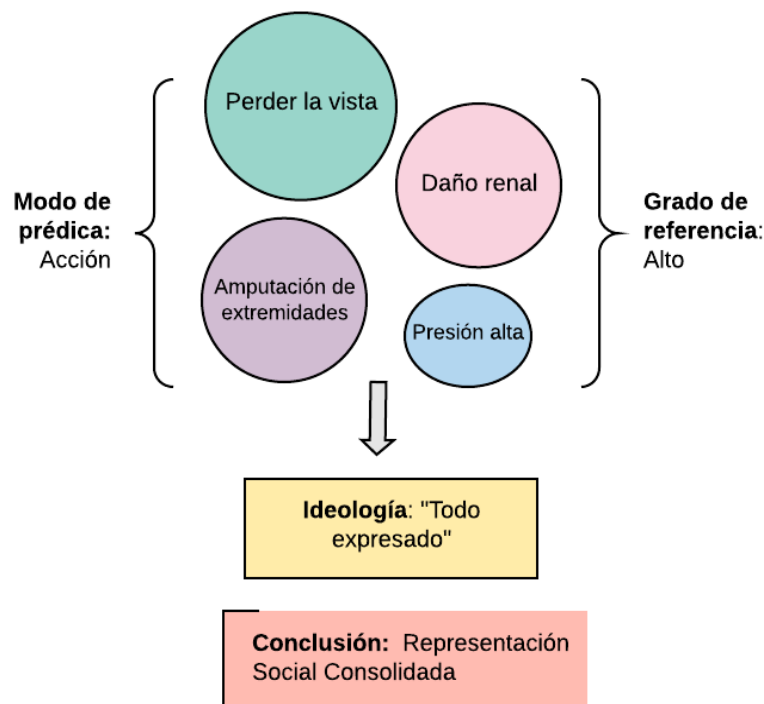
Por ejemplo, dijeron: “Yo creo que la diabetes es una enfermedad grave, porque le acaba la vista, le acaba los riñones, le da el pie diabético, el coma diabético, o sea hay algunos riesgos” (Entrevista 05PF).

Y los entrevistados con mayor nivel de escolaridad, mencionaron que: “Yo sé que la diabetes es una enfermedad que se produce por el mal funcionamiento del páncreas que secreta la insulina (...)” (Entrevista 04PM).

4.3.2.2 En su opinión, ¿está la diabetes relacionada con otras enfermedades?

Todos los entrevistados dijeron que la diabetes sí estaba relacionada con otras enfermedades, las mismas que también les impiden o les impedirían realizar sus actividades cotidianas. Estas enfermedades relacionadas corresponden a las que se producen como complicación de la diabetes no controlada. Entonces dijeron que la diabetes se relaciona con:

Figura 9. Enfermedades relacionadas con la diabetes



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

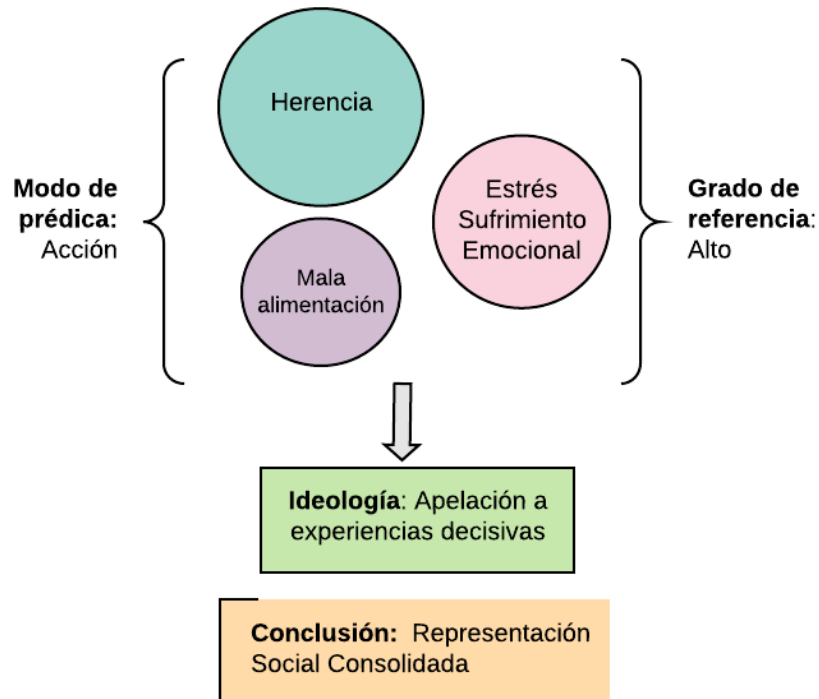
Por ejemplo: “Sí, se puede quedar ciega, le pueden amputar las piernas, afectar al riñón, hacer diálisis” (Entrevista 25PF).

“Sí, porque yo tengo la presión alta, y me han dicho que si no me cuido de la diabetes, también pierdo la vista, me quedo ciega” (Entrevista 27PF).

4.3.2.3 ¿Cuáles cree usted que sean las causas de la diabetes en las personas?

Con respecto a las causas de la diabetes, los entrevistados respondieron con tres ideas núcleo, señalando que se debe a la mala alimentación, herencia, y al estrés, sufrimiento o que es emocional. Expresado con un modo de predicación de acción, con un alto grado de referencialidad por ser conocimientos y creencias propias y con fundamento ideológico de apelación a experiencias decisivas, generando una representación social consolidada.

Figura 10. Causas de diabetes



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

La primera idea núcleo indica que la diabetes se produce por una mala alimentación, así lo señaló una entrevistada: “Porque a lo mejor no nos alimentamos bien, mezclamos la comida, comemos más almidones, si se come arroz ya no se debe comer otro almidón, se debe comer más sano” (Entrevista 05PF).

La segunda idea núcleo hace referencia a la herencia como una de las causas, por ejemplo: “(...) Me parece a mí que es genético porque en mi familia todas somos diabéticas desde mis sobrinas, mis hermanas, mis tías, somos las chicas dulces” (Entrevista 15PF).

“(...), pero en mi caso yo lo atribuí más a lo hereditario porque todos mis hermanos tienen lo mismo y mi mamá no” (Entrevista 02PM).

Como tercera idea núcleo lo atribuyen al estrés o sufrimiento: “(...) Yo pienso que a mí me dio de tanto sufrimiento, de tanto estrés porque antes mi marido era bien malo, y yo sufrí bastante cuando una hija se quedó embarazada siendo soltera” (Entrevista 22PF).

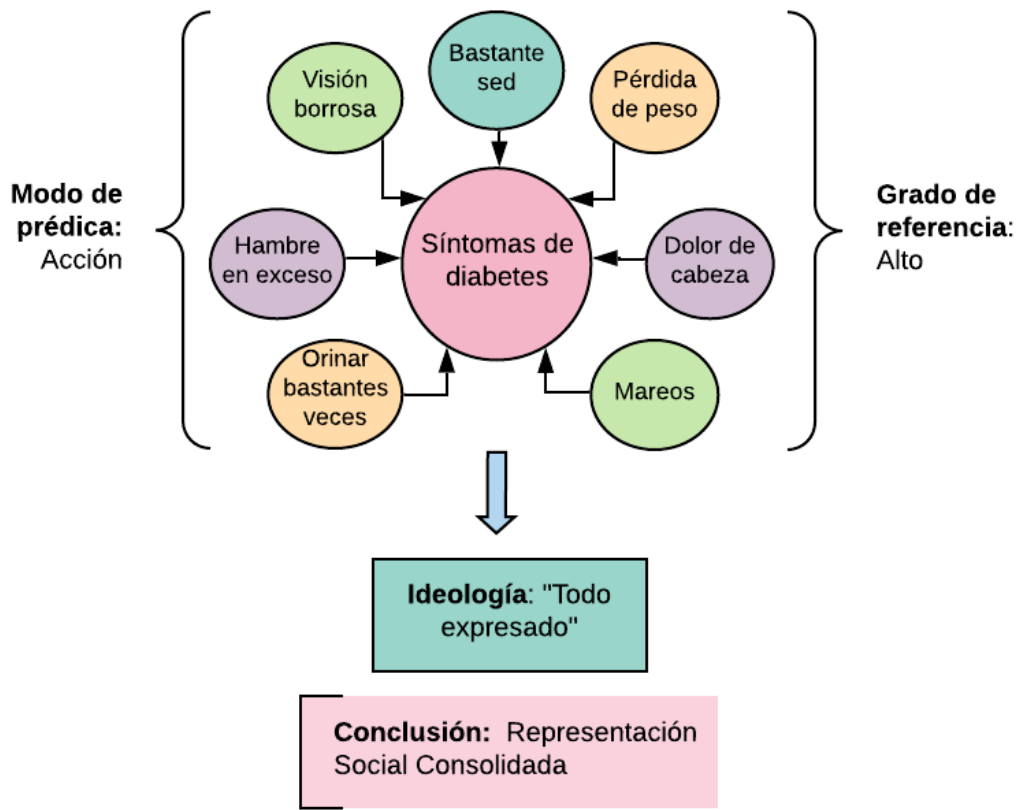
“En mi caso fue por mucho sufrimiento, el estrés me causó a mí la diabetes, porque nadie de mi familia es diabético, yo soy la única” (Entrevista 24PF).

“(...) Pero parece que mi diabetes es emocional por el cambio económico en mi familia, ese fue el problema para estar como estoy, ahí me atacó la diabetes” (Entrevista 29PM).

4.3.2.4 ¿Qué le pasa a una persona que tiene diabetes?

Acerca de esta pregunta, los entrevistados respondieron explicando los síntomas que ellos mismos han presentado o que han escuchado de otras personas diabéticas.

Figura 11. Síntomas de diabetes



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
 Elaborado por: Estefanía Pinzón

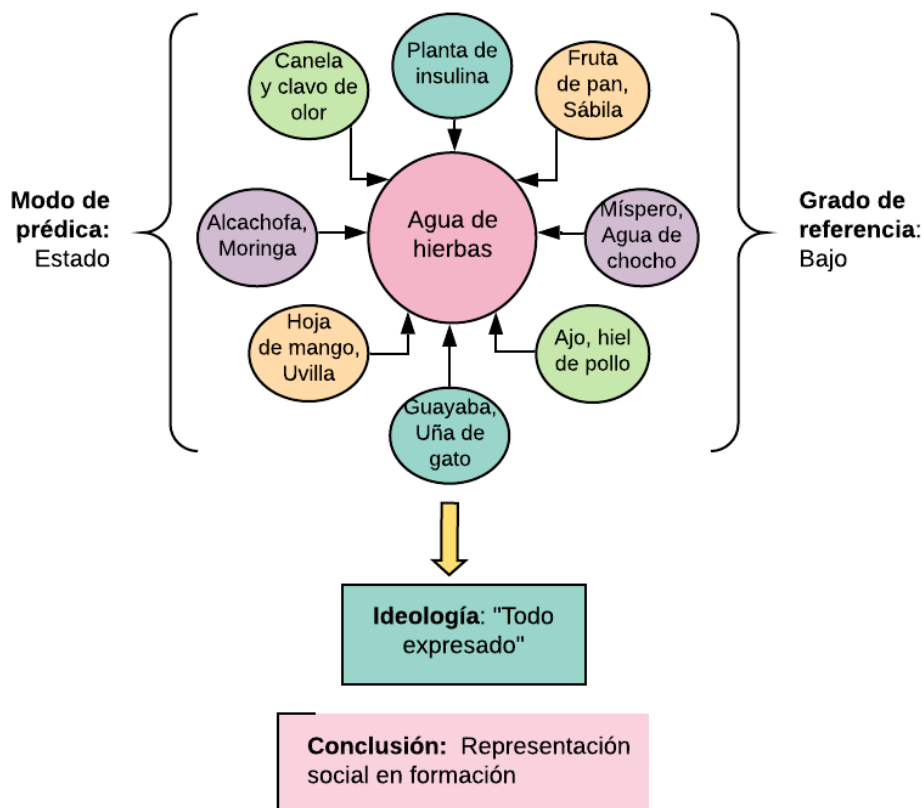
De esa forma respondieron, por ejemplo: “A mí me daba sed, mucha sed, tomaba agua por tazones, se me sacaba la boca, yo me acababa solita una cola de 3 litros y que desesperación aun así me faltaba, (...)” (Entrevista 22PF).

(...) comencé a sentirme mal y no sabía porque bajaba de peso, el pantalón me quedaba flojo, me tocó regresar dejando el trabajo, ahí me dijeron que tenía comienzo de diabetes. También me daba mucha sed y ganas de orinar mucho por eso debe ser que bajé de peso. (Entrevista 08PM).

4.3.2.5 ¿Cuál es otro tipo de tratamiento que usted conoce o de los cuales ha escuchado para la diabetes?

Acerca de esta pregunta se expresaron dos ideas núcleo, la primera y la que corresponde a la mayoría de entrevistados demuestra que los pacientes conocen e ingieren plantas naturales como medicina alternativa para tratar la diabetes, con lo que sienten mejoría de sus síntomas, y la segunda idea núcleo hace referencia a evitar el uso de este tipo de tratamiento alternativo debido a que lo consideran dañino. El modo de predicación con el que se expresaron fue de estado, con bajo nivel de referencialidad debido a que son conocimientos, creencias y saberes que han escuchado de otras personas, pero no identifican una fuente de clara de información. La ideología se basa en el “todo expresado”, generando una representación social en formación.

Figura 12. Tratamientos alternativos



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
 Elaborado por: Estefanía Pinzón

Dijeron que: “Aparte tomo la moringa, parece que me hace bien y me pasa la sed (...)” (Entrevista 01PF).

“He escuchado del agua de hojas amargas, de la uvilla, de la guayaba, así de hojitas de esas. Yo sí he tomado, y sí ayudan (...)” (Entrevista 03PF).

“Antes tomaba la alcachofa, le hacía hervir y me tomaba una taza en la mañana, una a las doce y otra en la tarde, con eso bajaba la glucosa” (Entrevista 05PF).

“Sí hay una planta que se llama insulina y a esa haciéndole agua ha sabido bajar el nivel de azúcar, porque las pastillas sí son ofensivas para el organismo” (Entrevista 15PF).

La segunda idea núcleo corresponde a no tomar ninguno de estos tratamientos alternativos debido a sus efectos adversos: “Me dicen, pero no hago caso nunca de eso, como tomar apio con otras cosas, pero no les hago caso porque tengo miedo a que me dé alguna reacción” (Entrevista 07PF).

La uña de gato eso dicen que es bueno, también la flor de Jamaica, cosas amargas como la hoja de uvilla, el ajeno, la fruta de pan, la hoja de insulina, pero me han dicho que no tome mucho porque afecta a la vista, por eso he dejado de tomar. (Entrevista 11PF)

4.3.3 ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL - DM2

4.3.3.1 ¿Qué entiende usted por “estar o sentirse enfermo”?

Todos los entrevistados expresaron una misma idea núcleo, teniendo una idea homogénea, para ellos sentirse enfermo es tener un sentimiento de tristeza por no poder realizar las actividades cotidianas o su trabajo. También refieren sentirse enfermos por no poder comer como antes lo hacían.

Es una impotencia por no poder hacer todas las cosas, de no poder llevar una vida cotidiana, siempre hay un impedimento de cualquier cosa, de no poder comer lo más rico, cuidarse de cortarse hay que cuidarse, por eso es el impedimento. (Entrevista 03PF).

“Uno no puede ser el mismo, quizá hacer lo que hacíamos antes, no se puede comer como nos gustaba,” (...) (Entrevista 07PF).

4.3.3.2 ¿Piensa que la diabetes le hace sentir que está enfermo?

Como respuestas a esta pregunta se encontraron dos ideas núcleo, una que indica que sí se sienten enfermos por tener diabetes. Esta idea está más presente cuando existen secuelas o complicaciones asociadas a la diabetes, lo que dificulta hacer sus actividades diarias o su trabajo. O también mencionan sentirse enfermos por la diabetes debido a que no pueden comer lo mismo que comían antes. Sin embargo, también hubieron entrevistados que refirieron como segunda idea núcleo no sentirse enfermos y continuar con sus actividades cotidianas sin ningún problema, a pesar de haber sido diagnosticados con diabetes, porque no presentan molestias importantes. Las ideas son expresadas con un modo de predicación de acción, con alto grado de referencialidad y con una ideología fundamentada en apelación a experiencias decisivas. Dijeron, por ejemplo:

Yo pienso que la diabetes me hace sentir enferma, por lo que no puedo hacer todo lo que sabía hacer, y otras amigas las veo a mi edad que dicen que no tienen diabetes y comen cualquier cosa que yo no puedo. (Entrevista 01PF)

“Sí me hace sentir enferma, porque no puedo comer las cosas de dulce, y no puedo hacer todo lo que hacía antes” (Entrevista 23PF).

Claro que me siento enfermo ahora, porque yo trabajé por 15 años teniendo diabetes, porque me estabilicé y estaba bien, pero en el momento que me atacó una y otra cosa

porque me quedé sin trabajo, ahí se notó la enfermedad que se desarrolló porque perdí la vista. (Entrevista 29PM)

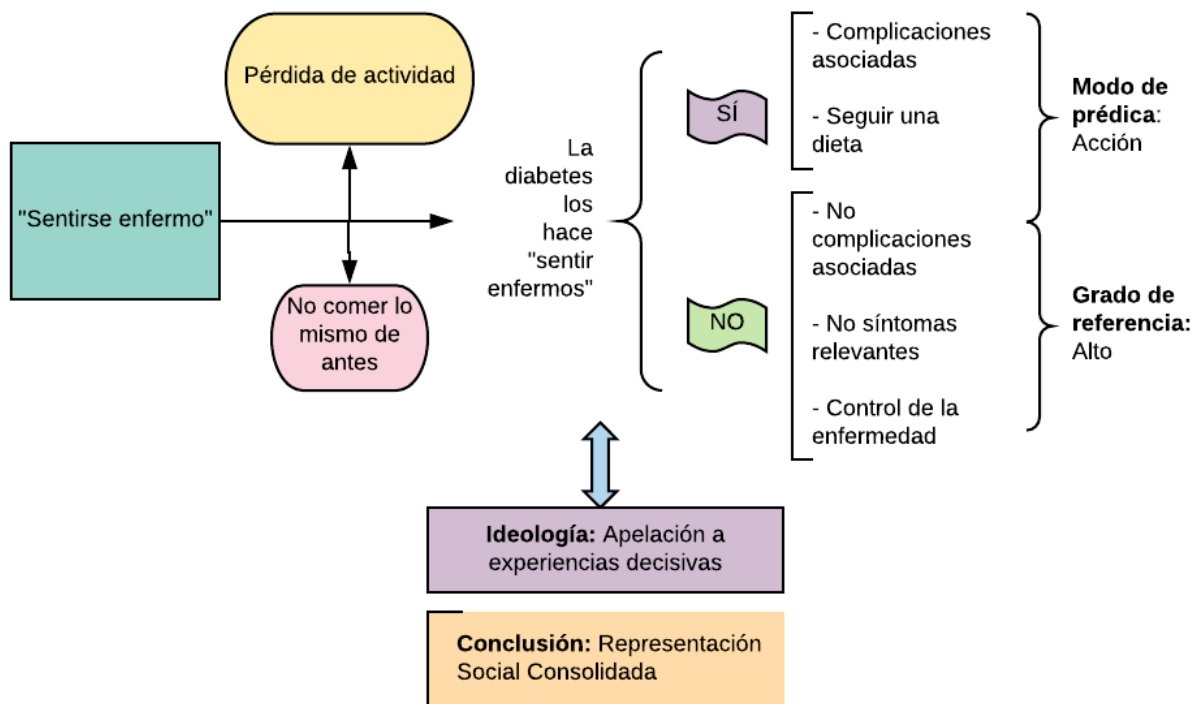
También hubieron entrevistados que refieren no sentirse enfermos por la diabetes:

No me hace sentir enferma, solo me hace sentir un poco diferente en la alimentación nada más, uno tiene que restringirse a lo que le hace daño. Si estuviese enferma estaría en cama y no hiciera nada, la vida tiene que continuar. (Entrevista 10PF).

“No me hace sentir enferma, yo me siento normal como una persona sana, yo hago todo, eso no me impide cuidar a mi marido que también está enfermo, no me impide hacer mis cosas normalmente” (Entrevista 25PF).

“No, a mí no, para mí la diabetes es solo un nombre, no me hace sentir enfermo, porque tengo el control de la enfermedad” (Entrevista 09PM).

Figura 13. "Sentirse enfermo"

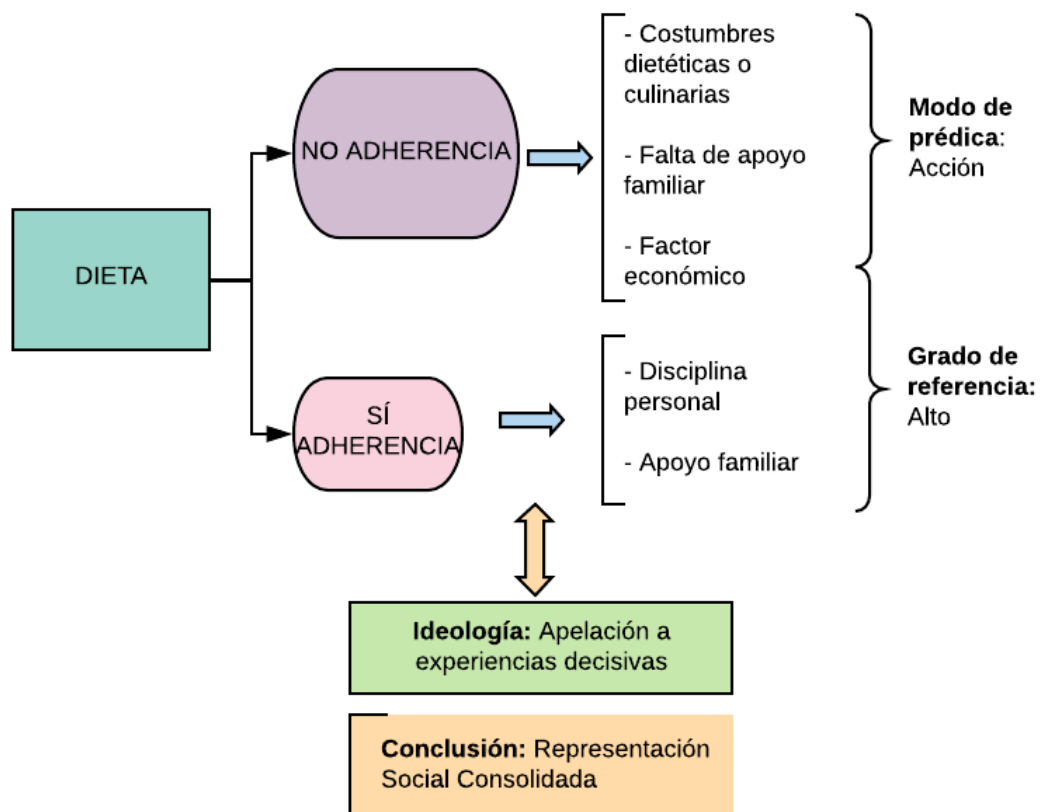


Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

4.3.3.3 Desde su punto de vista, ¿cree que la dieta que usted lleva le está funcionando?

Mediante esta pregunta se exploró las razones por las que es difícil cumplir la dieta prescrita para los pacientes diabéticos. Los entrevistados expresaron cuatro ideas núcleo, expresadas en modo de predicación de acción, con alto grado de referencialidad por ser sus propias razones, con fundamento ideológico de apelación a experiencias decisivas, las mismas que están implicadas en la adherencia dietética.

Figura 14. Adherencia a la dieta



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
 Elaborado por: Estefanía Pinzón

Así, la primera idea núcleo menciona las costumbres dietéticas o culinarias, arraigadas desde la infancia, como uno de los factores más importantes en la falta de adherencia a la dieta, cuando esta pretende ser modificada como indicación médica, la misma que fue citada por algunos entrevistados, dijeron, por ejemplo: “No me gusta la dieta sinceramente, a lo menos solo ensaladas no me gustan, de más pequeña era acostumbrada a tomar sopas y mucha papa” (Entrevista 28PF).

(...) Es difícil acostumbrarse a otra dieta porque en mi casa el arroz sí hago todos los días para mis hijos, porque ellos están acostumbrados a comer arroz desde chiquitos, si hago solo la sopa ellos no se conforman, dicen que no se llenan. Lo que he disminuido es la papa ya no como tanto, endulzo los jugos a veces con esplenda o natural, pero las ensaladas si me cansan entonces como fréjol o chochos. (Entrevista 24PF)

En mi caso es complicado seguir la dieta porque siempre da ganas de comer alguna golosina, no se controla todo lo que se debe comer, sí es complicado, no se puede dejar de golpe, porque los hábitos alimenticios vienen desde niños, entonces a veces no se puede dejar. Por ejemplo, en mi casa a mi mamá le gustaba mucho la panela y decía que era saludable, pero es dulce, en todo le ponía panela, yo pienso que desde ahí esa costumbre la fui arraigando y por eso las mujeres en mi casa todas tenemos diabetes. (Entrevista 15PF)

Entonces, constituye un problema importante la adaptación a una dieta diferente a la que la mayoría de las personas está acostumbrada culturalmente desde la infancia, la misma que incluye más vegetales y ensaladas, lo que no forma parte de su gusto culinario, por ejemplo: “No me gusta la ensalada y eso me han mandado siempre, pero eso no me gusta” (Entrevista 30PF).

La segunda idea núcleo se refiere a la falta de apoyo familiar, el cual es un factor importante que vincula a los pacientes con la dieta. Lo expresaron así: “Se me hace difícil porque yo vivo con mi esposo que también es diabético y con mi hijo y su esposa, pero ellos no hacen dieta, no les gusta nuestra comida” (Entrevista 11PF).

También dijeron: “A veces mi hijo en vez de consolarme, más me habla porque no me cuido, entonces con eso me pongo mal y peor tengo ganas de cuidarme (...)” (Entrevista 16PF).

(...) Seguir todos los días la dieta para que mentir no hago, pero si de lo que no me gustaba las ensaladas, ahora ya a la fuerza toca comer. Para mí es difícil porque yo tengo que hacer mi comida aparte y para mi familia otra cosa, entonces así no me gusta. (Entrevista 22PF)

No seguí, porque no me gusta comer solo ensaladas y paso en la casa sola hasta que llega mi hijo. Cuando estaba mi esposo yo si quería llevar la dieta estricta porque él también era diabético, hacía crema de legumbres y él se ponía bravo, hasta mi hijo me rechazaba la comida, decía que no era enfermo. Entonces para que voy a cocinar diferente, una cosa para mi hijo y otra cosa para mí, así no se puede. (Entrevista 16PF)

El factor económico también implica otra limitante, debido a que algunos entrevistados consideran que, por tener bajos recursos económicos, no logran adquirir ciertos alimentos, lo que hace más difícil seguir la dieta. Así lo dijeron, “... pero es difícil seguir la dieta porque a veces no hay el dinero para comprar y mi esposo es peón y ahora no tiene trabajo, entonces compro lo que más me alcanza” (Entrevista 21PF).

“(...) Lo que también es difícil es la plata, porque si no hay para comprar semanalmente las frutas, las legumbres, ahí es donde se patalea” (Entrevista 29PM).

Como cuarta idea núcleo, aunque corresponde a la minoría de entrevistados, refirieron no tener dificultades para seguir la dieta prescrita, debido a su disciplina y al apoyo familiar que recibían. Mencionaron que:

Sí, hasta ahora sí me funciona la dieta porque soy disciplinado. No creo que haya ningún problema, porque yo pienso que no es necesario hacer una dieta, yo solo me manejo en cantidades, ya no me como una porción grande de torta, pero pruebo la torta, tomo Pepsi con agua y solo un vaso, todo es cantidades, así manejo los conceptos. (Entrevista 09PM)

“No se me hizo difícil acostumbrarme a la dieta, mi familia sí me apoya, mi esposo come todo lo que yo le preparo” (Entrevista 25PF).

“No tengo dificultad para cumplir la dieta, porque mi esposa siempre me hace ensaladas” (Entrevista 02PM).

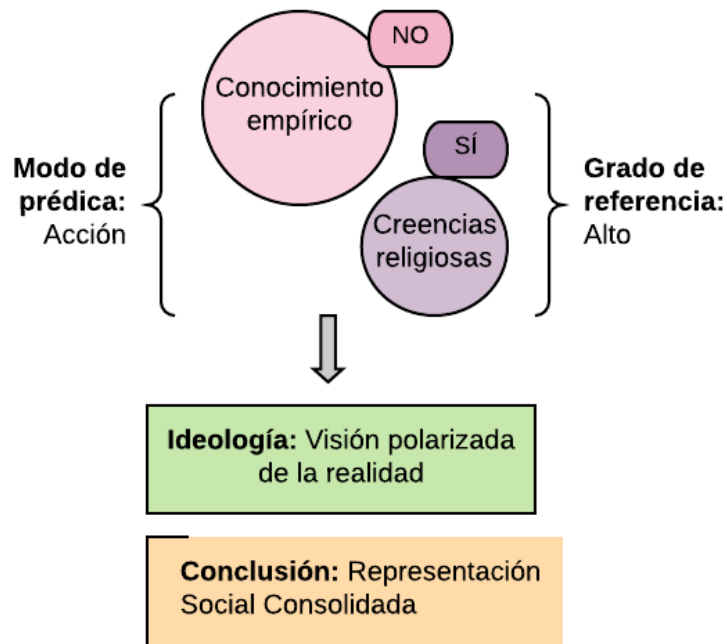
Todos los pacientes refirieron acudir a controles al centro de salud para chequeos mensuales o bimensuales de acuerdo con la indicación del médico, generalmente por exámenes o para recibir medicación.

4.3.3.4 En su opinión, ¿cree usted que algún día ya no tendrá diabetes?

Para esta pregunta hubo dos ideas núcleo, la primera haciendo referencia a que la diabetes no tiene cura, por lo que ellos creen y lo que han escuchado de médicos u otras personas, y la segunda menciona que sí tiene cura, asociada a la fe en la religión que profesan. Lo expresan con modo de predicación de acción, alto grado de referencialidad con una ideología de visión polarizada de la realidad.⁷

⁷ **Visión polarizada de la realidad:** Mensaje sin matices, sin gradaciones de claro – oscuro. O se está en un extremo o se está en otro.

Figura 15. Curación de la diabetes



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Así fue expresada la primera idea núcleo: “De lo que me han dicho los doctores la diabetes es como un cáncer que no tiene cura” (Entrevista 14PF).

“No tiene cura, yo soy dulce desde que nací y así me voy a morir” (Entrevista 29PM).

La segunda idea la expresaron como: “Yo pienso que si creyera, en mi señor Jesús, sí me curaría, lo que me falta es fe” (Entrevista 01PF).

Sin embargo, todos los entrevistados concluyeron que es una enfermedad llevadera siempre y cuando se cuiden siguiendo la dieta y tomando los medicamentos.

Tabla 3. *Tabla Resumen*

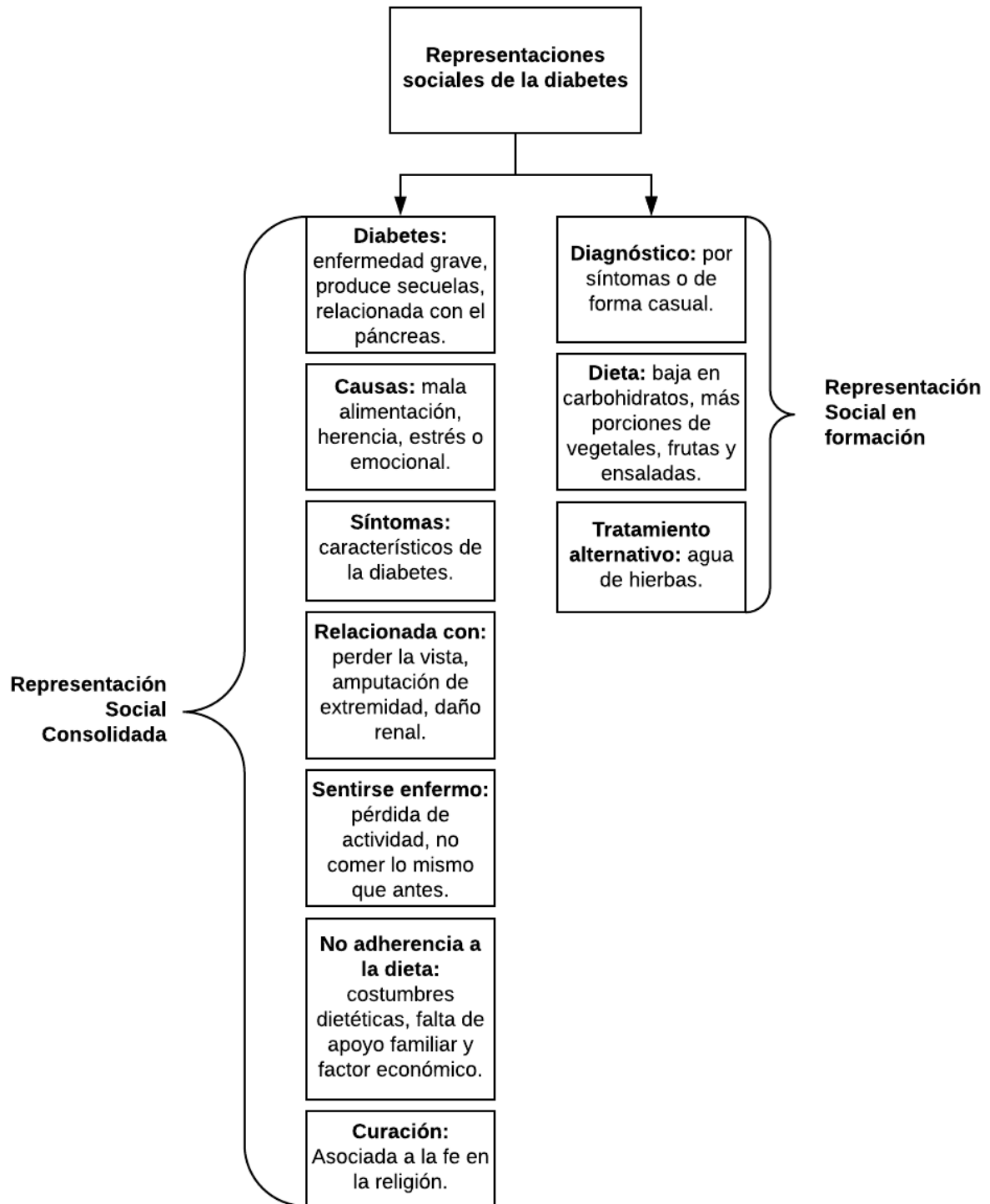
PREGUNTA	IDEA NÚCLEO	MODO DE PRÉDICA	GRADO DE REFERENCIA	IDEOLOGÍA	REPRESENTACIÓN SOCIAL
¿En dónde se lo diagnosticaron y quién le informó de esto?	Diagnóstico por síntomas o de forma casual, en el centro de salud, laboratorio u hospital.	Estado	Alto	Apelación a experiencias decisivas	En formación
¿Qué tipo de dieta le indicaron para su diabetes?	Dieta baja en carbohidratos, más vegetales y frutas.	Estado	Bajo	Todo expresado	En formación
¿Siguió la dieta recomendada que le indicaron?	La mayoría no siguió la dieta, pocos con buena adherencia.	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
Cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la diabetes.	Es una enfermedad grave, que produce secuelas, relacionada con el páncreas.	Acción	Alto	Todo expresado	Consolidada
¿Está la diabetes relacionada con otras enfermedades?	Perder la vista, amputación de extremidades, daño renal.	Acción	Alto	Todo expresado	Consolidada
¿Cuáles cree usted que sean las causas de la diabetes en las personas?	Mala alimentación, herencia, estrés, sufrimiento, emocional.	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
¿Qué le pasa a una persona que	Síntomas de la diabetes.	Acción	Alto	Todo expresado	Consolidada

tiene diabetes?					
¿Cuál es otro tipo de tratamiento que usted conoce o de los cuales ha escuchado para la diabetes?	Agua de hierbas.	Estado	Bajo	Todo expresado	En formación
¿Qué entiende usted por “estar o sentirse enfermo”?	Pérdida de actividad, o no poder comer lo mismo de antes.	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
¿Piensa que la diabetes le hace sentir que está enfermo?	Sí, cuando hay complicaciones asociadas	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
¿Cree que la dieta que usted lleva le está funcionando?	No, por costumbres dietéticas, falta de apoyo familiar y factor económico.	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
¿Cree usted que algún día ya no tendrá diabetes?	No, por conocimiento empírico. Sí, por la religión.	Acción	Alto	Visión polarizada de la realidad	Consolidada

Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019

Elaborado por: Estefanía Pinzón

Figura 16. Representaciones sociales de la diabetes



Fuente: Entrevistas a pacientes, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ADHERENCIA A LA DIETA, PERSPECTIVA DESDE EL PERSONAL DE SALUD

Se realizó una entrevista con las mismas categorías de temas de estudio para conocer la perspectiva que tiene el personal de salud acerca de la adherencia dietética en los pacientes diabéticos, en el marco de las representaciones sociales que tienen los pacientes acerca de la enfermedad y apoyo familiar. Los siete médicos entrevistados tuvieron entre 2 a 33 años de experiencia profesional, siendo 6 mujeres y 1 hombre, atendiendo en promedio de 4 a 12 pacientes diabéticos a la semana, en la consulta externa del Centro de Salud Conocoto.

4.4 CATEGORÍAS DE TEMAS DE ESTUDIO / PERSONAL DE SALUD

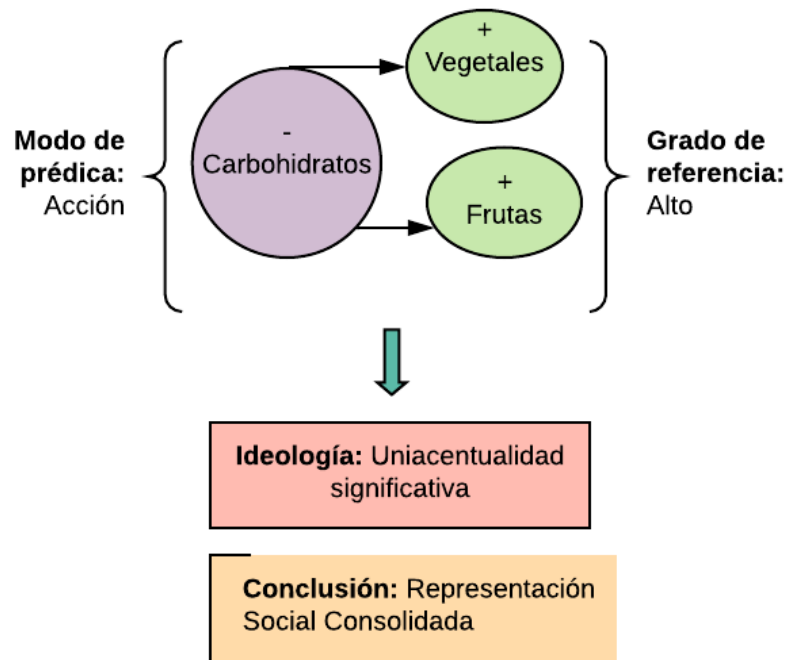
4.4.1 NARRATIVAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DM2

4.4.1.1 ¿Qué tipo de alimentación les indica usualmente para la diabetes a las y los pacientes?

Acercas de esta pregunta los entrevistados respondieron con una sola idea núcleo, haciendo referencia a una misma dieta con diferentes sintagmas, expresándola en modo de predicación de acción con un alto grado de referencialidad, por ser dietas prescritas a los pacientes por ellos mismos. A través de un fundamento ideológico de uniacentualidad significativa⁸, haciendo énfasis en la reducción de carbohidratos como indicación principal a los pacientes.

⁸ **Uniacentualidad significativa:** Por medio de redundancias, de enfatización, se busca dejar en el perceptor una sola interpretación de determinado tema.

Figura 17. Dieta indicada a los pacientes



Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Por ejemplo:

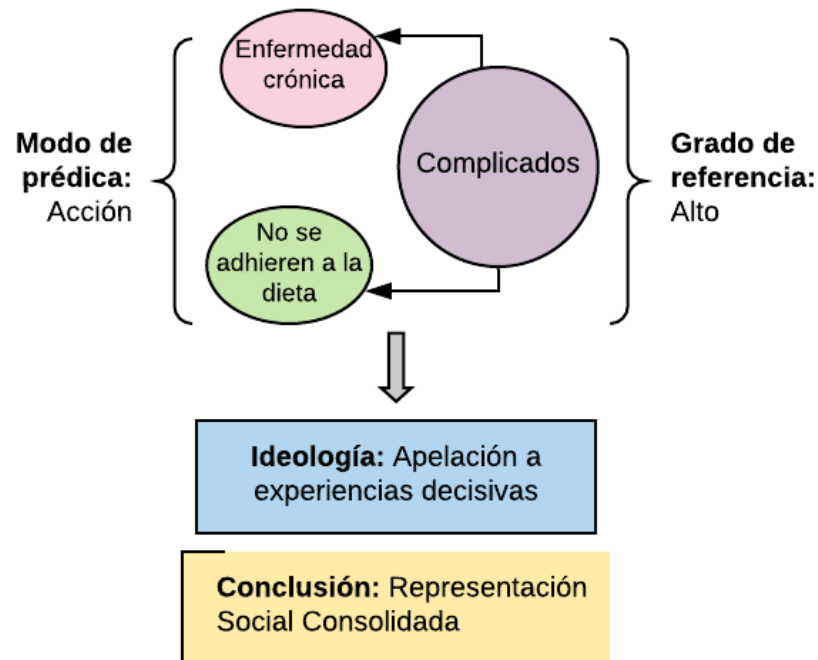
Yo les indico dieta fraccionada, cinco veces al día con predominio de proteínas y vegetales, reducimos los carbohidratos por lo menos en un 20%. Los carbohidratos solamente deben comer dos veces al día, que es en la mañana y el almuerzo y en la merienda no hay carbohidratos, puede ser proteína y vegetales. (Entrevista 02MF)

4.4.1.2 ¿Cuál ha sido su experiencia personal al trabajar con pacientes diabéticos?

Todos los entrevistados refirieron que es complicado trabajar con pacientes diabéticos, porque son pacientes con una enfermedad crónica que difícilmente se adhieren al tratamiento dietético y farmacológico que les prescriben. Lo dijeron en modo de predicación de acción,

con un alto grado de referencialidad, con una ideología de apelación a experiencias decisivas, concluyendo que se trata de una representación social consolidada.

Figura 18. *Experiencia al trabajar con pacientes diabéticos*



Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Comentaron, por ejemplo: “Son pacientes difíciles porque no se adhieren fácilmente al tratamiento que se les indica, porque es una enfermedad crónica” (Entrevista 04MF).

“Son pacientes muy complicados porque como es una enfermedad crónica, entonces hay que hacer el seguimiento continuo, y estar atrás de ellos viéndoles las glucosas para que no se vayan a complicar” (Entrevista 02MF).

4.4.2 CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA DM2

4.4.2.1 ¿Recuerda algún o algunos casos significativos de pacientes diabéticos?

A esta pregunta los entrevistados mencionaron casos que fueron representativos por las secuelas o complicaciones de la diabetes no bien controlada en sus pacientes o en familiares cercanos. Por ejemplo, mencionaron a pacientes que terminaron con ceguera o con amputación de extremidades.

4.4.2.2 ¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la diabetes?

La mayoría de entrevistados expresó una misma idea núcleo haciendo referencia a la falta de conocimiento y concientización que tienen los pacientes de la enfermedad, solo uno de los siete entrevistados refirió una idea núcleo diferente, contraria a lo que los demás dijeron. Con un modo de predicación de acción, alto grado de referencialidad y con ideología de visión polarizada de la realidad, comentaron: “Así como que saber de la enfermedad no saben mucho, no saben de las complicaciones que pueden tener, ya cuando se les ha diagnosticado de la enfermedad ahí como que ya saben algo en forma general, (...)” (Entrevista 05MF).

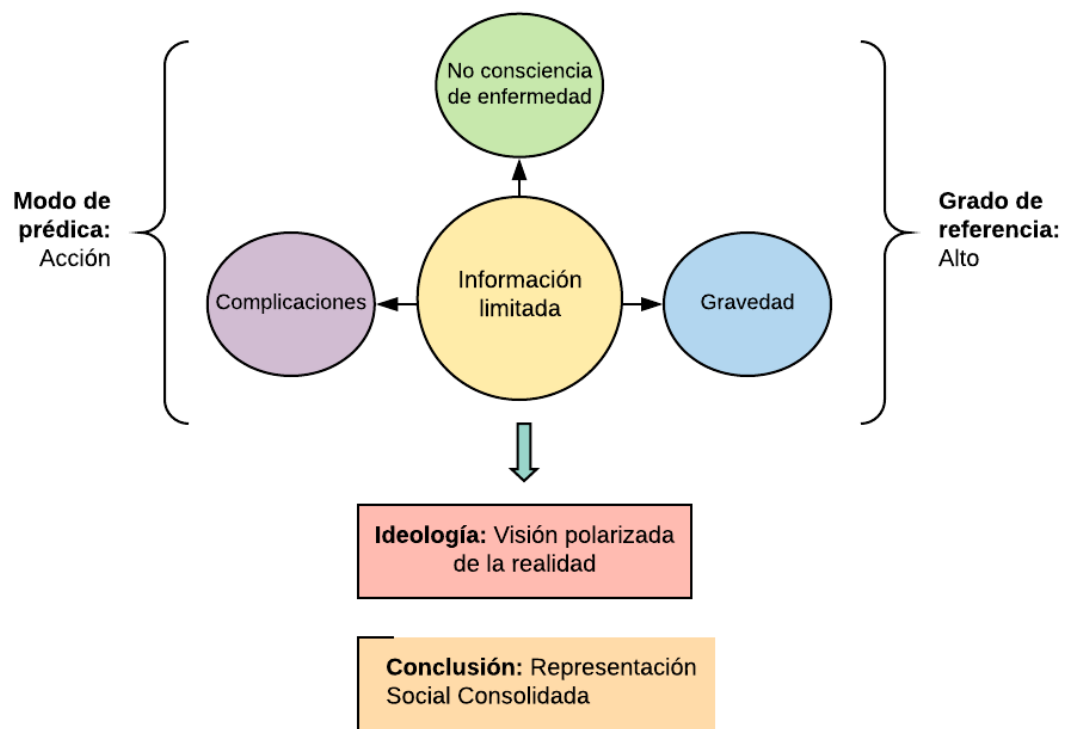
“Tienen información muy limitada y no son conscientes de la enfermedad que tienen, es por eso que les da lo mismo a algunos pacientes y no se cuidan sabiendo que esto puede llevar a graves consecuencias en el futuro” (Entrevista 06MF).

Solo un entrevistado refirió lo contrario: “Como ya son pacientes crónicos, ellos saben muy bien, ya han pasado por varios médicos, ya les han explicado lo mismo y lo mismo varias veces, entonces ellos saben muy bien el problema que tienen, (...)” (Entrevista 07MM).

4.4.2.3 ¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?

Todos los entrevistados expresaron una misma idea núcleo, dijeron que los pacientes diabéticos no conocen o no están conscientes de la gravedad y desenlace de la enfermedad, percibiéndola solamente cuando existen complicaciones asociadas. En modo de predicación de acción, con alto grado de referencialidad, con ideología de visión polarizada de la realidad.

Figura 19. Percepción de la enfermedad



Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Dijeron, por ejemplo:

Sabe que la mayoría no lo perciben realmente por lo que no se cuidan, y por eso es que está habiendo más pacientes con diabetes creo yo, y también estamos teniendo pacientes con secuelas irreversibles. Ellos no perciben la gravedad lamentablemente. (Entrevista 04MF)

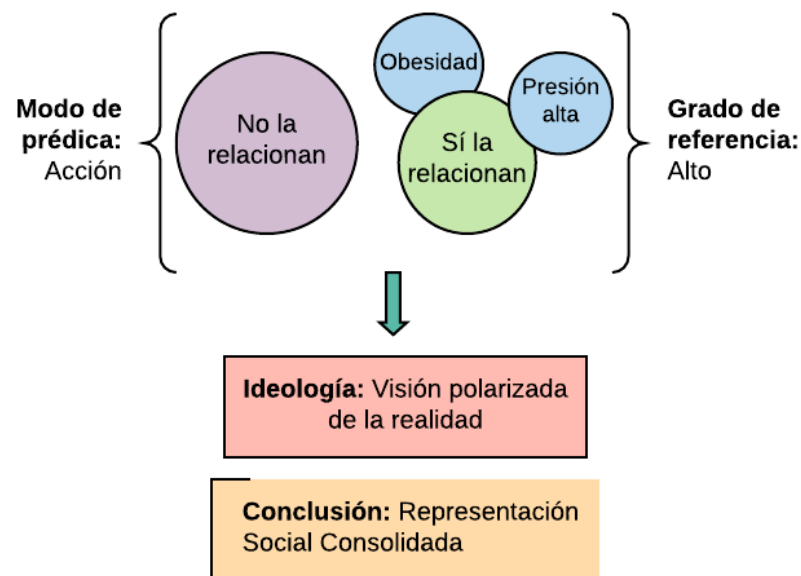
Mencionaron que solamente cuando tienen complicaciones asociadas a la diabetes perciben la gravedad de la enfermedad.

Cuando tienen en verdad una complicación a largo plazo como puede ser un pie diabético, cuando no se les cicatriza una herida, tienen pérdida visual o ya tienen falla renal, ahí como que ya toman consciencia de la gravedad de su enfermedad. (Entrevista 05MF)

4.4.2.4 ¿Sus pacientes creen que la diabetes está relacionada con otras enfermedades? ¿Cuáles?

Los entrevistados refirieron dos ideas núcleo, la primera expone que los pacientes sí asocian a la diabetes con otras enfermedades como la obesidad y la presión arterial alta, sin embargo, también dijeron que no la relacionaban y que no tenían conocimiento sobre las complicaciones.

Figura 20. Relación de la diabetes con otras enfermedades



Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

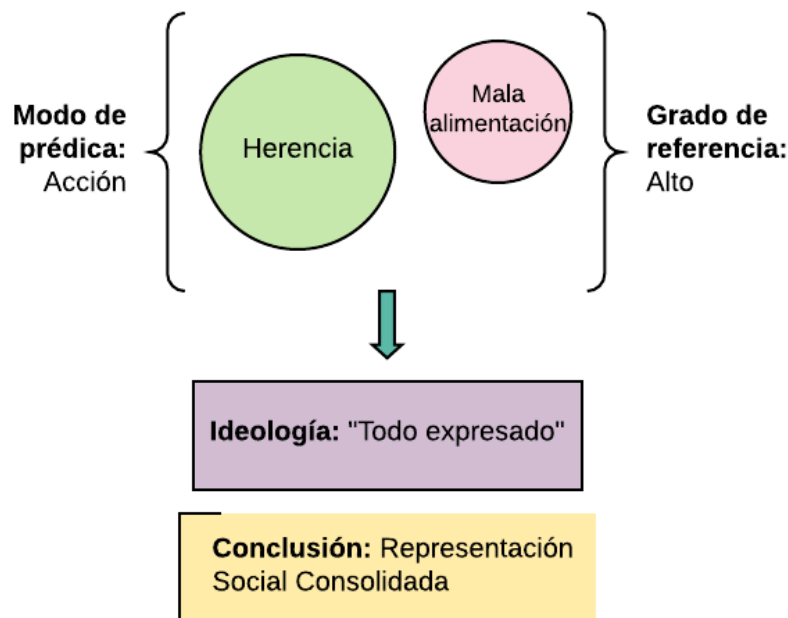
Mencionaron, por ejemplo: “No la relacionan, porque dicen tengo diabetes, pero gracias a Dios no tengo nada más” (Entrevista 03MF).

“(…), dicen que está asociado con problemas de obesidad, ellos sí reconocen. También que están con problemas de colesterol, triglicéridos, hipertensión, como son crónicos, ellos ya generalmente saben muy bien y reconocen que tienen algunos otros problemas” (Entrevista 07MM).

4.4.2.5 ¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la diabetes?

Sobre esta pregunta expresaron dos ideas núcleo.

Figura 21. Causas de diabetes perspectiva del personal de salud



Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Haciendo mayor énfasis en la herencia como causa principal, pero también dijeron que algunos pacientes no saben o no reconocen que los malos hábitos alimenticios provocaron la

diabetes. “Ellos no asumen que es por un mal estilo de vida, porque comen solo carbohidratos o cosas así. Ellos dicen que es genético, (...)” (Entrevista 02MF).

4.4.3 ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL DM2

4.4.3.1 ¿Qué entienden sus pacientes por “estar o sentirse enfermo”?

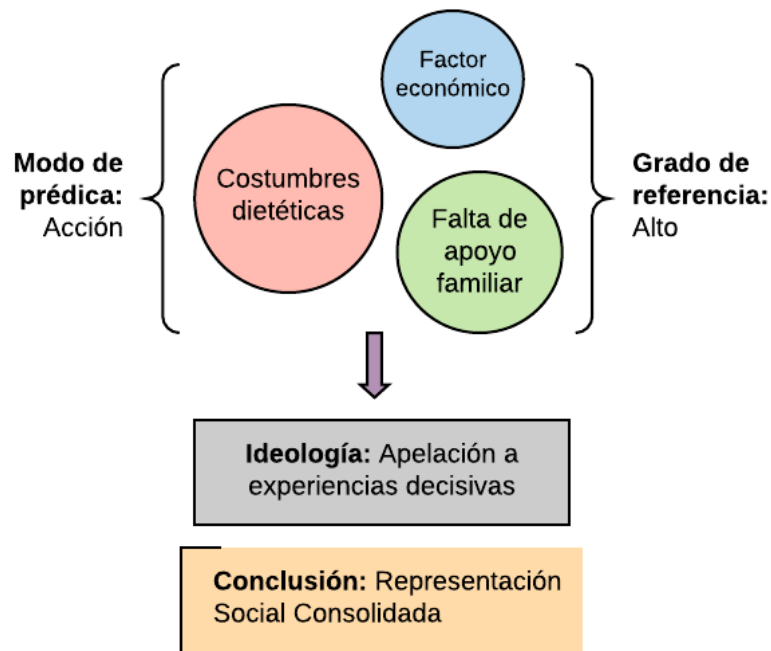
Todos los entrevistados contestaron esta pregunta haciendo alusión a que “estar o sentirse enfermo” era entendido por los pacientes como sentirse mal y no poder realizar las actividades cotidianas, la misma idea expresada por los pacientes. Así, por ejemplo: “Lo asocian con el cansancio, con la falta o no poder realizar algún tipo de actividad que ellos realizaban antes” (Entrevista 05MF).

Y al preguntarles si: **¿Entienden sus pacientes la diabetes como una enfermedad?** Respondieron que los pacientes sí, piensan que la diabetes es una enfermedad.

4.4.3.2 Desde su punto de vista, ¿cree que el tipo de dieta que usted les prescribe funciona?

Con esta pregunta se exploró las causas que se vinculan a la no adherencia de las prescripciones dietéticas. Mencionaron tres ideas núcleo, con modo de predicación de acción, con alto grado de referencialidad haciendo alusión a una ideología fundamentada en apelación a experiencias decisivas, generando una representación social consolidada.

Figura 22. No adherencia a indicaciones dietéticas



Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Así, por ejemplo, sobre la primera idea núcleo citaron que:

La dieta no funciona porque es la cultura que tiene la gente, que solo comemos papa, arroz, fideo y eso siempre han comido desde antaño con sus familiares y ancestros, que siempre han comido lo mismo, entonces cambiar esa idea es muy difícil. (Entrevista 03MF)

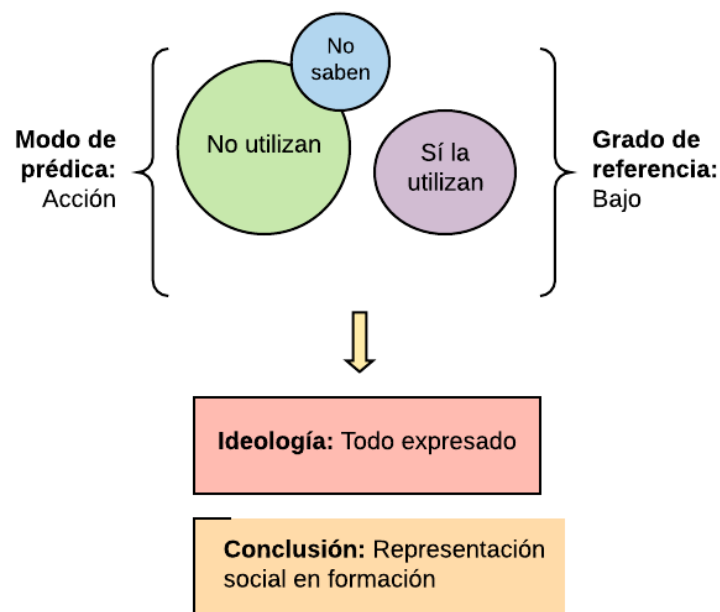
Mencionando que una barrera fundamental constituye las costumbres culinarias, difíciles de cambiar en los pacientes. Pero también refirieron como importante al apoyo familiar: “(...), cuando alguna persona quiere hacer dieta, tiene que ser un compromiso familiar, no solo de la persona para que todos participen y se involucren en la dieta” (Entrevista 07MM).

Y por último una entrevistada hizo alusión a los bajos recursos económicos como factor relevante en la adherencia dietética: “(...), porque una cosa es teóricamente decir tiene que comer esto, cuando hay pacientes que no tienen ni para comprar una libra de papas, o con lo que tienen justamente lo único que les alcanza es comprar carbohidratos” (Entrevista 04MF).

4.4.3.3 *Sus pacientes con diabetes, ¿utilizan alguna práctica de medicina alternativa?*

Acerca de esta pregunta la mayor parte de entrevistados citaron que los pacientes no utilizan medicina alternativa o no conocen del tema, sin embargo, algunos dijeron que sí la emplean, además, del tratamiento tradicional, pero no especificaron con exactitud qué tipo de medicina alternativa. Mencionaron, por ejemplo: “Sí, he escuchado de algunos pacientes que aparte de la medicación siguen tratamientos naturales que aparentemente les han funcionado, como hierbas o productos naturales” (Entrevista 01MF).

Figura 23. Utilización de medicina alternativa

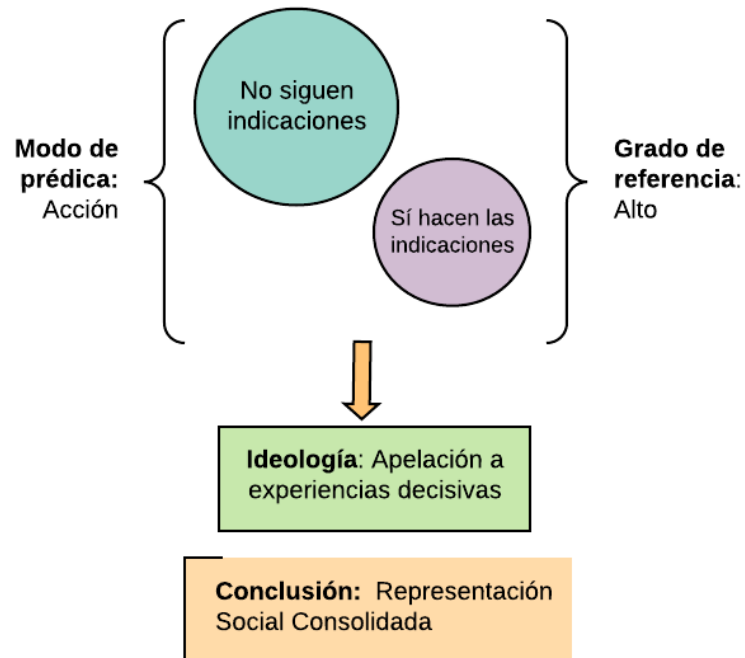


Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
 Elaborado por: Estefanía Pinzón

4.4.3.4 ¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?

Todos los entrevistados mencionaron que solo algunos pacientes siguen sus recomendaciones porque tienen adecuados controles, sin embargo refieren que una parte importante de ellos no lo hacen porque no ven cambios en los resultados del tratamiento.

Figura 24. Seguimiento de indicaciones



Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Por ejemplo: “Creo que hay de todo, algunos sí la siguen y así mismo hay otros que son un poco reacios a mantener la dieta, pero creo que en general la mayoría si acata las recomendaciones que se les da” (Entrevista 01MF).

“Algunos sí la siguen, pero otros no, claro hay que tener más paciencia y estar insistiéndoles en las dietas” (Entrevista 06MF).

Cuando se preguntó si el entrevistado tiene diabetes, todos dijeron que no, con excepción de una entrevistada que comentó tener una glicemia alterada en ayunas y que estaba

siguiendo la dieta que ella misma prescribe: “No, pero tenía una glucosa alterada en ayunas la última vez que me hice una glicemia estaba en 118, entonces espero repetirme una glicemia en los próximos meses para ver que tal, porque estoy haciendo una dieta fraccionada” (Entrevista 02MF).

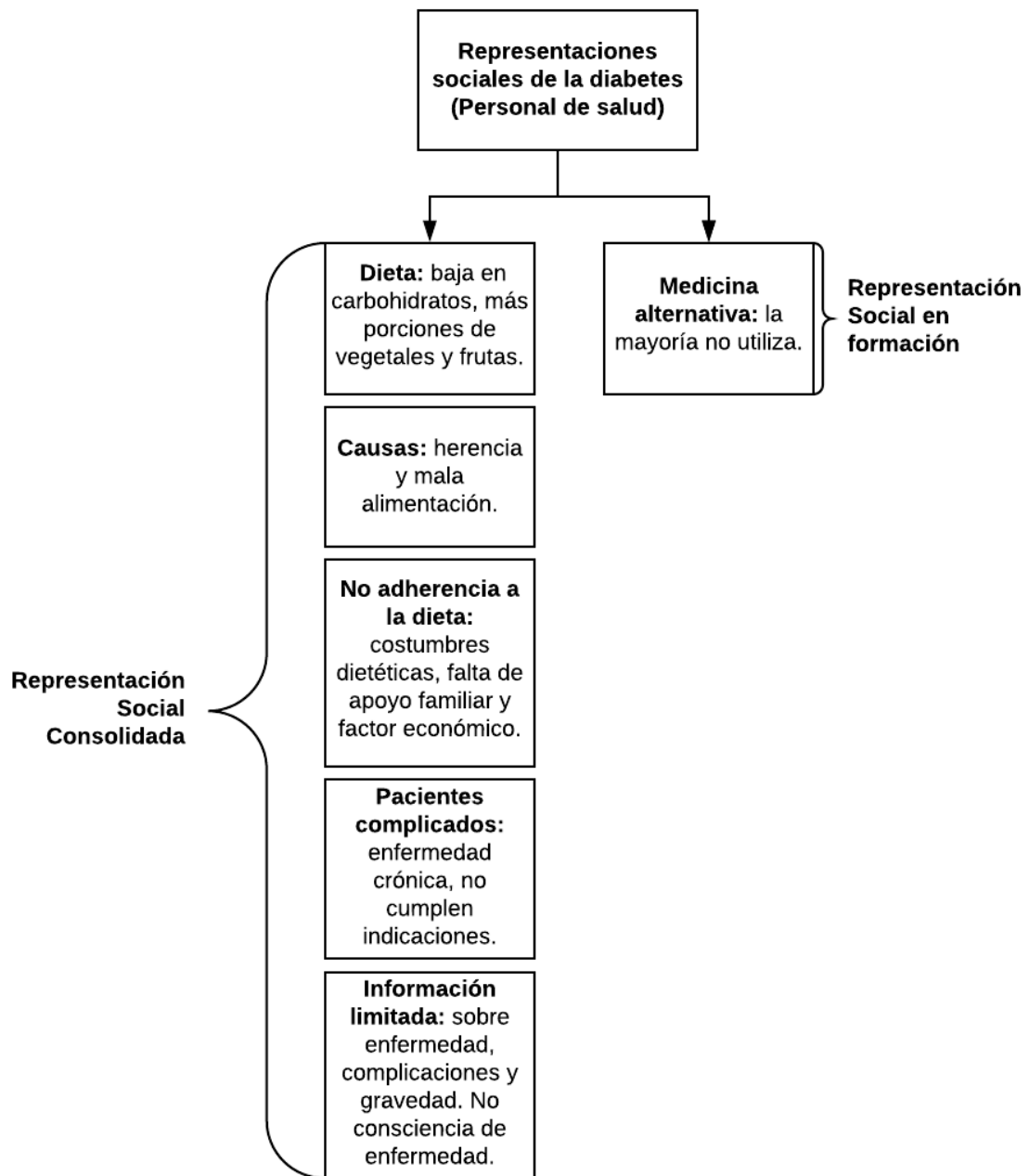
Tabla 4. *Tabla resumen / Personal de salud*

PREGUNTA	IDEA NÚCLEO	MODO DE PRÉDICA	GRADO DE REFERENCIA	IDEOLOGÍA	REPRESENTACIÓN SOCIAL
¿Qué tipo de alimentación les indica usualmente para la diabetes a las y los pacientes?	Dieta baja en carbohidratos, más vegetales y frutas.	Acción	Alto	Uniacentualidad significativa	Consolidada
¿Cuál ha sido su experiencia personal al trabajar con pacientes diabetes?	Pacientes complicados, enfermedad crónica, no se adhieren a la dieta.	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la diabetes?	Información limitada, no son conscientes de la enfermedad.	Acción	Alto	Visión polarizada de la realidad	Consolidada
¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?	Información limitada.	Acción	Alto	Visión polarizada de la realidad	Consolidada
¿Sus pacientes creen que la diabetes está relacionada con otras enfermedades?	La mayoría no la relaciona, y pocos la asocian con la obesidad y la presión alta.	Acción	Alto	Visión polarizada de la realidad	Consolidada

¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la diabetes?	Herencia y mala alimentación.	Acción	Alto	Todo expresado	Consolidada
¿Qué entienden sus pacientes por “estar o sentirse enfermo”?	Pérdida de actividad.	Acción	Alto	Todo expresado	Consolidada
¿Cree que el tipo de dieta que usted les prescribe funciona?	No se adhieren por costumbres dietéticas, falta de apoyo familiar y factor económico.	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
Sus pacientes con diabetes, ¿utilizan alguna práctica de medicinas alternativas?	La mayoría no utiliza medicina alternativa.	Acción	Bajo	Todo expresado	En formación
¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?	La mayoría no sigue las indicaciones.	Acción	Alto	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada

Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019
Elaborado por: Estefanía Pinzón

Figura 25. Representaciones sociales de la diabetes perspectiva del personal de salud



Fuente: Entrevistas al personal de salud, marzo a julio del 2019

Elaborado por: Estefanía Pinzón

Tabla 5. *Tabla comparativa de resultados*

TEMA	PACIENTE	PERSONAL DE SALUD
DIETA INDICADA	Baja en carbohidratos, más porciones de vegetales, frutas y ensaladas.	Baja en carbohidratos, más porciones de vegetales y frutas.
SEGUIMIENTO DE INDICACIONES	La mayoría no sigue la dieta indicada. Pocos logran buena adherencia.	Pacientes complicados por enfermedad crónica, no siguen indicaciones.
CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES	Es una enfermedad grave, que produce secuelas, relacionada con el páncreas. (Conocimiento proporcional al grado de escolaridad)	Tienen información limitada o no saben sobre la enfermedad, complicaciones y gravedad. No tienen consciencia de enfermedad.
RELACIÓN DE LA DIABETES CON OTRAS ENFERMEDADES	Se relaciona con perder la vista, amputación de extremidades o daño renal.	La mayoría de pacientes no la asocia con otras enfermedades, pocos con la obesidad y la presión alta.
CAUSAS DE LA DIABETES	Mala alimentación, herencia, estrés, sufrimiento o emocional.	Mala alimentación y herencia.
TRATAMIENTO ALTERNATIVO	La mayoría utiliza agua de hierbas como medicina alternativa.	La mayoría no utiliza o sabe poco sobre este tipo de prácticas de los pacientes.
“SENTIRSE ENFERMO”	Pérdida de actividad o no poder comer lo mismo que antes.	Pérdida de actividad.
NO ADHERENCIA A LA DIETA	Costumbres dietéticas, falta de apoyo familiar y factor económico.	Costumbres dietéticas, falta de apoyo familiar y factor económico.
ADHERENCIA A LA DIETA	Disciplina familiar y apoyo familiar.	Pocos tienen adecuados controles.

Fuente: Entrevistas a pacientes y personal de salud, marzo a julio del 2019
 Elaborado por: Estefanía Pinzón

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

“La diabetes es un padecimiento crónico de amplia distribución que actualmente afecta a más de 171 millones de personas en el mundo, pudiendo incrementarse hasta 366 millones en el 2030” (Toledano J., Ávila J., García J., & Gómez G., 2008). Es por lo que esta patología cobra suma importancia, tanto por su alta prevalencia, complicaciones asociadas y gasto sanitario. Constituye una enfermedad crónica no transmisible con alta tasa de no adherencia terapéutica, lo que conlleva a un problema de salud pública por su alto grado de morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Así, conocer las barreras que limitan la adherencia terapéutica, tomando en cuenta a la dieta como un pilar importante en el tratamiento, constituye una herramienta importante que puede mejorar la atención y prevención de complicaciones en los pacientes diabéticos.

En el marco de las representaciones sociales podemos revelar los pensamientos que tienen los pacientes sobre la enfermedad que adolecen y el vínculo con el apoyo familiar. Desde la óptica psicosocial como lo dice Moscovici, sobre la representación social “(...) es una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...)” (Mora, 2002).

De esa manera se puede llegar a la profundidad del conocimiento y las percepciones que tienen los pacientes sobre la enfermedad, como lo refieren otros estudios similares:

El considerar esta visión, lleva a destacar el punto de vista “emic” (visión “desde dentro” de la situación o problema a estudiar), éste resalta la vivencia del padecimiento de la persona como actor, que tiene que enfrentarse todos los días del resto de su vida con la dolencia y su atención. Toma en cuenta la subjetividad y los significados, que el

enfermo y su familia le otorgan al padecimiento, elementos que están ausentes en algunos de los estudios tradicionales. (Torres López , Sandoval Díaz , & Pando Moreno, 2005)

La diabetes, al ser una enfermedad crónica conlleva cuidados permanentes y genera múltiples factores asociados al control de esta, como lo menciona el estudio de “Diabetes mellitus hacia una perspectiva social”:

En la representación social de la diabetes y su control, existe una multiplicidad de factores los cuales muestran una perspectiva global del padecimiento donde confluyen elementos de tipo social, cultural, físico, emocional, y espiritual. Desde el punto de vista de los enfermos, se presenta al padecimiento como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, sociales y laborales. (López Ramón & Ávalos García, 2013)

Desde este punto de vista, la presente tesis busca conocer las barreras que limitan la adherencia dietética en los pacientes diabéticos, en el marco de las representaciones sociales de los pacientes que asisten a control en la consulta externa del Centro de Salud Conocoto.

La dieta constituye un elemento clave tanto en el tratamiento como en la prevención de complicaciones en los pacientes diabéticos: “Es por lo que develar el entramado de los códigos, signos, significados de esta estructura es poder vislumbrar una parte de la realidad y poder esclarecer los dominios negativos o positivos de estas relaciones sociales en salud” (Patiño, y otros, 2016).

Existen pocos estudios sobre representaciones sociales que se enfoquen en las enfermedades crónicas no transmisibles. Los mismos que tratan de encontrar las discrepancias que existen entre las representaciones sociales de los pacientes que adolecen la enfermedad y

el personal de salud que los atiende. Dichos estudios son similares al análisis realizado en esta investigación.

Así, por ejemplo, el estudio de “Sangre y azúcar” realizado en México por (Torres López , Sandoval Díaz , & Pando Moreno, 2005), encuentra varias similitudes sobre temas propios de la caracterización “emic” de la enfermedad, que dice, por ejemplo, que la diabetes es emocional, que se produce por estrés o herencia. Sin asociar en ocasiones a los malos hábitos alimenticios como una de las causas, como lo dijeron los médicos al hacer la misma pregunta: “Ellos no asumen que es por un mal estilo de vida, porque comen solo carbohidratos o cosas así. Ellos dicen que es genético, (...)” (Entrevista 02MF).

Los entrevistados expresaron, por ejemplo: “En mi caso fue por mucho sufrimiento, el estrés me causó a mí la diabetes, porque nadie de mi familia es diabético, yo soy la única” (Entrevista 24PF).

También el estudio de “Representaciones Sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al Proceso Salud y Enfermedad”, hace alusión a que la diabetes está relacionada a sentimientos negativos, como choque, rabia y tristeza, donde el plano alimentario está vinculado a la pérdida del placer y de daños a la salud (Pérez, Franco, Santos, & Zanetti, 2008). Asimismo, refiere que la representación negativa de los servicios de salud parece interferir en el comportamiento de adhesión al tratamiento.

Los pacientes dijeron que sentirse enfermos es no poder comer, como antes lo hacían. “Uno no puede ser el mismo, quizá hacer lo que hacíamos antes, no se puede comer como nos gustaba,” (...) (Entrevista 07PF). Señalando un vínculo estrecho entre hacer una dieta con la sensación de enfermedad. Además, de relacionar la diabetes como pérdida de actividad: “Sí me hace sentir enferma, porque no puedo comer las cosas de dulce, y no puedo hacer todo lo que hacía antes” (Entrevista 23PF).

Sin embargo, también hubieron entrevistados que refirieron que la diabetes no les hace sentir enfermos, idea que está vinculada al control de la enfermedad y ausencia de síntomas. “No, a mí no, para mí la diabetes es solo un nombre, no me hace sentir enfermo, porque tengo el control de la enfermedad” (Entrevista 09PM).

Con respecto a la gravedad y complicaciones asociadas los entrevistados refirieron que la diabetes podría causar ceguera, amputación de una extremidad o daño renal, lo que les impide o impediría realizar sus actividades cotidianas. Mientras que el personal de salud mencionó que los pacientes no asocian a la diabetes con otras enfermedades, y solo pocas la relacionan con la obesidad y presión alta.

Sobre la utilización de tratamientos alternativos, como medicinas naturales, la mayoría de entrevistados dijeron conocer y utilizarlas como parte del tratamiento, siendo pocos los que no lo hacen por temor a posibles efectos adversos, pero al preguntarles a los médicos sobre estas prácticas en los pacientes, pocos respondieron que sí las utilizan. Así, por ejemplo, atribuyen que mejor es tomar medicina natural, debido a que los fármacos son dañinos. “Sí hay una planta que se llama insulina y a esa haciéndole agua ha sabido bajar el nivel de azúcar, porque las pastillas sí son ofensivas para el organismo” (Entrevista 15PF). Sin embargo, el personal de salud refiere que la mayoría de pacientes no la utiliza o mencionan saber poco sobre este tipo de prácticas.

Al igual que el estudio de “Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Trasmisible” (Patiño, y otros, 2016), se concluye que la dieta tiene una estrecha vinculación cultural con una cosmovisión social compleja, que constituye el principal actor en la dificultad a la adherencia a una dieta diferente.

Al preguntar sobre la dieta indicada para la diabetes tanto pacientes como médicos coinciden en una misma idea, haciendo referencia a la disminución de carbohidratos con

incremento de porciones de vegetales y frutas. Pero son pocos los pacientes que la siguen realmente.

Mencionaron que el seguir la dieta es muy complicado, vinculándola como sinónimo de comida que no es sabrosa o agradable, dijeron, por ejemplo: “Sí iba haciendo la dieta, pero no era tan fácil, porque mi esposo y mi hija comían rico y yo no, entonces me ponía a llorar de solo verlos comer rico” (Entrevista 27PF). O haciendo notar que involucra sufrimiento:

Sí, seguí la dieta que me mandaron para que bajara, y la puse en práctica, bajé a 170 libras, estaba bastante delgado, algunos familiares me preguntaban que hice para bajar tanto y yo les decía que hay que sufrir y nada más. (Entrevista 04PM)

Además, refieren que el comer ensaladas es desagradable, así dijeron, por ejemplo: “No me gusta la ensalada y eso me han mandado siempre, pero eso no me gusta” (Entrevista 30PF). Relacionan que la ensalada es para enfermos: “(...), hacía crema de legumbres y él se ponía bravo, hasta mi hijo me rechazaba la comida, decía que no era enfermo. (...)” (Entrevista 16PF).

Los pacientes que dijeron sí poder adherirse a la dieta, expresan que se debe por disciplina personal y por apoyo familiar. Además, de manejar un concepto de cantidades, por ejemplo:

Sí, hasta ahora sí me funciona la dieta porque soy disciplinado. No creo que haya ningún problema, porque yo pienso que no es necesario hacer una dieta, yo solo me manejo en cantidades, ya no me como una porción grande de torta, pero pruebo la torta, tomo Pepsi con agua y solo un vaso, todo es cantidades, así manejo los conceptos. (Entrevista 09PM)

También se enmarca la importancia que tiene el apoyo familiar dentro de la adherencia dietética, ya que la familia constituye un pilar fundamental en el que se desenvuelven

diariamente los individuos, determinando comportamientos positivos o negativos en los pacientes, así, mencionaron: “(...) Para mí es difícil porque yo tengo que hacer mi comida aparte y para mi familia otra cosa, entonces así no me gusta” (Entrevista 22PF).

Los bajos recursos económicos como lo mencionaron algunos entrevistados, también representan un determinante en el cumplimiento de la dieta, siendo un factor que les dificulta conseguir ciertos alimentos. Así, algunos estudios han encontrado una relación entre el factor económico y el tipo de alimentación como, por ejemplo: Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle- and low-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study, en el que se concluye que los países con altos ingresos económicos y mejor nivel de educación tienen mayor prevalencia de consumo de dieta saludable, a diferencia de los países con bajos ingresos económicos y poca educación, donde la dieta saludable es menos frecuente. (Teo, y otros, 2013)

La perspectiva del médico muestra una gran discrepancia acerca de los que los pacientes expresan. A pesar de mencionar que las causas de no adherencia a la dieta pueden deberse a las costumbres dietéticas, falta de apoyo familiar o factor económico, que fue lo que expresaron los pacientes, los médicos vinculan el problema a la falta de conocimientos que tienen los pacientes sobre la enfermedad, causas, complicaciones y gravedad que esta conlleva, siendo esto la principal causa de la falta de seguimiento a las indicaciones médicas. Solo uno de los entrevistados hizo alusión a que los pacientes sí son conocedores de su enfermedad, debido a la cronicidad y controles permanentes que requieren. Para la mayoría de médicos no es así, y dijeron, por ejemplo: “Así como que saber de la enfermedad no saben mucho, no saben de las complicaciones que pueden tener, ya cuando se les ha diagnosticado de la enfermedad ahí como que ya saben algo en forma general, (...)” (Entrevista 05MF).

Asimismo, dijeron que son pacientes complicados y que difícilmente siguen las indicaciones, por ejemplo: “Son pacientes muy complicados porque como es una enfermedad crónica, entonces hay que hacer el seguimiento continuo, y estar atrás de ellos viéndoles las glucosas para que no se vayan a complicar” (Entrevista 02MF).

Señalaron, además, que no se adhieren a las indicaciones médicas porque no son conscientes de la enfermedad: “Tienen información muy limitada y no son conscientes de la enfermedad que tienen, es por eso que les da lo mismo a algunos pacientes y no se cuidan sabiendo que esto puede llevar a graves consecuencias en el futuro” (Entrevista 06MF).

Es por lo que lograr el entendimiento del personal de salud sobre la cosmovisión que tienen los pacientes sobre la enfermedad que adolecen, es decir, las representaciones sociales sobre el problema de salud, las mismas que dificultan su adherencia dietética, mejoraría la relación médico - paciente. Generando una mejor atención y manejo de la enfermedad por parte del personal de salud, prevención de complicaciones y por ende disminución del gasto sanitario. Así mismo el paciente podría tener una mayor calidad de vida, tanto para él, como para su familia.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Algunos miembros del personal de salud del Centro de Salud Conocoto no participaron en el estudio debido a que no otorgaron el consentimiento informado para realizar la entrevista.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En esta investigación se realizaron preguntas de acuerdo con el estudio de tres temas principales, referentes a: narrativas del historial clínico, caracterización “emic” y asociación cultural al seguimiento/control de la DM2, para conocer las barreras que limitan la adherencia dietética en los pacientes diabéticos, en el marco de las representaciones sociales tanto de los pacientes como de los médicos, se concluye que:

Acerca del tipo de dieta que fue prescrita a los pacientes, todos los participantes expresaron una misma idea núcleo mencionando la misma dieta con diferentes sintagmas, la cual se basa principalmente en disminuir el consumo de carbohidratos y aumentar la ingesta de vegetales, frutas y ensaladas. Correspondiendo a la misma dieta que dijeron prescribir los médicos. Pero al preguntar si siguieron la dieta indicada, la mayor parte de entrevistados respondió que no lo hicieron, porque les fue muy difícil adherirse a una dieta diferente de la que acostumbraban a consumir y que no era parte de su gusto culinario.

Dentro de las razones por las que los pacientes no se adhirieron a la dieta dijeron que fundamentalmente se debe a las costumbres dietéticas o culinarias arraigadas desde la infancia, difíciles de cambiar cuando se prescribe una nueva dieta. La falta de apoyo familiar también constituye un factor importante identificado por los entrevistados, además, de los bajos recursos económicos que dificulta la adquisición de ciertos alimentos prescritos en esta.

Se empleó la entrevista en profundidad como técnica de metodología cualitativa, constituyendo un instrumento acertado, útil y eficaz para poder conocer las representaciones sociales que los pacientes tienen sobre la enfermedad que padecen y los cuidados en la familia,

vinculándolas con las razones que dificultan el apego a las recomendaciones dietéticas, encontrándose también, las diferencias sobre lo que sabe o piensa el personal de salud que los atienden en el Centro de Salud Conocoto.

Algunos de los pacientes fueron diagnosticados posterior a exámenes realizados por los síntomas que presentaban, y otros tuvieron un diagnóstico casual al hacerse exámenes por control, sin haber presentado alguna molestia anterior.

Tanto pacientes y médicos refirieron que “estar o sentirse enfermo”, es no poder realizar las actividades diarias. Añadieron los pacientes que también, el no poder comer como antes les gustaba, los hace sentir enfermos. Y al preguntar si la diabetes los hace sentir enfermos, contestaron que sí, cuando está asociada a complicaciones por un mal control, y no se sienten enfermos cuando no hay síntomas o molestias.

Sobre lo que saben sobre la diabetes expresaron tres ideas núcleo, mencionando que la diabetes es una enfermedad grave, que produce secuelas como quedarse ciego o perder alguna extremidad, y que se produce por el mal funcionamiento del páncreas que secreta la insulina. Todos estos conocimientos son directamente proporcionales al grado de escolaridad.

Todos los entrevistados relacionaron la diabetes con otras enfermedades, citando que pueden quedarse ciegos, perder alguna extremidad por amputación y que se produzca un daño renal que termine en diálisis. Las mismas que representan las complicaciones de una diabetes no controlada, y que les impiden o impedirían realizar sus actividades cotidianas. Siendo contrario a lo que piensan los médicos al decir que la mayoría de las veces los pacientes no conocen de la enfermedad, secuelas y gravedad de esta. Además, refirieron que los pacientes no son conscientes de la enfermedad lo que dificulta la adherencia a las indicaciones médicas.

Con respecto a las causas de la diabetes, los pacientes respondieron que se debe a una mala alimentación, herencia e incluso por estrés, sufrimiento o que es emocional. Los médicos

en cambio hacen referencia a que los pacientes creen que la causa de la diabetes es principalmente por herencia y que no siempre atribuyen a la mala alimentación como una de las causas.

Los pacientes refirieron que sí utilizan medicina alternativa a base de plantas medicinales para el mejor control de la diabetes, solo unos pocos no lo hacen por temor a efectos dañinos. Los médicos desconocen en la mayoría de veces este tipo de prácticas.

Todos los pacientes refirieron acudir a controles médicos en el Centro de Salud Conocoto, mensual o bimensualmente, generalmente por exámenes o para recibir medicación.

Sobre la curación de la diabetes, la mayoría de los pacientes dijeron que no tiene cura, que es como un cáncer, que está en la sangre. Pero otros asocian la curación por la fe que profesan, solo Dios tiene la cura. Sin embargo, todos los pacientes mencionaron que la diabetes es una enfermedad llevadera, mientras se cuiden siguiendo las recomendaciones médicas de dieta y medicación, mientras los médicos dicen que son pacientes difíciles que no siguen las indicaciones.

6.2 RECOMENDACIONES

Hacer partícipe a la familia en los cuidados dietéticos que el paciente requiere, involucrándolo en las consultas médicas o si es necesario mediante visitas domiciliarias, es un factor importante a ser considerado por el personal médico, para así lograr una mejor adherencia dietética, ya que la familia debe estar involucrada en el manejo y prevención de complicaciones. Debido a que el apoyo familiar constituye una fortaleza para el cumplimiento dietético en los pacientes.

Los pacientes deben comprometerse a tomar mejores decisiones sobre como alimentarse y como obtener de forma práctica y económica los alimentos necesarios, por ejemplo, con la creación de huertos familiares, comprar la fruta de temporada o consumiendo menos cantidades de carbohidratos.

Considerando que el maíz es parte de los alimentos tradicionales en la cocina no solo de Conocoto, sino de varios sitios del país, como costumbre culinaria heredada desde la infancia, así, puede ofrecerse el consumo del maíz como alternativa válida para la alimentación de los pacientes en formas y cantidades saludables. Por ejemplo, cocinándolo para hacer mote, complementándolo con otros granos, queso, o vegetales, preparándolo en coladas o tortillas. Debido a que es un carbohidrato complejo que aporta fibra y nutrientes, a diferencia de otro tipo de carbohidratos que son menos nutritivos y saludables. Con el fin de que el paciente pueda adherirse a una dieta más saludable, comprendida desde el contexto social en el que se desenvuelve.

Medidas de prevención como inculcar el consumo de hortalizas, verduras y frutas en las familias para que no se miren como alimentos para enfermos, sino que se consideren como una dieta saludable.

Es importante que el personal de salud del Centro de Salud Conocoto conozca sobre las representaciones sociales que tienen los pacientes diabéticos acerca de su enfermedad y seguimiento terapéutico, lo que ayudaría a extender su conocimiento. Para que este no sea solo biomédico, sino que integre saberes acerca de la cultura y realidad social de los pacientes, con lo que podría mejorarse la atención hacia ellos.

Mejorar la relación médico - paciente mediante una adecuada comunicación, con un lenguaje claro que ayude a entender las representaciones sociales que tienen los pacientes sobre la diabetes, y una correcta retroalimentación de lo que se intenta prescribir durante las consultas, ayudaría a una mejor adherencia dietética.

Realizar un manejo multidisciplinario de los pacientes diabéticos que involucre al personal médico, nutriólogos y psicólogos lograría un manejo integral, con el fin de conseguir la adherencia dietética.

Conocer sobre las representaciones sociales de la diabetes es importante para los médicos tanto en su práctica profesional como en la formación, con lo que podrá cambiarse el pensamiento dicotómico que separa a la mente del cuerpo, ya que no es el cuerpo el que se enferma, sino la persona. Este enfoque integral podrá lograrse mediante la interacción permanente con la comunidad, donde se puede entender el proceso de salud-enfermedad, dentro de la relación que existe entre el ser humano, el medio ambiente y la sociedad.

Continuar con investigaciones sobre nuevas formas de preparar alimentos saludables, considerando la cultura culinaria y economía de la población, para adaptar la dieta dentro del contexto social de la comunidad de Conocoto, lo que ayudaría a mejorar la adherencia dietética en los pacientes diabéticos, contribuyendo así, al tratamiento como a la prevención de la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

- Albán Pinto, M. (13 de Octubre de 2011). *GAD Conocoto*. Obtenido de Historia de la Parroquia: <http://conocoto.gob.ec/pichincha/?p=137>
- American Diabetes Association. (2018). Diabetes Care. *THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION*, 150.
- Association, A. D. (2012). Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus . *ADA*, 8.
- Ávila Funes, J. (25 de Abril de 2013). *¿Qué es el consentimiento informado?* Obtenido de Gobierno de México: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/confidencialidadInformacion.html>
- Barrera, J. V. (2013). *Turbiedad del agua*. Costa Rica.
- Carvajal Espósito, M. (2015). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN A UN PROGRAMA EDUCATIVO EN DIABETES. *UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA*, 63.
- Chow, C., Lock , K., Madhavan , M., Corsi , D., Gilmore, A., Subramanian , S., . . . Yusuf , S. (2010). Environmental Profile of a Community's Health (EPOCH): an instrument to measure environmental determinants of cardiovascular health in five countries. *PLOS ONE*, 15.
- Dillaa, T., Valladaresa, A., & Lizánb, L. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *ELSIEVER-Atención Primaria*, 7.
- Del Castillo Arévalo, F., Salido González, M., Losada García, A., García García, M., Fernández Prieto, T., & Blanco Gutiérrez, M. L. (2013). Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Enfermería Global*, 10.
- ENSANUT. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Unicef*, 113.
- Fernández Chaves, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 20.

- FID. (2011). PLAN MUNDIAL CONTRA LA DIABETES 2011-2021. *FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES*, 28.
- GAD Conocoto. (27 de Julio de 2019). *Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquia de Conocoto*. Obtenido de Datos generales: http://conocoto.gob.ec/pichincha/?page_id=15
- GAD Parroquial de Conocoto . (2015). Actualización plan de desarrollo y ordenamiento territorial. *GAD Parroquial de Conocoto – D.M.Q.* , 219.
- Galvín. (2003).
- García , C. (2008). Consentimiento Informado. *CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD GUATEMALA*, 5.
- García de Alba García, J., Ramírez Hernández, B., Robles Arellano, G., Zañudo Hernández, J., Salcedo Rocha, A., & García de Alba Verduzco, J. (2012). Conocimiento y uso de las plantas medicinales en la zona metropolitana de Guadalajara. *Revista Saberes y Razones* , 16.
- Gil-Velázquez, L., Sil-Acost, M., Domínguez-Sánchez, E., Torres-Arreola, L., & Medina-Chávez, J. (2013). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 . *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 16.
- González Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 6.
- Hooper, R. y. (1951).
- INEC. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *INEC*, 47.
- International Diabetes Federation. (2018). Promoting, diabetes care and prevention. *The International Diabetes Federation (IDF)*, 10.
- Jiménez. (2001).
- Kopitowski, K. (2016). *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Lillo C, M., & Rodríguez P, P. (2018). Valoración de la adherencia del paciente diabético al consejo nutricional y evaluación de mejoras tras su reeducación: una investigación-acción en la costa mediterránea. *Revista chilena de nutrición*, 11.

- López Ramón, C., & Ávalos García, M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 15.
- López Romero, L., Romero Guevara, S., Parra, D., & Rojas Sánchez, L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y definición. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22.
- Mondragón Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista de Investigación Clínica*, 15.
- Mora, M. (2002). La teoría de representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 25.
- Nereira. (2006).
- OMS. (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. *Organización Mundial de la Salud, Ginebra*, 152.
- OMS. (01 de Julio de 2003). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
- OMS. (2017). Diabetes: Datos y cifras. *OMS*, 12.
- OMS. (12 de 01 de 2019). *DIABETES*. Obtenido de DIABETES ONLINE : https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html
- OPS. (2010). Consentimiento informado. *OPS*, 5.
- Patiño, D., Alves de Oliveira , W., Torres , A., Oliveira , C., Ibarra , A., Torales , A., & Martínez , M. (2016). Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Transmisible. *Archivos de Medicina*, 9.
- Pérez, D., Franco, L., Santos, M., & Zanetti, M. (2008). Representaciones Sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al Proceso Salud y Enfermedad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8.
- Prieto Castillo, D. (1990). *Diagnóstico de Comunicación*. Quito: Quipus.
- Ramos Rangel, Y., Morejón Suárez, R., Gómez Valdivia, M., Reina Suárez, M., Rangel Díaz, C., & Cabrera Macías, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Finlay Revista de Enfermedades no Transmisibles*, 10.

Rodríguez. (2010).

Rodríguez Campuzano, M., Rentería Rodríguez, A., & García Rodríguez, J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa Psicológica UST*, 11.

Seoánez. (2001).

Teo, K., Lear, S., Islam, S., Mony, P., Dehghan, M., Li, W., . . . Díaz, R. (2013). Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle- and low-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *JAMA*, 13.

Terechenko, N., Baute, A., & Zamonsky, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Biomedicina*, 14.

Toledano J., C., Ávila J., L., García J., S., & Gómez G., H. (2008). Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 10.

Torres, A., Camacho Ruiz, E., Escoto Ponce de León, M., Contreras Landgrave, G., & Casas Patiño, D. (2014). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *Revista biomédica revisada por pares*, 14.

Torres López, T., Sandoval Díaz, M., & Pando Moreno, M. (2005). “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro*, 10.

Torres Vindas, J. (2007). Análisis ideológico de discurso de la obra de teatro “El Nica”. *América latina en movimiento*, 10.

ANEXOS

Anexo 1. Guía semiestructurada de entrevista 01

INSTRUMENTO: GUÍA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA 01		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia:
Dirección		Celular:
Fecha de aplicación de la entrevista	Número de archivo:	
Entrevistador/a:		

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Número de personas que viven en su casa	
Tipo de familia	
Tipo de residencia ⁹	Temporalidad. Tipo de vivienda, categorías emic-etic. Caracterización física, temporal, socio-familiar, servicios.
Tipo de aseguramiento (IESS, MSP, ISSPOL, ISFFAA, Privado....)	
Religión	
Nivel instruccional	
Ocupación	
Nacionalidad	

ITE M	NARRATIVAS DE HISTORIAL CLÍNICO DM2
	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron diabetes? (percepción de la temporalidad del diagnóstico)

⁹ La o el investigador lo caracteriza en relación a la información que le proporcione la persona entrevistada.

	¿En dónde le diagnosticaron y quién le informó de esto?
	¿Qué tipo de dieta le indicaron para su diabetes?
	¿Siguió la dieta recomendada que le indicaron?

ITEM	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA DM2
	Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la diabetes. + <i>Explorar qué sabía la persona antes y después de su diagnóstico. Quién, cuándo, dónde.</i>
	En su opinión, ¿está la diabetes relacionada con otras enfermedades? Sí. ¿Con cuáles? No. <i>Explorar razones.</i>
	¿Cuáles cree usted que sean las causas de la diabetes en las personas?
	¿Qué le pasa a una persona que tiene diabetes? + <i>Explorar sintomatología desde la perspectiva discursiva del entrevistado/a de forma más concreta.</i>
	¿Cuál es otro tipo de tratamiento que usted conoce o de los cuales ha escuchado para la diabetes? + <i>Explorar las distintas dietas que conozca la persona, además, de la recomendación médica. Quién, dónde, cuándo.</i>

ITEM	ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL - DM2
	¿Qué entiende usted por “estar o sentirse enfermo”? (¿enfermedad = estado sincrónico o/y proceso diacrónico?)
	En su opinión, ¿qué tipo de enfermedades le impedirían o le impiden realizar sus actividades cotidianas?
	Con todo esto que me comentó, ¿piensa que la diabetes le hace sentir que está enfermo?
	Desde su punto de vista, ¿cree que la dieta que usted lleva le está funcionando? + Explorar su seguimiento dietético, cambio de estilo de vida y medicinas alternativas. + Explorar regularidad de su consulta médica para su chequeo de diabetes. + Explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que la persona identifique como aspectos de su vida que le dificultan o facilitan continuar con las recomendaciones dietéticas.

	<p>En su opinión, ¿cree usted que algún día ya no tendrá diabetes?</p> <ul style="list-style-type: none">+ Explorar si la diabetes tiene una cura.+ Explorar las referencias de la diabetes como “enfermedad llevadera”.
--	---

Anexo 2. Guía semiestructurada de entrevista a personal de salud 02

GUIA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD 02		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia o localidad:
Dirección:		Celular
Lugar de trabajo:	Cargo:	Años de experiencia:
Fecha de aplicación de la entrevista:		Número de entrevista:
Entrevistador/a:		

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Religión	
Nivel instruccional	
Nacionalidad	

ITE	NARRATIVAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DM2
M	
	¿Hace cuánto tiempo que trabaja atendiendo pacientes diabéticos?
	¿Cuántos pacientes diabéticos atiende usted?
	¿Qué tipo de alimentación les indica usualmente para la diabetes a las y los pacientes?
	¿Cuál ha sido su experiencia personal al trabajar con pacientes diabéticos?

ITE	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA DM2
M	
	¿Recuerda algún o algunos casos significativos de pacientes diabéticos? Hábleme de ellos.
	¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la diabetes?
	¿Sus pacientes creen que la diabetes está relacionada con otras enfermedades? ¿Cuáles?
	¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la diabetes?

	¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?
--	---

ITEM	ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL DM2
	¿Qué entienden sus pacientes por “estar o sentirse enfermo”?
	¿Tiene usted pacientes con diabetes que presenten incapacidades y/o discapacidades?
	¿Entienden sus pacientes la diabetes como una enfermedad?
	Desde su punto de vista, ¿cree que el tipo de dieta que usted les prescribe funciona? + Explorar su seguimiento nutricional, cambio de estilo de vida. + Explorar regularidad de su consulta médica para el chequeo de diabetes. + Explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que el personal de salud identifica como aspectos de la vida de sus pacientes que les dificulten o faciliten continuar con la dieta prescrita.
	Sus pacientes con diabetes, ¿utilizan alguna práctica de medicinas alternativas?
	¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?
	¿Tiene usted diabetes?

Anexo 3. Consentimiento informado

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a pacientes diabéticos en edades comprendidas entre 35 a 70 años, que son atendidos en el Centro de Salud Conocoto - Unidad tipo C y que se les invita a participar en la investigación “Barreras para el apego a las recomendaciones dietéticas en pacientes diabéticos del Centro de Salud Conocoto - Unidad tipo C; un análisis desde la perspectiva del paciente y del personal de salud en el período marzo a julio del 2019”.

Investigador principal:

Diana Estefanía Pinzón Guerrero (Postgradista Medicina Familiar y Comunitaria-PUCE)

PARTE I: Información

Introducción

Debido a que usted tiene diagnóstico de diabetes, se encuentra entre 35 a 70 años, y hace sus controles regulares en el Centro de Salud Conocoto, yo Md. Estefanía Pinzón del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE, le invito a participar de la investigación sobre las barreras para el apego a las recomendaciones dietéticas en pacientes diabéticos. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Si es así, por favor pídamle que pare y tomaré tiempo para poder explicarle de una mejor manera. Si tiene preguntas después, puede hacerlo.

Propósito

El propósito de esta investigación es determinar cuáles son las razones por las que los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Conocoto no se adhieren a la dieta sugerida en las consultas médicas.

Tipo de Intervención de Investigación

Si acepta participar en esta investigación se realizará una entrevista y una encuesta sobre temas referentes a su enfermedad, la dieta y tipos de alimentos que usted consume.

Invitación

Se está invitando a todos los pacientes que tengan diagnóstico de diabetes en un tiempo mayor de 3 meses, que tengan entre 35 a 70 años, y que no tengan deterioro cognitivo que imposibilite realizar esta encuesta y/o entrevista.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en el centro de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Beneficios

- Si se presentara alguna emergencia o consulta médica, se dará atención prioritaria por mi persona y/o el personal de salud del Centro de Salud Conocoto.
- Usted puede abandonar la investigación cuando lo considere necesario sin ninguna consecuencia o acción contra usted.

Obligaciones

- Brindar información verdadera sobre el tema
- Reportar si hubiera cambio de domicilio
- Reportar si hubiera deseo de abandonar la investigación

Riesgos y efectos secundarios debido a la investigación

Ninguno

La información que usted me proporcione será revisada solamente por los investigadores, nadie más tendrá acceso a dicha información, se utilizará solamente con la finalidad de identificar a los pacientes para la recolección de datos.

Contacto

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de iniciar la investigación. Puede contactar con:

Diana Estefanía Pinzón Guerrero

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sector Puengasí, Quito, Ecuador

Celular: 0995277571

e-mail: gatitaestefy89@gmail.com

PARTE II: Formulario de Consentimiento informado

He sido invitado a participar de la investigación sobre “Barreras para el apego a las recomendaciones dietéticas en pacientes diabéticos del Centro de Salud Conocoto - Unidad tipo C; un análisis desde la perspectiva del paciente y del personal de salud en el período marzo a julio del 2019”.

Entiendo que se realizará una encuesta y/o entrevista sobre mi enfermedad, la dieta y tipos de alimentos que consumo.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Acepto voluntariamente a participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que eso afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Si es analfabeto pondrá su huella digital o un testigo que sepa leer y escribir debe firmar.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para mi familiar y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que mi familiar ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

Anexo 4. Tabla de variables de identificación

VARIABLES DEMOGRÁFI CAS	Definición	Tipo de variable	de Escala	Indicador	Fuente
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona.	Cuantitativa continua	Años cumplidos	Medidas de tendencia central y dispersión. Box plot	Ficha de identificación
Sexo	Peculiaridades de nacimiento que diferencian a un individuo de una especie en masculino y femenino	Cualitativa nominal	Mujer Hombre	Porcentaje	Ficha de identificación
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Separado Viudo	Porcentaje	Ficha de identificación
Religión	Credo y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina.	Cualitativa nominal	Católica Cristiana Testigo de Jehová Otra	Porcentaje	Ficha de identificación

Instrucción	Es el nivel de educación alcanzado por las personas dentro del plano educativo institucional.	Cualitativa ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel Técnica	Porcentaje	Ficha de identificación
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados	Cualitativa nominal	Empleado público Empleado privado Albañil Chofer Empleada doméstica Cuenta propia Otra	Porcentaje	Ficha de identificación
Tipo de familia	Grupo de personas unidos por relaciones de filiación o de pareja	Cualitativa nominal	Nuclear Uniparental Ampliada Extendida Personas sin familia	Porcentaje	Ficha de identificación
Lugar de Residencia	Lugar en que la persona vive actualmente	Cualitativa nominal	Urbano Rural	Porcentaje	Ficha de identificación
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación	Cualitativa nominal	Ecuatoriana Extranjera	Porcentaje	Ficha de identificación

Fuente: Protocolo de Investigación
Elaborado por: Dr. José Sola

Anexo 5. Matriz de vaciamiento de datos

INFORMA NTES / TEMAS	Inform ante 01	Inform ante 02	Inform ante 03	Inform ante 04	Inform ante 05	Inform ante 06	Inform ante N	
Bloque 01								
-Tema 1.1								
-Tema 1.2								
-Tema n								
Bloque 02								
...								
...								
Bloque n								
...								

Fuente: Protocolo de Investigación
Elaborado por: Dr. José Sola

Anexo 6. Matriz de representación de datos y análisis



Anexo 7. Ideas núcleo – Wordle

