



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**“CONCEPCIONES CULTURALES SOBRE INSULINOTERAPIA DE  
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2”**

**T E S I S**

**Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública**

**PRESENTA:**

**Med. Cir. Kelvin Saldaña Valero**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**MCE. Lucila Patricia Acosta Ramírez**

**CO ASESORA:**

**MCE. Alicia García Barrón**

*Agradecimiento:*

*A Dios y la vida que me da la oportunidad de terminar esta etapa de mi vida, en compañía de mis seres queridos, a mi madre por haberme dado la vida y lo que soy, a mi esposa por brindarme su apoyo, comprensión y amor en todos estos años, a mis tres hijos Myriam, Kelvin y Joshua que son el soporte para ser cada día mejor y a las maestras Lucila y Alicia por la ayuda que me Brindaron en la elaboración de mi tesis.*

*“Demos gracias a los que nos hacen felices, ellos son los encantadores jardineros que hacen florecer a nuestros espíritus.”*

*Will Rogers*

## RESUMEN

**Objetivo.** Analizar las concepciones culturales de los pacientes con DM2 sobre insulino terapia para contribuir al diseño de programas preventivos en los servicios de salud de San Luis Potosí. **Material y Métodos.** Estudio exploratorio y transversal. La muestra se constituyó por 106 pacientes, clasificados en dos grupos de edad: 40 a 59 años y de 60 a más. La recolección de datos se efectuó en dos fases: listados libres y sorteo de montones; se aplicó análisis de consenso mediante factorización de los componentes principales y análisis dimensional a través de conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales. **Resultados.** Los hallazgos muestran consenso en las concepciones de los informantes con DM2, un dato relevante es que del total de términos, solamente señalaron cuatro con sentido positivo: "buena", "control", "la utilizaría" y "necesaria" y el resto (19) tiene connotación negativa. La organización conceptual de las dimensiones reveló consenso cultural. Se obtuvo un nivel de razón de 19.1 ello significa que hay alta concordancia en sus respuestas. Las dimensiones conceptuales obtenidas mediante análisis de conglomerados jerárquicos en el grupo de 40 a 59 años fueron: *buena, último tratamiento, temor, falta de información, mitos* y la concepción *necesaria* fue la más relevante; en el grupo de 60 a más, las categorías prevaecientes fueron *daño y temor*. Tales dimensiones tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados. (Stress menor a 0.28) **Conclusiones.** Es fundamental recuperar las concepciones del sujeto para lograr mejores resultados, pues aunque las recomendaciones del personal de salud estén debidamente sustentadas no obtendrán su cometido mientras se excluya al paciente como protagonista en decisiones relativas a su salud y enfermedad.

**Palabras clave:** Paciente diabético, concepciones culturales, insulina.

## Summary

### Cultural conceptions regarding insulin therapy in type 2 diabetic patients

*Objective.* Analyze de cultural conceptions of DM2 patients on insulin therapy in order to contribute to the design of prevention programs in the Health Services of San Luis Potosi. *Methods and Material.* Exploratory and transversal research. The sample included 106 patients, classified in two age groups: 40 to 59 years old and 60 and over. The data collection was done in two phases: free listing and cluster lots. A consensus analysis was applied using factorization of the main components and dimensional analysis through hierarchical conglomerates and multidimensional scales. *Results.* The hierarchical findings show consensus in the conceptions of the informants with DM2, a relevant fact is that from the totality of the terms, only four resulted in positive reaction: "good", "control," "would use it," and "necessary" and the rest (19) have negative connotation. The conceptual organization of the dimensions revealed cultural consensus. A ratio level of 19.10 was obtained, this means there is a high level of concurrence in their answers. The conceptual dimensions obtained through the hierarchical conglomerate analysis in the 40 to 59 age group were: good, last treatment, fear, lack of information, myths and the conception of necessary was the most relevant; in the 60 and over age group the prevailing categories were damage and fear. Such dimensions had adequate goodness of fit test values. (Stress less than 0.28) *Conclusions.* It is fundamental to recover the subject's conceptions in order to achieve better results. Although the health personnel's recommendations are supported correctly, they will not obtain their purpose if the patient is excluded as the main character in the decisions regarding his health and sickness.

**Key Words:** Diabetic patient, cultural conceptions, insulin.

# ÍNDICE

	PÁGINA
Resumen.....	i
Abstract.....	ii
Índice.....	iii
Índice de tablas y cuadros.....	iv
Índice de figuras y gráfico.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
I. JUSTIFICACIÓN.....	4
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Generalidades de diabetes mellitus tipo 2.....	9
2.2 Insulinoterapia.....	15
2.3 Importancia y fundamento de las concepciones culturales.....	20
III. OBJETIVOS.....	26
IV. METODOLOGIA.....	27
V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	34
VI. RESULTADOS.....	35
VII. DISCUSIÓN.....	54
VIII. CONCLUSIONES.....	60
IX. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES.....	62
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
ANEXOS.....	71
1. Operacionalización de Variables.....	72
2. Instrumentos.....	74

## Índice de cuadros y tablas

Número	Título	Página
Cuadro 6.1	Datos generales de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.	36
Cuadro 6.2	Tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.	37
Tabla 6.1	Tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 según grupo de edad en pacientes de los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.	38
Cuadro 6.3	Uso de insulina y pertenencia a grupos de ayuda mutua de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.	38
Cuadro 6.4	Listados libres sobre insulino-terapia de pacientes diabéticos tipo 2. Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río. Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.	40

Cuadro 6.5	Listados libres sobre insulino terapia de pacientes diabéticos tipo 2 de 40 a 59 años de edad. Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río. Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.	42
Cuadro 6.6	Listados libres sobre insulino terapia de pacientes diabéticos tipo 2 de 60 y más años de edad. Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río. Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.	43
Tabla 6.2	Clasificación en categorías de los listados libres sobre la palabra insulina	44
Tabla 6.3	Niveles de consenso cultural sobre el termino insulina (expresado en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal) San Luis Potosí, Noviembre de 2010	52

## Índice de Figuras y Gráfico

Número	Título	Página
Figura 6.1	Dimensiones del concepto de insulina por conglomerados jerárquicos de pacientes diabéticos. San Luis Potosí, México. Noviembre de 2010	48
Figura 6.2	Dimensiones del concepto de insulina por conglomerados jerárquicos en el grupo de diabéticos de 40 a 59 años de edad. San Luis Potosí, México. Noviembre de 2010	50
Figura 6.3	Dimensiones del concepto de insulina por conglomerados jerárquicos en el grupo de diabéticos de 60 y mas años de edad. San Luis Potosí, México. Noviembre de 2010	51
Gráfico 6.1	Escala multidimensional no métrica	53

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública en continuo ascenso en todo el mundo, se espera que en los próximos 25 años se incremente notablemente en la población mayor de 20 años, sobre todo en los países en desarrollo como México, donde el envejecimiento y la transición epidemiológica juegan un papel muy importante; a tal grado que el número de casos de este padecimiento se duplicara o triplicara de no tomarse medidas y estrategias acertadas. (1)

La DM2 es una enfermedad endocrina y metabólica caracterizada por un déficit parcial o total en la secreción de insulina. Tal déficit tiene múltiples y diversas consecuencias en el organismo, entre las que destaca la tendencia a la hiperglucemia, situación que requiere la aplicación de insulina, además del control estricto sobre la dieta y otras medidas que forman parte del plan integral de tratamiento. (2)

El estudio prospectivo de DM en el Reino Unido (UKPDS) demostró que la mayoría de los pacientes presenta un deterioro progresivo del control glicémico con relación al tiempo de evolución, y en su mayoría requerirán tratamiento con insulina aislada o en combinaciones con agentes orales, existiendo una relación directa entre el riesgo de complicaciones y los niveles de glicemia a lo largo del tiempo. (3)

Varios estudios, incluyendo el UKPDS, han confirmado un retardo en el inicio y progreso de complicaciones micro vasculares en pacientes diabéticos tipo 2 con insulino terapia intensificada, así como un mejor control de la hemoglobina glucosilada (Hba1c). (3, 4, 5)

En el caso del paciente con DM2, el control metabólico de la enfermedad depende de su comportamiento, de modo que en gran medida su evolución estará supeditada a la adhesión al tratamiento.

Sin embargo, existen diversas barreras para la adhesión al tratamiento en pacientes diabéticos, entre otras la complejidad del régimen, el importante cambio

en sus actividades cotidianas y el escaso conocimiento y habilidades para el manejo de la DM2. (2)

Martín y Grau señalan que en general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas y en las enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría hasta 45%. (6) Lauritzen–Zoffmann revelan los resultados del estudio DAWN (Diabetes Attitudes Wishes Needs) donde el 57 % manifestó resistencia a iniciar tratamiento con insulina, encontrándose similar percepción en la mitad de los profesionales de la salud. (7)

Por tanto, es de suma importancia que el paciente participe activamente en los programas de atención, con la finalidad de fortalecer sus capacidades para la toma de decisiones que le faciliten el control de su propia vida y le aseguren la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Lo anterior, implica un proceso de formación integral que incluya las dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreativa, sanitaria y espiritual para fortalecer al paciente diabético. De modo tal que pueda desempeñar un papel más activo en el cuidado de su salud y desarrollar aptitudes apropiadas y exitosas. Un paso para lograrlo de manera efectiva es mediante el conocimiento del significado y el sentido que estructura el paciente con relación al autocuidado de su padecimiento. (8)

Un enfoque empleado con el fin de analizar los patrones culturales a manera de modelos semánticos, es la teoría del consenso cultural (TCC) en la que se articulan la antropología, sociología y la psicología. La presente investigación muestra un acercamiento inicial enfocado al análisis de universos culturales de los pacientes con DM2 en torno a la insulinoterapia, mediante la TCC y el uso del programa Anthropac.

En tal sentido, se efectuó un estudio exploratorio, que permitió conocer las concepciones culturales que tienen sobre el tratamiento con insulina, esto coadyuvará en el diseño de programas educativos que favorezcan la modificación de los conceptos erróneos que tienen sobre la insulina y con ello promover su aceptación con la consecuente mejoría del control metabólico.

El informe de investigación incluye la justificación que contempla el planteamiento del problema, en la cual se aborda la magnitud y trascendencia de la DM, se incluye la importancia y prioridad que tiene su solución para los pacientes con DM2, las familias y la población en general.

En el marco teórico se consideran generalidades sobre la DM2, la insulino terapia; así como la importancia y fundamento de las concepciones culturales en torno a la insulina; también se señala el objetivo general y los específicos.

Un aspecto primordial de la investigación es la metodología, en la cual se especifica el tipo de estudio, el diseño metodológico, los límites, el universo, la muestra, las variables, los instrumentos para la recolección de datos, procedimientos y análisis estadístico utilizado.

Así mismo, se mencionan las consideraciones éticas y legales contempladas para la realización de este estudio; como aspecto fundamental se presentan los resultados y la discusión correspondiente, finalmente se especifican conclusiones, comentarios y recomendaciones.

## I. JUSTIFICACIÓN

En el programa de Diabetes Mellitus 2007-2012, se establece que las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan el 60% de las defunciones en todo el mundo y de estas la DM es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad (9)

La DM es una patología de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor desafío que enfrenta el sistema nacional de salud, tanto en lo relacionado con la prestación de servicios personales como en lo concerniente a las políticas de salud pública. Además de ser la primera causa de muerte, es el principal motivo de demanda de atención médica, una de las primordiales causas de hospitalización y el padecimiento que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas (alrededor de 20%). Actualmente más de 5 millones de personas mayores de 20 años cursan con esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece DM aumenta con la edad, después de los 50 años, la prevalencia supera el 20%. (10)

Más del 25% de las muertes que ocurren entre los 40 y los 60 años son consecuencia de este padecimiento, que en los últimos seis años ha crecido a un ritmo sostenido de 4% anual. Se calcula que de los más de cinco millones de diabéticos en el país, una buena proporción no sabe que padece esta enfermedad. (17)

En el estado de San Luis Potosí el incremento también fue paulatino, ocupando en el 2004 el segundo lugar en mortalidad general con una tasa de 51 por cada 100 000 hab., por debajo de la media nacional que para ese año fue de 63 por cada 100 000 hab. (9)

A pesar de que la DM puede ser diagnosticada fácilmente y de que existen cada vez más tratamientos disponibles para ayudar a las personas diabéticas a mantener bajo control sus niveles de glucosa, la mortalidad continua creciendo, de manera más marcada en hombres que en mujeres. Las cifras muestran que en 2004 murieron 15,000 personas más a consecuencia de las complicaciones generadas por la DM que en el año 2000. Esto es un reflejo de los problemas

ocasionados por el envejecimiento poblacional y la falta de un diagnóstico oportuno. (17)

El análisis conjunto de tres protocolos internacionales (UKPDS, DCCT y Kumamoto) demuestra de manera categórica que el equipo médico debe hacer énfasis en lograr la normalización de las variables clínicas y de laboratorio, a partir del momento en que se establece el diagnóstico, ya que es la única manera en la que se podrá mantener la salud del paciente y se logrará evitar las complicaciones crónicas degenerativas. (5)

Es claro que una de las principales tareas de los servicios de salud es mejorar la capacidad para realizar diagnósticos tempranos, lo cual favorecería el control de los niveles de glucosa, reduciría las complicaciones e incidiría positivamente en la tasa de mortalidad por esta causa.

La DM2 se ha asociado a una multiplicidad de condiciones tales como el proceso de envejecimiento, la genética, el medio ambiente y la cultura que interactúan de una manera compleja, dando como resultado un aumento impresionante de la enfermedad, particularmente en grupos sociales que han cambiado rápidamente del estilo de vida tradicional al moderno. Cabe señalar, que las dos primeras etapas de la historia natural de la DM2 son la predisposición genética y la hiperinsulinemia, las cuales podrían presentar un vínculo antropológico, ya que las tasas más altas se observan en poblaciones que han sido objeto de una modificación rápida del estilo de vida. (1)

La DM es una enfermedad progresiva con deterioro al paso del tiempo de la función y de la cantidad de las células beta. Un porcentaje alto de pacientes necesitarán de tratamiento con insulina en los siguientes 5-10 años después del diagnóstico. (18)

En un determinado momento de la historia natural de la DM es necesario el tratamiento con insulina por las variaciones relacionadas con su fisiopatología que plantea dos mecanismos responsables de progresión de la enfermedad: La resistencia a la insulina y la deficiencia progresiva de ésta. El objetivo de la prevención y tratamiento estará orientado a corregir ambos defectos. (3)

La insulinoterapia en la DM2 ha sido largamente considerada como el último recurso terapéutico. Sin embargo a la luz de los nuevos conocimientos ésta debería incorporarse más precozmente en el algoritmo del tratamiento. (11)

El UKPDS demostró que el 25 % de los pacientes en tratamiento con agentes orales a los 6 años requerían uso de insulina para lograr los objetivos planteados entonces. El progresivo deterioro de las células B en la historia natural de la enfermedad, sugieren un uso temprano de insulina para proteger a las células de la glucotoxicidad. El efectivo manejo de la DM puede disminuir significativamente las complicaciones microvasculares y extensivamente las macrovasculares, ambas así reducen la morbimortalidad de la DM. La experiencia clínica con terapia intensiva en el manejo de la DM2 ofrece evidencia convincente de los beneficios de la insulinización temprana. (11)

El número de muertes por DM en México, que desde 2001 aumenta a una tasa de 5 mil decesos más cada año, se reducirá hasta en un 50 % cuando se amplíe el porcentaje de pacientes tratados con insulina, pues hasta ahora sólo suman entre 3 y 5 %, mientras en muchos países representan 30 y hasta 40 %. (14)

El tratamiento con insulina se considera con frecuencia como una indicación compleja, se desconocen los tipos de insulina, las técnicas y los algoritmos de aplicación. Se tiene temor a la hipoglucemia y al aumento de peso. Algunos indican la insulina con la idea de un castigo por el mal cuidado personal y no se cambian los mitos que prevalecen en la población. Se proponen metas muy claras de control y sin embargo, son difíciles de alcanzar y de mantener en la vida diaria. (18)

También, los pacientes rechazan el tratamiento con insulina con base en creencias y algunos mitos tales como: la ceguera, el aumento de peso, el temor a las inyecciones, el sentirse mas mal, lo ubican como la etapa última de la enfermedad, que antecede a la muerte, entre otros. (3,29)

Es evidente que el paciente debe recibir una capacitación adecuada sobre su problema y la mejor forma de controlarlo; (5) con el propósito de que desempeñe un papel mas activo en el cuidado de su salud.

Ante los factores condicionantes de la DM2, se requieren programas de acción que incorporen el punto de vista del paciente y promuevan su participación en la prevención, tratamiento y control de esta enfermedad y sus complicaciones.

Para integrar al individuo en tales programas es importante partir de su sistema de significados culturales, donde se destaquen las dimensiones que jerarquizan valores y orientan prácticas sociales en torno a la prevención del padecimiento y su atención. (16)

Ello implica considerar, desde la óptica medica-socio-antropológica los valores, sentidos y significados que los pacientes le dan a su padecimiento y tratamiento. (19)

Una perspectiva utilizada para analizar sus patrones culturales como modelos semánticos, es la teoría del consenso cultural (TCC) en la que convergen la antropología, sociología y la psicología.

En la antropología cognitiva se entiende por dominio cultural al conjunto organizado de palabras o frases que en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica. (37)

Se parte de la hipótesis, de que en la niñez los individuos desarrollan ideas fundamentales y profundas que no suelen conocerse clara y explícitamente. Estas ideas, nombradas en psicología cognitiva como creencias centrales, son consideradas por las personas como verdades absolutas, tales creencias son estructuradas, rigen en sus conductas y pensamientos, lo que genera los denominados pensamientos automáticos, que se manifiestan mediante palabras o imágenes sobre una situación determinada y representan el nivel más superficial de la cognición. (19)

En el caso del paciente con DM2 se le involucra en los programas de atención, bajo el supuesto de ser un actor independiente en la capacidad de tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud;(8) esto daría pauta a que cuando se le prescribe la insulina decida aceptarla o rechazarla con base en sus concepciones culturales.

El desconocimiento de los significados y los sentidos que estructura la persona con relación al uso de la insulina, reduce la posibilidad de una planeación argumentada en la realidad y por tanto se podría disminuir la efectividad de los programas educativos que se dirigen al paciente. Esto repercutiría en el incremento de personas que no aceptan la insulina y en la aparición de complicaciones y muerte. Asimismo, se destaca que ante las diversas estrategias empleadas para el control de este problema prioritario, los datos más recientes muestran su alta prevalencia y el incremento en el número de adultos afectados por sus complicaciones. Lo que refleja que el cometido de tales acciones es aun insuficiente y demanda estudios desde la perspectiva de los individuos con DM2. Por tal motivo, el presente trabajo se dirigió a explorar cuales son sus concepciones culturales que subyacen en torno al tratamiento con insulina, pues el considerar su punto de vista permitirá contar con otros elementos para establecer bases mas firmes para el diseño de programas educativos con fines preventivos. Además de fundamentar los programas de capacitación de las instituciones de salud con el propósito de sensibilizar al personal medico y pacientes con DM2 sobre la prescripción y la aceptación de la insulina respectivamente.

Por tanto, las preguntas que guiaron el desarrollo de esta investigación fueron las siguientes:

1. ¿Cuáles son las concepciones culturales que tiene el paciente diabético tipo 2 sobre el uso de insulina?
2. ¿Se diferencian las concepciones culturales que tiene el paciente diabético respecto a la insulina según su edad y evolución de la enfermedad?
3. ¿Cuál es el grado de incorporación del conocimiento biomédico en las dimensiones culturales que tiene el paciente diabético sobre la insulina?

## II. MARCO TEÓRICO

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad progresiva que debe ser percibida de una manera dinámica, tanto en su manifestación clínica como en su tratamiento. El objetivo de éste consiste en lograr que las personas con DM alcancen las metas de control glucémico, incorporando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas a la vida cotidiana. (18)

Por tanto, el control glucémico implica un desafío para el actual modelo de atención de la DM2, donde se advierte la necesidad de plantear estrategias para su cuidado que garanticen servicios de calidad, sin soslayar el punto de vista del paciente con el propósito de desarrollar en el aptitudes adecuadas de autocuidado en promoción, prevención y tratamiento. Por tal motivo, es de suma importancia destacar la perspectiva y los significados de los enfermos en torno a su padecimiento y el tratamiento que conlleva, pues sin lugar a dudas cada sujeto experimenta e interpreta su enfermedad de distinta forma, valora su contexto social, económico y familiar para afrontarla y compensar sus consecuencias de la mejor manera.

Por consiguiente, en este apartado se describen la magnitud e impacto, factores condicionantes y etiológicos, complicaciones y acciones de promoción y prevención de la DM2. Así como el tratamiento que implica con énfasis en la insulino terapia; y finalmente los fundamentos teóricos relativos a las concepciones culturales a fin de destacar la necesidad de conocer las variaciones interculturales de los pacientes respecto al tratamiento con insulina.

### **2.1 Generalidades de la Diabetes Mellitus tipo 2**

La epidemia de la DM es reconocida por la OMS como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con DM y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la DM, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia. (20)

En los últimos 40 años la población mexicana transita de ser un país de gente joven, hacia otro con mayor proporción de adultos y adultos mayores. Tal incremento de población adulta repercutirá en una mayor prevalencia de DM2 y otras enfermedades crónico-degenerativas que no conducen a la muerte inmediata, pero involucran la prestación de servicios de salud con el consecuente impacto financiero. Es decir, se favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización debido a complicaciones. (1, 9)

En cuanto a número de defunciones por año, en México la DM ocupa el primer lugar, las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales. (21,22)

La DM comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian con una deficiencia en la acción de la insulina, con la consecuente elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayuno conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina. (23)

La DM2 se presenta entre 90-95% de los pacientes, en ellos existe deficiencia relativa de la producción pancreática de insulina con un componente de resistencia a la insulina. Es probable que existan muchas causas de este tipo de diabetes, aunque la etiología específica no es conocida, no ocurre destrucción autoinmune de las células beta. La mayoría de estos enfermos son obesos y la obesidad causa diferentes grados de resistencia a la insulina, con un predominio de distribución de grasa visceral importante. La presentación de cetoacidosis puede ocurrir y también se relaciona con situaciones de estrés o infecciones. Este tipo de diabetes habitualmente es diagnosticada muchos años después de que se

ha iniciado el mecanismo fisiopatológico, ya que la hiperglucemia se desarrolla de forma gradual y es habitual que el paciente no presente manifestaciones clásicas de la enfermedad. (18)

La hiperglucemia en la DM2 se debe a una combinación de factores como la predisposición genética, una dieta poco saludable, la inactividad física y el aumento de peso con distribución central, que producen complejos procesos fisiopatológicos. La DM2 se asocia con el desarrollo de daños orgánicos específicos a largo plazo producidos por la enfermedad microvascular (complicaciones diabéticas). Los pacientes con DM2 también presentan un alto riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y periférica. (24)

La DM2 ha sido considerada como una condición que puede ser controlada con dieta y actividad física desde su inicio, pero que posteriormente y conforme avanza la falla en la capacidad de secreción de insulina por el páncreas, es necesario utilizar fármacos hipoglucemiantes orales. Fármacos que promuevan la secreción de insulina (sulfonilureas), que mejoren la acción de la insulina en el hígado (metformina), que susciten la acción de la insulina en el músculo y en el tejido graso (tiazolidinedionas), o que retarden la absorción de los carbohidratos provenientes de los alimentos (acarbosea y miglitol). (4)

Por tanto, el tratamiento se fundamenta en la modificación del estilo de vida que incluya una alimentación saludable y la realización de ejercicio físico aeróbico, supresión del hábito tabáquico, entre otras medidas. Dentro de las opciones terapéuticas se incluyen: secretagogos de insulina como las sulfonilureas y meglitinidas, sensibilizadores de insulina como las tiazolidinedionas, metformina, inhibidores de la reabsorción de carbohidratos, potenciadores de incretinas y la insulina. (18)

En pacientes diabéticos con secreción de insulina aún moderada pero con difícil control, es factible utilizar combinaciones de fármacos orales. Sin embargo, en la mayoría de las personas con DM2, después de algún tiempo y sobre todo en aquellas con un estilo de vida desordenado, se presenta invariablemente una severa deficiencia de insulina, lo que obliga a utilizarla para su control.(4)

Desde hace muchos años sobre bases epidemiológicas y estudios clínicos retrospectivos, se estableció una relación causal entre la hiperglucemia crónica y las complicaciones vasculares de la DM2, tanto en su forma macro en el ámbito de arterias y arteriolas, como en la microcirculación capilar, las cuales generan costos catastróficos en el sistema de salud, incluyendo las siguientes manifestaciones: (5)

1. Neurológicas: accidente vascular cerebral es 2.5 veces más frecuente.
2. Oftalmológicas: retinopatía y cataratas son causa de ceguera en 20%.
3. Cardíacas: aterosclerosis, 30 a 60% de los pacientes con infarto son diabéticos.
4. Vasculares: gangrena, 30% de los casos termina en amputación.
5. Nefrológicas: insuficiencia renal está presente en 14% de los casos.

El estudio UKPDS demostró que cuando se hace el diagnóstico de DM2, los pacientes han perdido cerca del 50 % de la función de las células beta y quizá presenten evidencia de complicaciones relacionadas con la DM2. (12)

Desde la publicación en 1993 de los resultados del estudio de control de complicaciones de DM (DCCT) se ha demostrado que éstas pueden ser prevenidas en muchos de los casos, y cuando ya están presentes, su evolución y consecuencias pueden ser influenciadas positivamente con un mejor control glicémico. (4)

Entre los hallazgos más significativos del DCCT está la demostración de que una reducción de los niveles de glicohemoglobina de 2% representa una reducción en la progresión de las complicaciones microangiopáticas de cuando menos 50% en diabetes tipo 1. En su fase más reciente, denominada EDIC (*The Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications*), se confirmó que el beneficio obtenido en el DCCT no sólo persiste, sino que se amplifica durante los años, alcanzando mejoría de 80% al comparar a los pacientes de manejo intensivo con los de terapia convencional. Las nuevas recomendaciones de la *American Diabetes Association* (ADA) se han extendido a la DM2. (13)

Tanto en el estudio Kumamoto, como en el UKPDS sobre DM2, se menciona que al mejorar el control de la glucemia en pacientes diabéticos, se induce la reducción

de aproximadamente un 20% en el desarrollo ó progresión de complicaciones micro y macrovasculares, por cada 1% de reducción de la hemoglobina glucosilada A1c (HbA1c). Por lo que alcanzar dicho control a la brevedad permitirá utilizar diversas terapias según las características clínicas del paciente y las condiciones externas que le afectan. (4)

La prevención y control de la DM representa un reto para los responsables de la salud pública del país, ya que al igual que otras enfermedades crónicas es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación deficientes y el sedentarismo; los cuales sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad. (9)

La DM es una enfermedad progresiva con deterioro al paso del tiempo de la función y de la cantidad de las células beta. Un porcentaje alto de pacientes necesitarán de insulino terapia en los siguientes 5-10 años posterior al diagnóstico. Usualmente se sospecha de un pacto no hablado entre el médico y paciente, que prolonga más allá de lo adecuado el tratamiento con antidiabéticos orales. Se tiene evidencia de que el cambio a tratamiento con insulina se hace con HbA1c cercana al 9%. La terapéutica con insulina se considera con frecuencia como una indicación compleja, se desconocen los tipos de insulina, las técnicas y algoritmos de aplicación. Se tiene temor a la hipoglucemia y al aumento de peso. Algunos indican la insulina con la idea de un castigo por el mal cuidado personal y no cambian los mitos que hoy en día prevalecen. (18)

A partir de tal problemática en torno a la DM2 y sus complicaciones, es necesario establecer acciones innovadoras de prevención y control que permitan atenderla con esquemas de manejo integrado. Ello implica pensar en diferentes modelos de atención; así como contar con nuevas estructuras de organización que propicien mayor eficacia en la limitación de las repercusiones que conlleva este padecimiento. Las principales prioridades se ubican en: (9)

- ❖ El desarrollo y mejoramiento continuo de la estructura para la atención de la DM2 en el Sistema Nacional de Salud.

- ❖ Establecimiento de modelos innovadores para contribuir en la modificación de los determinantes a fin de reducir la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM2.
- ❖ Integración efectiva de los mecanismos de promoción para la salud y comunicación de riesgos como eje principal de la prevención y control de la DM2.
- ❖ Diseño e implementación de intervenciones y modelos innovadores basados en las mejores prácticas y evidencias científicas para garantizar la eficacia en el control metabólico.
- ❖ Coadyuvar a la modificación de patrones de consumo de alimentos con baja densidad energética, bajo contenido de grasa animal y sal, incremento de la actividad física, consumo de tabaco (activo y ajeno), así como moderar el consumo de alcohol, además del acceso y utilización de los servicios.
- ❖ Fortalecimiento de habilidades y competencias del personal de salud como estrategia para mejorar la calidad de la atención a los usuarios y garantizar la oportunidad y adherencia al tratamiento.
- ❖ Organización de los servicios de salud y creación de mecanismos rectores para mejorar la capacidad de respuesta institucional con el fin de brindar una mayor cobertura y atención integral a las personas con DM2; a fin de propiciar cambios en el comportamiento y la autonomía para el autocuidado de la salud.
- ❖ Ampliación y mejoramiento de la infraestructura de recursos humanos, financieros y de equipamiento en salud, así como garantizar el abasto oportuno y suficiente de medicamentos, particularmente en grupos vulnerables y en áreas de difícil acceso.
- ❖ Aumento de la cobertura de detección y control de pacientes con DM2 en las unidades del Sistema Nacional de Salud.
- ❖ Establecimiento de un sistema nacional de gestión e indicadores de seguimiento para verificar la eficacia y eficiencia del Programa en los distintos niveles de operación.

- ❖ Creación de una red nacional de Unidades Médicas Especializadas de Enfermedades Crónicas dirigidas al desarrollo de modelos que prioricen la atención integral y personalizada del paciente y su familia, así como el cambio en sus estilos de vida: alimentación y actividad física mediante un trabajo integral e interdisciplinario (Médicos, Nutriólogos, Psicólogos, Trabajo Social y personal de Enfermería) en diferentes escenarios.

Ante el potencial epidémico que muestra la DM2, es necesario replantear estrategias que impacten en su solución; sin soslayar que se involucra el comportamiento del paciente con DM2 y los factores que aporta el sistema de salud para su prevención y control.

Entre los aspectos relevantes que deben considerarse en torno a la atención de las personas con DM2 se ubican: la complejidad del régimen de tratamiento, las creencias erróneas sobre su salud y enfermedad, (25) el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional que en conjunto le impiden al paciente tomar control sobre su conducta. (26)

En tal sentido, es fundamental el rol que asume el individuo afectado, la aceptación de su padecimiento, los trastornos afectivos y de ansiedad que le genera, sin dejar de lado, las actitudes, creencias y las emociones que son determinantes a la hora de iniciar o intensificar las medidas terapéuticas, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento. (27)

Por tal razón el presente estudio, recupera las concepciones culturales de pacientes con DM2 respecto a la insulina, pues se piensa que es primordial que la educación para la salud contemple la realidad y la vivencia de los usuarios, ya que en muchas ocasiones la información se brinda en forma vertical, sin permitir su participación y sin considerar lo que ellos saben y lo que desearían saber. (28)

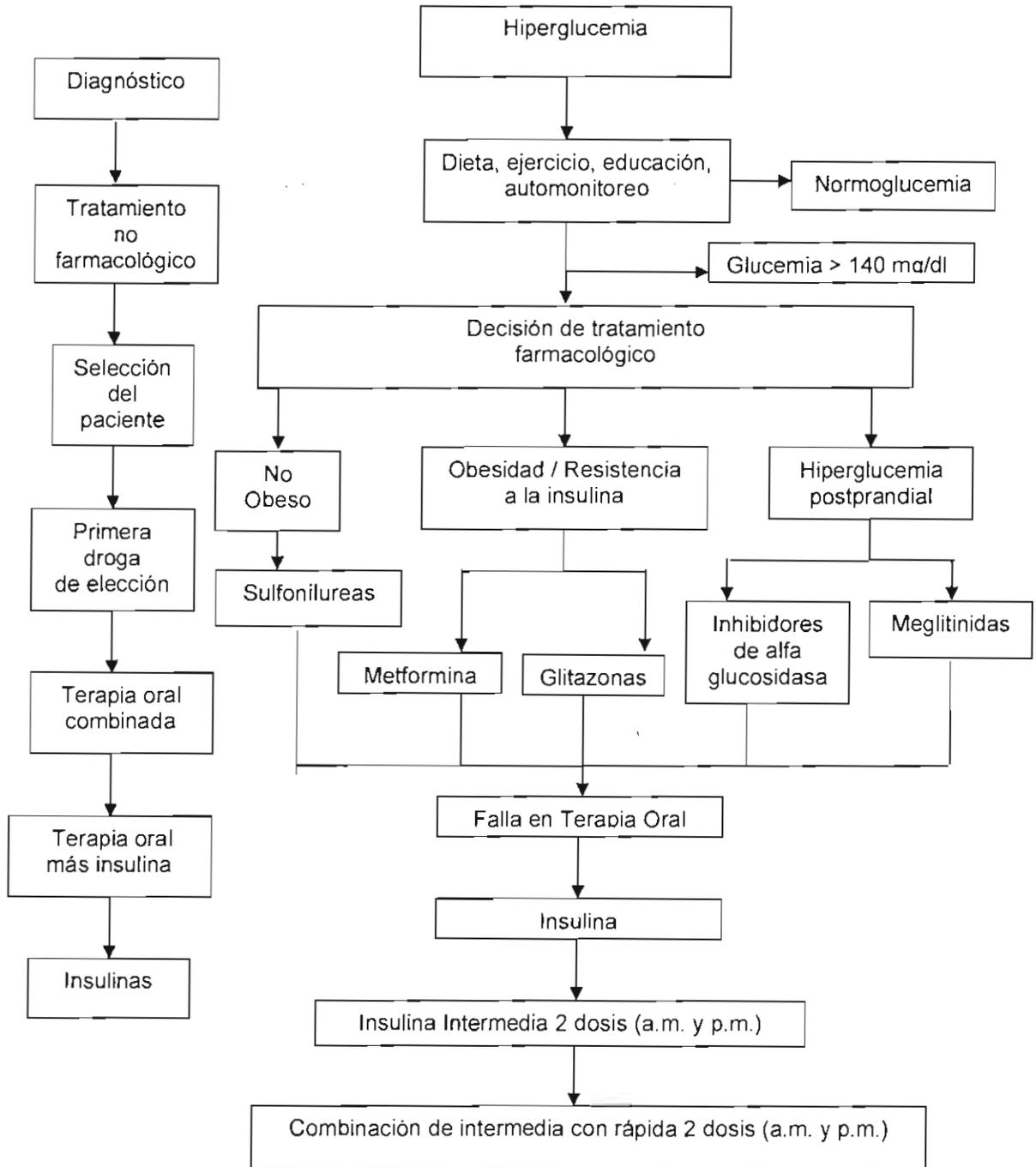
## 2.2 Insulinoterapia

Si bien los pacientes con DM2 no dependen de la insulina para vivir, un porcentaje alto de ellos requerirá insulina aislada o en combinaciones con agentes orales, pues la mayoría presenta un deterioro progresivo del control glucémico con relación al tiempo de evolución, existiendo una vinculación directa entre el riesgo de complicaciones y los niveles de glucemia al paso del tiempo. (3, 4,5)

Por tanto, para disminuir la morbimortalidad asociada a la enfermedad, es indispensable lograr la normalización de la glucemia y los factores de riesgo cardiovascular. La reducción de la probabilidad de desarrollar las complicaciones crónicas de la DM2 depende de la disminución de los valores de HbA1c, logrados por los pacientes en las intervenciones de tratamiento intensivo, incluida la insulinización oportuna, es decir, aquella iniciada en pacientes que no logran llegar a las metas de control metabólico en un lapso de tres meses, a pesar de estar recibiendo antidiabéticos orales en combinación a dosis máximas. (18)

Para el inicio de la insulinoterapia, es recomendable la inclusión de insulinas de acción basal (clasificación basada en su velocidad y duración de acción) que intentan reproducir la secreción basal de la insulina endógena, con la intención de cubrir la actividad de dicha hormona en los largos períodos interprandiales en una dosis nocturna, con un algoritmo de fijación de dosis con base en la glucemia de ayuno. Cabe comentar que los esquemas de tratamiento y las adecuaciones de éstos, se realizan individualizadamente en función de la situación específica de cada paciente, como se aprecia en la siguiente propuesta. (4, 18, 29)

### Algoritmo para el tratamiento de DM



El convencimiento del paciente sobre la necesidad de establecer un régimen terapéutico con insulina es prioritario para el logro de su aceptación y adherencia al tratamiento, apoyado con información básica sobre la farmacodinamia de las insulinas, el entrenamiento para su aplicación, automonitoreo de la glucemia, la prevención, identificación y manejo de la hipoglucemia. Respecto al automonitoreo de la glucemia capilar, cabe señalar algunas ventajas: (4)

- Muestra el comportamiento de la glucosa en diferentes horas del día y sus variaciones con las comidas, el ejercicio, enfermedades asociadas y con el estado emocional; por ello es un factor decisivo en la toma de decisiones diarias del propio paciente, como las siguientes:
- El ajuste de la dosis de insulina o hipoglucemiantes orales, la modificación de la alimentación y la regulación del ejercicio, con el fin de mantener el control glucémico proyectado.
- La toma de una decisión reflexiva respecto a la aplicación de insulina rápida ante infecciones, enfermedades intercurrentes o problemas emocionales severos.
- Favorece la comprensión de la DM y de su manejo, lo que posibilita la corrección de ideas equivocadas y un mejor del control del padecimiento.

De acuerdo con la evidencia científica, las personas con DM2 requerirán insulina en un momento de su vida, por tal razón es importante considerar los inconvenientes y barreras del paciente vinculados a la insulino terapia, pues son determinantes en la aceptación y apego al tratamiento. Enseguida se mencionan algunos de ellos:

- a) El rechazo a múltiples inyecciones, posiblemente asociado al dolor, a la dificultad para la dosificación, aplicación y apego al tratamiento a largo plazo. Además, para muchas personas las inyecciones de insulina, simbolizan el hecho de que están enfermos y dependen de la medicación.
- b) Temor a las hipoglucemias, incluso ante las que los pacientes logran corregir por sí mismos, pues generan molestias, interrupción del funcionamiento normal y sentimientos de vergüenza. La hipoglucemia

representa el desajuste más común en pacientes tratados con insulina, aún más frecuente con la insulino terapia intensificada, que entre otros elementos incluye múltiples inyecciones de insulina, o el uso de bombas de infusión. Sin embargo, con la incorporación de análogos (Glargina, Detemir, Lispro, Aspártica y Glulisina) se ha observado una disminución importante en la incidencia y severidad de hipoglucemias.

- c) El aumento de peso ocurrido durante la insulino terapia intensificada, debido al propio restablecimiento metabólico. En dicho incremento ponderal, también influye el edema por la insulina, alteración poco frecuente caracterizada por la retención sódica debida a una desregulación del sistema renina - aldosterona, que aparece especialmente en pacientes crónicamente descontrolados cuando reingresan al buen control metabólico. Aunque los motivos más comunes son los excesos alimentarios que se cubren con ajustes en la insulina y las hipoglucemias de repetición que obligan a ingerir carbohidratos en exceso. (3,29)
- d) La lipodistrofia hipotrófica e hipertrófica; la primera caracterizada por áreas con pérdida de tejido graso subcutáneo localizadas en las zonas de inyección de la insulina; y la segunda, generalmente ocasionada por el uso repetido de insulina en un mismo sitio de inyección y obedece a la actividad lipogénica de la insulina. (4)
- e) La resistencia a la insulina se relaciona con la inducción de anticuerpos, causante probable de complicaciones inmunológicas.
- f) Alergia, desde reacciones locales (pápula indurada, con prurito y eritema) hasta sistémicas (desde urticaria, hasta anafilaxia grave). Efectos que han disminuido importantemente a partir del uso de insulina humana. (18)
- g) Otro de los inconvenientes relacionados con la insulino terapia son alteraciones visuales temporales. (3)
- h) La atribución de propiedades medicinales a diversas plantas o productos de origen animal, conlleva a la sustitución del medicamento o a la disminución de la dosis. (30)

Ante los diversos inconvenientes, barreras o mitos en torno a la terapia insulínica, es importante enfatizar que las actitudes, creencias y emociones del paciente, juegan un papel relevante a la hora de mantener la resistencia para iniciar el tratamiento con insulina y representan una barrera para conseguir el control glucémico óptimo. El aprendizaje para superar estas barreras es un desafío prioritario en la atención actual de la DM2 que puede ayudar a mejorar aún más su control y la calidad de vida. (31)

Como lo mencionan López-Amador y Ocampo-Barrio, en el cuidado de estos pacientes es necesario considerar todos los puntos de vista sobre su realidad, a fin de dirigir la atención hacia sus creencias y prácticas, pues son ellos quienes viven la enfermedad y en pocas ocasiones se les toma en cuenta para buscar alternativas de solución a sus problemas. (32)

En este sentido, el presente trabajo aborda las concepciones culturales de los pacientes con DM2 en torno a la insulinoterapia, pues es necesario comprender que los sentimientos y comportamientos pueden interferir en la motivación y disposición para asumir los cambios en la vida diaria, que permitirán al paciente una mejor coexistencia con la DM, promoviendo la adopción de estrategias para su control. (28)

### **2.3 Importancia y fundamento de los dominios culturales**

Las enfermedades crónicas, entre ellas la DM2, han sido objeto de atención de los profesionales de la salud, han realizado incontables estudios clínicos, bioquímicos, farmacológicos, epidemiológicos y recientemente desde la biología molecular. Los criterios empleados son fundamentalmente de tipo biológico y cuantitativo, tales como la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, en décadas recientes se han incrementado los estudios, cuyo interés es la mirada de actores sociales sobre ciertas enfermedades crónicas y su atención. (33)

La ejecución de estudios de esta naturaleza en sujetos con enfermedades crónicas (DM2) adquiere gran relevancia, pues involucran a un porcentaje elevado

de la población; constituye un grupo con requerimientos constantes de atención médica y durante largos periodos de su vida. De esta forma, la cronicidad de su padecimiento los convierte en los receptores más habituales de los servicios de salud, cualquiera que sea su tipo y calidad. Por tanto, se asume que a ellos les correspondería, también manifestar su opinión y sugerencias sobre el rumbo de dichos servicios para garantizar la atención necesaria. (34)

Una de las exigencias para la obtención de mejores resultados es que el paciente con DM2 desarrolle aptitudes apropiadas y participe activamente en su autocuidado, un primer paso estriba en conocer cuales son los significados y sentidos que estructura en torno al tratamiento que implica su padecimiento.

Un enfoque que se ha utilizado con el propósito de analizar los patrones culturales a manera de modelos semánticos, es el de la teoría del consenso cultural (TCC) en la que confluyen la antropología, sociología y la psicología.

Se parte del supuesto de que en la infancia las personas desarrollan ideas fundamentales y profundas que no suelen conocerse clara y explícitamente. Tales ideas, denominadas en psicología cognitiva como creencias centrales, son consideradas por los individuos como verdades absolutas, pues creen que las cosas son así; tales creencias son estructuradas, rigen en sus conductas y pensamientos, lo que genera los denominados pensamientos automáticos, que se manifiestan mediante palabras o imágenes sobre una situación determinada y representan el nivel más superficial de la cognición. Asimismo, se proyecta recuperar la visión *emic* utilizada en antropología, para destacar a la concepción subjetiva de los sujetos ante los hechos, eventos o fenómenos que acontecen en el medio donde se desenvuelven. (19)

En función de lo anterior, esta investigación presenta un primer acercamiento encaminado al análisis de universos culturales de los pacientes con DM2 en torno a la insulinoterapia, mediante la TCC y el uso del programa Anthropac (35) a fin de identificar acciones que puedan mejorar la promoción, prevención y control de la DM2, de manera que se contribuya a reducir la morbimortalidad causada por este padecimiento.

En tal sentido, la cultura es entendida como conocimiento compartido de sistemas de significados y sentidos, comunicados mediante el lenguaje natural y otros sistemas de símbolos con funciones representacionales, directivas y afectivas; es decir la cultura es una serie de creencias y comportamientos aprendidos y compartidos, y creencias culturales son las creencias normativas de un grupo. (8, 36)

La teoría de consenso cultural (TCC) es una colección de técnicas analíticas y modelos que pueden ser usados para valorar las creencias culturales y el grado en que los individuos saben o reportan esas creencias. La TCC estima las respuestas culturalmente correctas a cualquier serie de preguntas (creencias de un grupo) y aprecia simultáneamente el conocimiento de cada informante o el grado en que comparten sus respuestas. Por tanto, en el contexto etnográfico, donde las respuestas a las preguntas no se saben, la TCC estima las respuestas apropiadas o correctas y las diferencias individuales en el conocimiento cultural. Tal teoría es un modelo formal del proceso de hacer y responder preguntas y esta limitado a datos de respuesta categórica. (36)

Según Weller, para el uso de la TCC se establecen las siguientes condiciones:

1. Cada informante debe emitir respuestas independientes. Lo que significa que las respuestas deben ser dadas de manera individual y no en grupos y sin consultar a otras personas. Los métodos de consenso no son apropiados para las entrevistas en grupo.
2. Las preguntas deben ser sobre un mismo tema y de igual grado de dificultad. La condición establece la homogeneidad y significa que los conceptos deben representar únicamente un tema o dominio de conocimiento.
3. En tercer lugar, la TCC aplica únicamente si hay una sola serie de respuestas a las preguntas. Esencialmente, esto significa que debe haber un nivel muy alto de consistencia (acuerdo) en las respuestas de los informantes. Un paso inicial para aplicar la TCC es probar que si existe un alto grado de acuerdo entre los informantes; se advierte que el análisis de

consenso no crea el consenso, únicamente evalúa el grado de consistencia presente.

A partir de lo anterior, el método de la TCC implica la existencia de un dominio cultural unificado como objeto de análisis, el cual representa una esfera conceptual, no convencional. En la antropología cognitiva se entiende por dominio cultural al conjunto organizado de palabras o frases que en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica. (37)

Según Weller y Romney, un dominio semántico es "un conjunto organizado de palabras, conceptos o frases, todas en el mismo nivel de contraste, que conjuntamente se refieren a un único ámbito conceptual". Por tanto, una regla para distinguir los dominios culturales de otras listas es que estos son de percepción y no de preferencia. Otra manera de explicarlo es que los dominios culturales tratan de elementos de "allá afuera" en la realidad, así que, por principio, las preguntas acerca de los miembros de un dominio tienen una respuesta correcta. En este sentido, los dominios culturales son experimentados como algo externo al individuo y se comparte a través de varios individuos. (38)

Se emplean tres técnicas básicas para que surjan los datos referentes a los dominios culturales. *La técnica de lista libre* usada primordialmente para que emerjan los elementos básicos del dominio. Los trabajos de *ordenamiento por grupo y triada* se aplican para que arrojen similitudes entre los términos, y para que surjan atributos que los describan. Asimismo, se utiliza la escala multidimensional para ilustrar gráficamente la estructura del dominio, y localizar la posición de cada vocablo en la estructura. Por lo tanto, un dominio cultural tiene una estructura interna, y es la posición de los términos dentro de la estructura lo que los distingue uno de otro y les da un significado único. (38)

En cuanto a los estudios realizados con estas técnicas, existen algunos trabajos que se interesan por incorporar la perspectiva de los individuos en los procesos de promoción de la salud, así como en los programas de prevención y control que prestan los servicios de atención médica. Los temas que abordan son diversos, se señalan a continuación sólo algunos que constituyen un marco referencial para

este trabajo, pues relacionan el proceso cognitivo de las personas, con sus respuestas conductuales.

Se ubica el trabajo desarrollado por Herrera-Suárez y cols denominado: Consenso Cultural sobre Alimentos en Adolescentes Embarazadas, cuyo objetivo fue caracterizar la estructura semántica y el nivel de consenso cultural que manifiestan las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa de un hospital, lo cual favorecerá el reforzamiento o modificación de su dieta. (39)

Otro estudio llamado concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México, realizado por Caballero y cols permitió explorar las dimensiones conceptuales del dengue, a fin de generar hipótesis sobre actitudes comunitarias relacionadas a campañas preventivas. (16) Asimismo, el trabajo efectuado por Lozano y cols cuyo propósito fue explorar las dimensiones culturales del VIH/Sida de 73 estudiantes adolescentes universitarios, a fin de identificar elementos para el diseño de programas preventivos. (19)

También se señala el trabajo realizado por García de Alba y Salcedo que aborda el dominio cultural en diabetes mellitus tipo 2, específicamente el consenso cultural sobre causas y complicaciones de la DM2 con pacientes de Tepic, Nay., y Guadalajara, Jal., en México. Entre sus conclusiones se destaca que el modelo biomédico no parece impactar en el dominio cultural de las causas de DM2, a pesar de la antigüedad en el diagnóstico; se confirma la relevancia de desarrollar programas comprensivos de atención y educación, que incorporen la cultura del enfermo. (40) Otro estudio descriptivo y comparativo, llevado a cabo por los mismos autores: Salcedo, García de Alba y Sevilla, nombrado dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México, describe el análisis de los principales elementos relacionados con este dominio; sus principales hallazgos muestran la distinta estructura semántica sobre la concepción del ejercicio entre los grupos de pacientes y la diferencia en el promedio de conocimiento cultural respecto al apoyo familiar para la salud del paciente y concluye que los estudios sobre el conocimiento del autocuidado y la promoción de la salud, en pacientes con DM2 pueden ayudar a confeccionar

programas educativos alternos, que tomen en cuenta a la salud/enfermedad y su atención como proceso bio-psico-socio-cultural. (8)

En el estudio denominado: dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos se muestra que la organización conceptual de las distintas dimensiones del bienestar tuvo consenso cultural. Los participantes mostraron una visión holística del concepto de bienestar, es decir presentan en su idea de bienestar la implicación de la totalidad de su ser como persona, de sus relaciones familiares, laborales y sociales, y no exclusivamente lo físico o fisiológico. (37)

En otro trabajo llamado atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 se identificaron las atribuciones que le dan al origen de la enfermedad y a la evolución de los síntomas; se observó gran diversidad de particularidades, entre los cuales sobresalió un susto, un disgusto intenso y la herencia genética. Se concluye que es muy importante que el personal de salud haga uso de las creencias y atribuciones del paciente con DM2 para lograr mayor éxito en la atención médica. (41) Asimismo, en el estudio realizado por S. Weller y cols referente al modelo de consensos culturales facilitó la evaluación de las creencias latinas sobre diabetes y su manejo; en general concluye que hubo concordancia entre estas creencias y el modelo biomédico, la variación en las respuestas tendió a caracterizar menos conocimiento o experiencia con DM y no creencias diferentes. (42)

Cabe señalar que este tipo de investigación exige el reconocimiento de múltiples realidades y trata de capturar la perspectiva del informante. De acuerdo con Fetterman, la documentación de múltiples perspectivas de la realidad, se considera crucial para entender el porqué la gente piensa y actúa de diferentes formas. (37)

Por tanto, este trabajo indaga las concepciones culturales del paciente con DM2 referentes al tratamiento con insulina, con el propósito de establecer bases firmes para el diseño de programas de promoción, prevención y control.

### III. OBJETIVOS

#### **Objetivo General**

Analizar las concepciones culturales de los pacientes con DM2 sobre la insulino terapia con el fin de contribuir al diseño de programas preventivos en los Servicios de Salud en el estado de San Luis Potosí.

#### **Objetivos específicos.**

1. Identificar los términos y dimensiones conceptuales concebidas por los pacientes diabéticos referentes al tratamiento con insulina.
2. Construir categorías sobre lo que expresa el paciente con DM2 respecto a la insulino terapia.
3. Generar hipótesis con base en la visión *emic* de los pacientes con DM2 sobre la terapia insulínica.
4. Equiparar las concepciones culturales sobre la insulino terapia entre los pacientes según el tiempo de evolución de la DM2.
5. Comparar las concepciones culturales sobre la insulino terapia entre los pacientes de los grupos de edad establecidos: 40 a 59 años y 60 a más años.
6. Valorar el grado de incorporación del referente biomédico en las concepciones culturales de los pacientes diabéticos.

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1 Tipo de Estudio.

El presente estudio es de tipo exploratorio y comparativo porque permitió conocer las concepciones culturales acerca de la insulinoterapia, presentes en los pacientes con DM2, a fin de generar algunas hipótesis sobre actitudes y creencias relacionadas con acciones preventivas. La comparación se estableció entre los grupos de edad de pacientes diabéticos: 40 a 59 años y 60 años a más, bajo el supuesto de que sus dominios conceptuales pueden diferir en función de la edad y de la evolución del padecimiento.

### 4.2 Diseño Metodológico

El diseño de la investigación es observacional, retrospectivo y en cuanto al número de mediciones de tipo transversal.

### 4.3 Limites de Tiempo y Espacio

**Tiempo:** El estudio se realizó a partir de enero de 2009 a septiembre del 2010, la recolección de la información se inició en febrero del 2010 en su primera fase; y la segunda fase de mayo a septiembre del mismo año.

**Espacio:** Se llevó a cabo en la Jurisdicción Sanitaria N° 1 que integra a 23 centros de salud, de los cuales se seleccionaron dos con base en la cobertura de población que atienden.

1. Centro de Salud de Santa María del Río, ubicado en Fray Diego de la Magdalena N° 80, Santa María del Río, SLP.
2. Centro de Salud de Villa de Reyes, localizado en Bustamante N° 8 Colonia Barrio de México, Villa de Reyes, SLP.

#### 4.4 Universo

El número de pacientes diabéticos de los Centros de Salud de Sta. María del Río y Villa de Reyes, son los siguientes:

Centros de Salud	N° de pacientes diabéticos en tratamiento	N° de pacientes de 40 a 59 años de edad	N° de pacientes de 60 a mas años de edad
Santa María del Río	306	231	75
Villa de Reyes	117	73	44
Total	423	304	119

#### 4.5 Muestra

##### **Tipo de muestreo.**

La muestra se determino por conveniencia a fin de elegir a los informantes diabéticos de los dos grupos de edad establecidos para este estudio, con la intención de contemplar ciertas variantes en las características de los participantes: de ambos sexos, distintas edades y diferentes experiencias con la enfermedad y su manejo.

##### **Tamaño muestral**

Se tuvo el cuidado de que los informantes en cada fase fueran al menos 23 por cada grupo de edad; aunque el número depende de la variabilidad de las respuestas, pues a mayor variabilidad se requieren más agrupamientos para tener mayor precisión en las respuestas e identificar las diferentes concepciones culturales según el grupo étnico. (38) Cabe señalar que en estudios que abordan los dominios culturales, no se requieren muestras grandes, pues la correlación

promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 o más); por ello se utiliza la tabla propuesta por Weller y Romney (36) que señala un tamaño mínimo de 23 informantes en grupos cuyo nivel de acuerdo es igual o mayor al 50%, con 95% de confiabilidad y 5% de error.

Es importante aclarar que la recolección de datos se efectuó en dos fases denominadas, listados libres y sorteo de montones, en las cuales algunos de los informantes participaron en las dos etapas, sin embargo la mayoría fueron diferentes. Por tanto, la muestra se constituyó por 106 elementos:

Informantes por grupo de edad	Listados libres	Sorteo de montones	Total
40 a 59 años	29	30	59
60 años a mas	24	23	47
Total	53	53	106

#### 4.6 Criterios de Estudio

##### **Inclusión.**

Pacientes con DM2 que cumplieron las siguientes condiciones:

- Participación voluntaria en la investigación
- Ubicados en los grupos establecidos de edad: 40 a 59 años, 60 a más años.
- Ambos sexos
- Control metabólico indistinto
- Plan de manejo del padecimiento diverso
- Independientemente de la comorbilidad y complicaciones relacionadas con la evolución del padecimiento.

### **Exclusión.**

- Todo paciente con DM2 con problemas para la comunicación oral y escrita.

### **Eliminación**

- Instrumentos con información incompleta y/o ilegible.

## **4.7 Variables**

Las variables socio demográficas consideradas se operacionalizan en el anexo 1

## **4.8 Instrumentos**

El primer instrumento incluyo datos sociodemográficos tales como: edad, género, estado civil, escolaridad y ocupación, además se pregunto sobre el tiempo de evolución del padecimiento y el uso de insulina. Enseguida se planteo el cuestionamiento respecto al dominio cultural de la insulino terapia a fin de obtener una lista libre de conceptos, frases o términos relacionados al tratamiento con insulina. (Anexo 2) Posteriormente se procedió a la técnica de sorteo de montones donde se le pidió al informante que construyera grupos de términos percibidos como similares o próximos, se empleo otro instrumento que contemplo los datos sociodemográficos antes descritos, las instrucciones para la organización de los grupos de términos que sean más semejantes o que tengan mayor relación entre sí, y por ultimo la indicación de que exprese bajo qué criterios clasifico los conceptos en grupos. Para ello, se utilizaron tarjetas de 10 por 14 cms aproximadamente, en donde se anoto cada término o concepto con letra negra de 16 puntos y atrás un código que solo conoce el investigador.

## **4.9 Procedimientos**

Primeramente se presento el protocolo de investigación ante los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UASLP y de los Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí, para su aprobación. Enseguida se realizaron las gestiones necesarias para obtener el permiso de las autoridades

correspondientes y solicitar la participación de los informantes seleccionados. En cuanto a las estrategias para la recolección de la información, se efectuó en dos fases mediante entrevistas semiestructuradas, la primera fase encaminada a la aplicación de la técnica de listados libres y la segunda al sorteo de montones. La recolección de información se realizó previa explicación de la importancia del estudio y sobre las instrucciones para la obtención de los datos solicitados en los instrumentos previstos. Cabe mencionar que en la presente investigación se respetaron las consideraciones éticas y legales durante su desarrollo. Es decir, se les explicó de forma clara y concisa los objetivos del estudio obteniéndose el consentimiento verbal, garantizándoles la confidencialidad y anonimato.

En la primera fase, el instrumento se aplicó a 53 informantes que cumplieron los criterios de inclusión determinados, por cada grupo de edad establecido.

Participaron pacientes diabéticos que acudieron a consulta e integrantes de los grupos de ayuda mutua en los centros de salud seleccionados; además en Santa María del Río, fue necesario realizar diez visitas domiciliarias en la localidad de Loma Bonita, ubicada a cinco minutos de la cabecera municipal, a fin de completar la muestra establecida.

La recolección sobre los listados libres consistió en pedirles que anotaran los términos relacionados con el dominio cultural del concepto referente a insulina. Enseguida se les solicitó que explicaran brevemente porque seleccionaron tales palabras.

Una vez que se contó con las listas de vocablos, se procesaron mediante el programa Anthropac 4.0 (35), con el propósito de ubicar la frecuencia de cada término y se procedió a la selección de un mínimo de 20 palabras de cada listado para la siguiente fase. (16, 19, 37, 40)

En la segunda fase, relativa al sorteo de montones se estableció otra muestra de 53 informantes (30 y 23 por cada grupo de edad) para la aplicación del otro instrumento que consistió en la agrupación de las tarjetas con los términos más parecidos obtenidos en la primera fase, sin importar el número de grupos que se

formaran. También, se les pidió que le dieran un nombre que identificara a cada montón.

#### **4.10 Análisis Estadístico**

El análisis estadístico de los datos sociodemográficos es descriptivo, las variables numéricas continuas se analizaron con media y desviación estándar; y las categóricas con frecuencia y porcentajes (edad, escolaridad, género, estado civil, ocupación, uso de insulina y tiempo de evolución de la enfermedad).

La información que se obtuvo en las dos fases de recolección se analizó mediante el programa Anthropac 4.0 (35) desarrollado por Borgatti, que ha sido utilizado como una herramienta de análisis lexicográfico, en este caso se empleó para conocer la frecuencia con que se mencionaron los términos, su porcentaje con relación al número de informantes, lugar promedio en que cada vocablo fue señalado y el coeficiente de importancia cultural (0-1) proveniente de la asociación de los parámetros anteriores.

Respecto al análisis estadístico de los datos recopilados a partir de la técnica de sorteo de montones, se realizó un análisis individual y grupal.

Las matrices de los valores individuales fueron analizadas a través del modelo de consenso cultural, es decir se valoró si cada individuo organiza de manera muy parecida los conceptos, traducido en el valor de la homogeneidad expresado en una razón que si es igual o mayor a 3 representa consenso de grupo; en tanto, que si es menor a 3, significa que el grupo es heterogéneo.

Con relación a las respuestas grupales, en donde los informantes concentraron los términos dentro de distintas categorías o dimensiones, se aplicó el análisis de conglomerados jerárquicos, el cual asigna palabras a dimensiones conceptuales según la semejanza percibida por los participantes. Esta semejanza entre los términos se expresa en una gráfica de diagrama de árbol con grados de correlación:

- Fuerte 1.0 – 0.75
- Moderado 0.74 – 0.50

- Débil 0.49 – 0.25
- Mínimo 0.24 – 0.0

Así mismo, se analizó la similaridad de los conglomerados mediante escalas multidimensionales no métricas, estimando el valor del stress como medida de bondad de ajuste respecto a la verosimilitud de la representación de los conglomerados. El presente estudio consideró un valor de corte de stress, propuesto por Sturrock & Rocha (43) menor a 0.28 para una representación de 20 términos, lo que explica la correspondencia entre pares de objetos contemplados en el mapa cognitivo. (16, 19, 37, 40)

## V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Este estudio que contemplo la participación de pacientes con DM2 que acudieron a los centros de salud seleccionados para la investigación; se apego a la Ley General de Salud de México en su Título Quinto, Capítulo Único, Art. 100 referente a la investigación en seres humanos; en sus apartados III y IV, la cual señala que podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no se expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto y que se deberá contar con su consentimiento informado. (44) Lo anterior coincide con la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí en su Artículo 84, fracciones III y IV. (45)

Además se consideraron los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, primordialmente donde señala que: "Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados". (46) También menciona que siempre debe respetarse el derecho de los participantes a proteger su integridad. Tomar toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.

Otro aspecto sumamente relevante, es que cada individuo recibió la información adecuada acerca de los objetivos, métodos, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas de su participación. Las personas fueron informadas del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que los individuos comprendieron la información, se obtuvo el consentimiento verbal y voluntario de los participantes.

## VI. RESULTADOS

### 6.1 Descripción de los sujetos de estudio

El grupo estudiado estuvo integrado por 106 pacientes con DM2 que acudieron a consulta, o bien a alguna sesión de los grupos de ayuda mutua en los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río, San Luis Potosí. Además, fue necesario realizar algunas visitas domiciliarias, con base en el censo nominal de pacientes diabéticos a fin de completar la muestra.

Los participantes se clasificaron en dos grupos de edad, uno de 40 a 59 años con 60 personas y el otro de 60 a más años constituido por 46 informantes, siendo el promedio de edad de 56.7 años con una desviación estándar de  $\pm 10$ .

En cuanto al género, predominaron las mujeres con un 92% lo que coincide con la ocupación preponderante referente a labores del hogar con 89.6%. Asimismo, el estado civil sobresaliente fueron los casados con 86.8% y con menor porcentaje los solteros (2%).

Respecto a la escolaridad se encontró que el 54.7% de los participantes contaron con educación primaria completa y el 18.9% (20 personas) refirieron ningún estudio. (Cuadro 6.1)

**Cuadro 6.1**

**Datos sociodemográficos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.**

<b>Variables</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b> X=56.7 ± 10.0 años		
40 a 59 años	60	56.6
60 a más años	46	43.4
<b>GÉNERO</b>		
Femenino	98	92.4
Masculino	8	7.6
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Ninguna	20	18.9
Primaria	58	54.7
Secundaria	18	17.0
Bachillerato	10	9.4
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	92	86.8
Viudo	6	5.6
Separado	6	5.6
Soltero	2	2.0
<b>OCUPACION</b>		
Labores del hogar	95	89.7
Comerciante	3	2.9
Empleado	3	2.9
Chofer	1	0.9
Albañil	1	0.9
Jornalero	1	0.9
Jubilado	1	0.9
Desempleado	1	0.9

**Fuente:** Instrumentos de listados libres y sorteo de montones

n=106

También es importante señalar el tiempo de evolución de la DM2 en el grupo estudiado, en el que destaca un lapso menor a 5 años con un 38.7 % y de 5 a 10 años el 29.2%, lo que en suma representa que el mayor número de personas (72) cuentan con una evolución menor a 10 años (67.9%); asimismo cabe hacer notar que el 28.3% del grupo tiene de 11 a 20 años con esta enfermedad. (Cuadro 6.2) Otro dato primordial es que en el grupo de edad de 40 a 59 años, el 15.0% refirió más de 10 años de evolución del padecimiento y en los mayores de 60 años se ubica el 54.3% con un tiempo mayor de 10 años. (Tabla 6.1)

### Cuadro 6.2

**Tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.**

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DM2	Nº	%
< 5 años	41	38.7
5-10 años	31	29.2
11-15 años	19	17.9
16-20 años	11	10.4
21 y mas años	4	3.8

**Fuente:** Instrumentos de listados libres y sorteo de montones  
n=106

**Tabla 6.1**  
**Tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 según grupo de edad en**  
**pacientes de los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río,**  
**Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.**

EVOLUCION DE LA DM2	GRUPO DE EDAD			
	40 a 59 años		60 años a mas	
Lapsos de Tiempo	N°	%	N°	%
< 5 años	32	53.3	9	19.6
5-10 años	19	31.7	12	26.1
11-15 años	5	8.3	14	30.4
16-20 años	3	5.0	8	17.4
21 y mas años	1	1.7	3	6.5

**Fuente:** Instrumentos de listados libres y sorteo de montones  
n=106

Otros aspectos relevantes se refieren a la utilización de insulina por parte de los informantes, en donde sobresale que el 73.6% no emplea insulina para el tratamiento de la DM2; y sobre su participación en los grupos de ayuda mutua el 56.6% menciona no hacerlo. (Cuadro 6.3)

**Cuadro 6.3**

**Uso de insulina y pertenencia a grupos de ayuda mutua de los pacientes con**  
**diabetes mellitus tipo 2 de los Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa**  
**María del Río, Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.**

Uso de insulina	N°	%
Sí	28	26.4
No	78	73.6
<b>Pertenencia a grupos de ayuda mutua</b>		
Sí	46	43.4
No	60	56.6

**Fuente:** Instrumentos de listados libres y sorteo de montones

n=106

## 6.2 Primera Fase de Listados Libres

En el cuadro N° 6.4 se presentan las palabras o frases mencionadas con mayor frecuencia por los 53 informantes, al preguntarles sobre lo que piensan al escuchar la palabra insulina. Se obtuvieron 26 términos o frases una vez que se procesaron con el programa Anthropac, encontrándose que los vocablos "*buena*" y "*control*" se mencionaron con la misma frecuencia, es decir, con 40% cada uno. También se presenta el índice de importancia cultural que pondera la relevancia de cada término respecto al total de palabras mencionadas por los pacientes diabéticos.

Las cinco palabras de mayor importancia cultural sobre insulina son "*Buena*", le sigue "*control*" posteriormente "*Ceguera*", "*Miedo*" y por último "*Enfermedad avanzada*", cuando se da expresión al significado de las palabras se observa que en los vocablos con connotación positiva, comentan que la insulina es buena porque "*Mejora la salud*," "*controla la glucosa*", "*produce mejoría*", "*hace bien*", "*es indispensable pues ayuda a sobrellevar la enfermedad*". Las palabras negativas son que la aplicación de insulina "*causa ceguera*," "*miedo a la inyección*" y "*Enfermedad Avanzada*" pues perciben que la insulina solamente se indica cuando el padecimiento está en la etapa final o como última opción de tratamiento, o bien, porque piensan que solo se administra a los que están muy graves o cuando la muerte esta cerca.

Respecto al lugar promedio en que se enunciaron los términos, aparecen en los primeros lugares los vocablos negativos tales como: "*enfermedad avanzada*", "*último medicamento*", "*temor*", "*miedo*" y "*daño*"; excepcionalmente se menciona en sentido positivo la palabra "*buena*", en el lugar 1.857. (Cuadro 6.4)

Cuadro 6.4

Listados libres sobre insulino terapia de pacientes diabéticos tipo 2. Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río. Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.

N°	Términos	N°	%	Lugar Promedio	Importancia Cultural
1	Buena	21	40	1.857	0.289
2	Control	21	40	2.048	0.272
3	Ceguera	20	38	2.550	0.220
4	Miedo	14	26	1.857	0.198
5	Enfermedad Avanzada	12	23	1.250	0.208
6	Ultimo medicamento	10	19	1.700	0.151
7	Daño	10	19	1.900	0.134
8	Le falta Información	9	17	2.111	0.113
9	La utilizaría	6	11	2.167	0.066
10	Temor	5	9	1.800	0.069
11	Afecta al Riñón	4	8	2.750	0.038
12	Molestias	4	8	2.250	0.046
13	Medicamento de por vida	3	6	2.333	0.031
14	Costosa	3	6	2.667	0.022
15	Necesaria	2	4	2.000	0.025
16	Inyección	2	4	2.500	0.019
17	Mitos	2	4	4.000	0.016
18	Muerte	2	4	5.500	0.009
19	Infarto Cerebral	1	2	4.000	0.009
20	Aumento de peso	1	2	3.000	0.006
21	Resignación	1	2	4.000	0.005
22	Amputación	1	2	3.000	0.013
23	Falta de medicamento	1	2	3.000	0.006
24	Disciplina	1	2	2.000	0.013
25	Rechazo	1	2	3.000	0.006
26	Problemas cardiacos	1	2	5.000	0.006

Fuente: Instrumento de listados libres n=53

En los cuadros 6.5 y 6.6 se especifican los listados libres sobre la insulino terapia de pacientes diabéticos por grupos de edad, el primero de 40 a 59 años y el segundo de 60 años a más.

Los primeros tres términos más mencionados de acuerdo al porcentaje de frecuencia e índice de importancia cultural coinciden en ambos grupos: "control", "ceguera" y "buena". Al preguntarles el porque de la palabra ceguera comenta alguno de ellos "que se le iba acabar la vista más pronto"; "es buena porque mejora la salud"; otros señalaron control porque "reduce la glucosa" y "no se puede controlar con otro medicamento solo con ese".

Las palabras que le siguen son diferentes, pero coinciden en su connotación negativa: "enfermedad avanzada" y "miedo" en el grupo de 40 a 59 años de edad, mientras que en el de 60 a mas años, fueron "falta de información" y "daño", entre otras, una persona dice que "no me han informado que existe la insulina" y el daño lo perciben porque "desgasta mas al organismo".

Un dato relevante en ambos grupos de edad, es que del total de términos mencionados, solamente señalaron cuatro palabras con sentido positivo: "buena", "control", "la utilizaría" y "necesaria" y el resto de vocablos (19) tienen connotación negativa.

En el grupo de 40 a 59 años de edad, el termino "buena" tuvo el mayor índice de importancia cultural, con 0.351, uno de los informantes la concibe así porque "he visto personas que son diabéticas y la usan y las veo que están bien," le siguen los vocablos "control" (0.310) y "enfermedad avanzada" con 0.305. Respecto al grupo de 60 años y más, las palabras con mayor relevancia cultural fueron con el mismo índice (0.226) "ceguera" y "control" y "buena" con 0.215. (Cuadros 6.5 y 6.6)

Cuadro 6.5

Listados libres sobre insulino terapia de pacientes diabéticos tipo 2 de 40 a 59 años de edad. Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río. Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.

N°	Términos	N°	%	Lugar Promedio	Importancia Cultural
1	Control	14	48	2.286	0.310
2	Ceguera	13	45	2.923	0.216
3	Buena	13	45	1.692	0.351
4	Enfermedad Avanzada	9	31	1.111	0.305
5	Miedo	9	31	2.222	0.201
6	Ultimo medicamento	7	24	1.857	0.184
7	Daño	5	17	2.000	0.124
8	Temor	3	10	2.000	0.069
9	Falta Información	3	10	2.000	0.080
10	Medicamento de por vida	2	7	3.000	0.023
11	Molestias	2	7	2.000	0.046
12	Afecta el Riñón	2	7	3.000	0.029
13	Muerte	1	3	5.000	0.011
14	La utilizaría	1	3	2.000	0.026
15	Aumento de peso	1	3	3.000	0.011
16	Disciplina	1	3	2.000	0.023
17	Mitos	1	3	6.000	0.006
18	Resignación	1	3	4.000	0.009
19	Costosa	1	3	3.000	0.011
20	Necesaria	1	3	3.000	0.011
21	Inyección	1	3	2.000	0.023

**Fuente:** Instrumento de listados libres

n=29

Cuadro 6.6

Listados libres sobre insulino terapia de pacientes diabéticos tipo 2 de 60 y más años de edad. Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río. Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.

N°	Términos	N°	%	Lugar Promedio	Importancia Cultural
1	Buena	8	33	2.125	0.215
2	Control	7	29	1.571	0.226
3	Ceguera	7	29	1.857	0.226
4	Le falta información	6	25	2.167	0.153
5	Daño	5	21	1.800	0.146
6	La utilizaría	5	21	2.200	0.115
7	Miedo	5	21	1.200	0.194
8	Ultimo medicamento	3	13	1.333	0.111
9	Enfermedad avanzada	3	13	1.667	0.090
10	Costosa	2	8	2.500	0.035
11	Afecta el riñón	2	8	2.500	0.049
12	Molestias	2	8	2.500	0.045
13	Temor	2	8	1.500	0.069
14	Necesaria	1	4	1.000	0.042
15	Mitos	1	4	2.000	0.028
16	Infarto cerebral	1	4	4.000	0.021
17	Muerte	1	4	6.000	0.007
18	Falta de medicamento	1	4	3.000	0.014
19	Inyección	1	4	3.000	0.014
20	Amputación	1	4	3.000	0.028
21	Medicamento de por vida	1	4	1.000	0.042
22	Rechazo	1	4	3.000	0.014
23	Problemas cardiacos	1	4	5.000	0.014

**Fuente:** Instrumento de listados libres

n=24

Asimismo, las palabras mencionadas por los informantes con mayor frecuencia se clasificaron en tres categorías: (tabla 6.2)

- a) Elementos descriptivos del concepto de Insulina, a su vez clasificados en léxico, correspondiente a sinónimos del término, composición referente a los elementos que conforman el concepto de insulina y vecindad que comprende a otras palabras relacionadas.
- b) Prácticas, clasificadas en acciones y funciones del termino insulina
- c) Atributos relativos a adjetivos calificativos.

Tabla 6.2

Clasificación en categorías de los listados libres sobre la palabra insulina

Categorías	Clasificación de términos
<b>ELEMENTOS DESCRIPTIVOS</b>	
- Léxico	Inyección
- Composición	Ceguera Enfermedad Avanzada Muerte Afecta al riñón Amputación Rechazo Problemas cardiacos Infarto cerebral Temor La utilizaría
- Vecindad	Falta de información Disciplina Mitos Resignación Falta de medicamento

<p>PRACTICAS</p> <p>Clasificadas en acciones y funciones</p>	<p>Control</p> <p>Aumento de peso</p> <p>Molestias (efectos secundarios)</p>
<p>ATRIBUTOS</p>	<p>Buena</p> <p>Daño</p> <p>Medicamento de por vida</p> <p>Ultimo medicamento</p> <p>Costosa</p> <p>Necesaria</p>

En la tabla 6.2 se observan 16 términos clasificados en los elementos descriptivos, 3 vocablos como prácticas y 6 ubicados en la categoría de atributos.

En la categoría descriptiva correspondiente a léxico o sinónimos de la insulina solamente se ubico el vocablo inyección, a partir de que se hace referencia a la presentación del producto y la forma en que se aplica, pues una de las participantes comento: *“Con ella se pone la insulina”*. En lo que se refiere a composición se incluyen términos que implican repercusiones adversas para el organismo; así como la aceptación, el temor y la renuencia hacia este tratamiento. Cabe destacar las expresiones de algunos de los informantes tales como: *“mi padre era diabético y se estuvo poniendo insulina luego fue que perdió la vista”*; *“se quedan ciegas, he oído que la persona que esta empleando la insulina le empieza a fallar la vista”*; otra persona comento que *“no tiene retroceso la enfermedad, y ya es lo último”*; *“grado mas alto de enfermedad, porque ya no me hace la medicina y uno ya esta mas enfermo”*; *“me la han recetado y no me la aplico”*; *“la utilizaría si me la recetan”*; entre otros comentarios de los participantes. En la subcategoría de vecindad se incluyeron términos que pueden estar relacionados con el vocablo de insulina, como falta de información, disciplina, mitos, resignación y falta de medicamento; respecto a estos los entrevistados enuncian las siguientes afirmaciones: *“no me han informado que existe la insulina”*; *“ hay que cumplir las indicaciones, llevarlas al pie de la letra”*; *“muchas*

*personas dicen que es malo ponérsela”; “no hay remedio cuando las pastillas ya no funcionan y por eso ponen la insulina”*

En cuanto a la categoría de prácticas clasificadas en las acciones y funciones de la insulina se consideraron términos tales como: *control, aumento de peso y molestias*, entendidas como efectos indeseables de la insulina. Uno de los pacientes menciona *“reduce el azúcar y me siento bien”* al preguntarle porque refería la palabra control; otros señalan que al aplicarse la insulina *“aumente de peso”; “me engorda”* y refieren diversas molestias al aplicársela: *“me la pusieron y me salieron bolitas”, “se me nubla la vista”, “me mareo”, “me siento débil”*, entre otras expresiones.

Con relación a la categoría de atributos asociados con la insulina se ubicaron las siguientes palabras: *buena, daño, medicamento de por vida, ultimo medicamento, costosa y necesaria*. Los informantes señalaron entre otras acepciones: *“es buena para la salud”, “daña al organismo”, “ultimo medicamento”, “medicamento para siempre”, “cuando no me la surten se tiene que comprar y es cara”; “es necesaria porque el cuerpo la necesita”, “es un medicamento que necesita el páncreas”*.

### **6.3 Segunda Fase: Sorteo de Montones**

La segunda etapa también se llevo a cabo en los centros de salud de Santa María del Río y Villa de Reyes, ubicados en los municipios del mismo nombre.

Este procedimiento se efectuó seleccionando las primeras 20 palabras de los listados libres, se anotaron en 20 tarjetas y los informantes las organizaron en grupos de términos que fueran mas semejantes o con mayor relación entre si, además de darle un nombre a cada montón.

En la figura 1 se presentan las dimensiones conceptuales obtenidas mediante análisis de conglomerados jerárquicos en el total de informantes con DM2 (53 participantes). La dimensión denominada *beneficiosa* incorpora las bondades de la insulina para el control de la diabetes, incluso se manifiesta la necesidad del uso permanente de este medicamento; así como la disposición para su utilización cuando fuera necesaria. Respecto a lo anterior algunos pacientes señalan lo

siguiente: *"es un medicamento de por vida y necesario"; "porque es la única solución que hay para poder andar controlada"; cuando las pastillas ya no nos controlan debemos de inyectar la insulina para un magnifico control"; "para vivir mejor"; "es buena porque reemplaza a la insulina que nos falta"*.

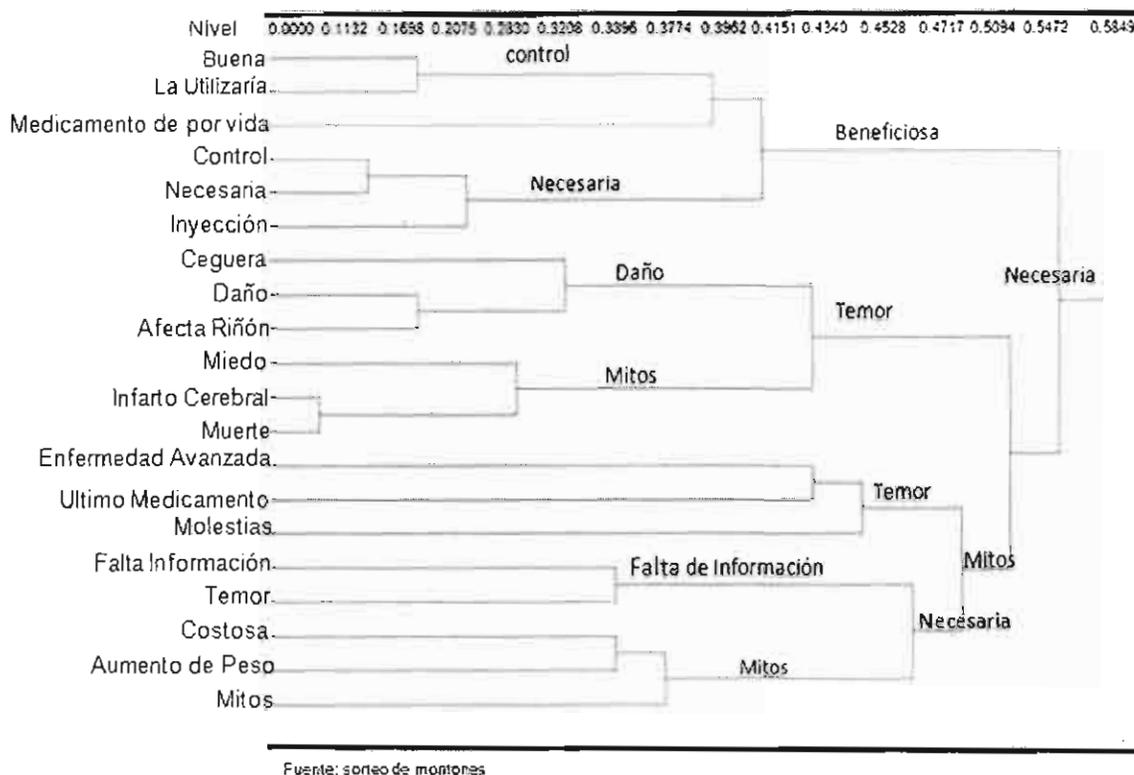
Con relación a la dimensión de *temor*, se hizo referencia a la muerte, a los daños traducidos en ceguera, afección del riñón, infarto cerebral, entre otros; que algunos pacientes los relacionan con la falta de control de la diabetes, y otros los atribuyen propiamente a la administración de insulina; referido mediante las siguientes expresiones: *"pienso que la insulina daña"; "no porque molesta y tomarla afecta a otra cosa de mi cuerpo, siempre daña a la salud pero si la recetan la utilizaría"; "afecta la vista"; "complicaciones por no control de la enfermedad"; "complicaciones por falta de la insulina"; "la enfermedad daña al cuerpo y llega la muerte si no la utilizamos"*; cabe señalar que las tres ultimas concepciones se enfocaron hacia el temor por las complicaciones de la enfermedad y no por el uso de la insulina y se advierte que reconocen las bondades de este medicamento para el control de la DM2.

La dimensión de *mitos* engloba las categorías de *temor* y *falta de información*, pero llama la atención que la subdimensión de *necesaria* fue reiterada continuamente. Por ejemplo, algunos daños se argumentaron en diversos mitos manifestados a través de las siguientes frases: *"temor por lo que dice la gente que produce: ceguera y daño al riñón"; "porque he escuchado muchas cosas de la insulina"; "son mitos con que la gente cuenta por falta de información"; "porque en el conocimiento los doctores no nos han ayudado mucho"; "por temor a lo que dice la gente que produce"; "porque creo que nos falta información"; "según dicen la insulina causa todas estas molestias"; "me falta información para poder vencer al miedo"; "falta información por el medico"; "de que hace mal es un mito"; "a través de una buena fuente de información se pueden enmendar estos mitos"; muchas personas por desconocimiento y por creer en los mitos no se la aplica y muere"; "cuando no estamos informados tenemos miedo"*.

Cabe señalar que un total de 27 participantes(51%) mencionaron la falta de información respecto a la insulina, como factor condicionante de sus temores, miedos, falsas creencias, rechazo al medicamento, abandono del tratamiento, entre otras.

Asimismo, es relevante citar que 34 pacientes (64.1%) refirieron la necesidad del empleo de la insulina, por considerar su utilidad para el control de la DM2, algunos de ellos comentaron por ejemplo: *"la insulina nos ayuda a llevar una vida mejor"; "es buena porque reemplaza a la insulina que nos falta"; "los daños son porque no llevamos nuestro control con la insulina y nos lleva a la muerte"; "la insulina nos ayuda para la salud"; "se debe de considerar necesaria su aplicación para un mejor control"; "si no nos ponemos insulina la diabetes nos produce daño, incluso la muerte"*.

Figura 6.1  
Dimensiones del concepto insulina por conglomerados jerárquicos de pacientes diabéticos  
San Luis Potosí, México, noviembre 2010



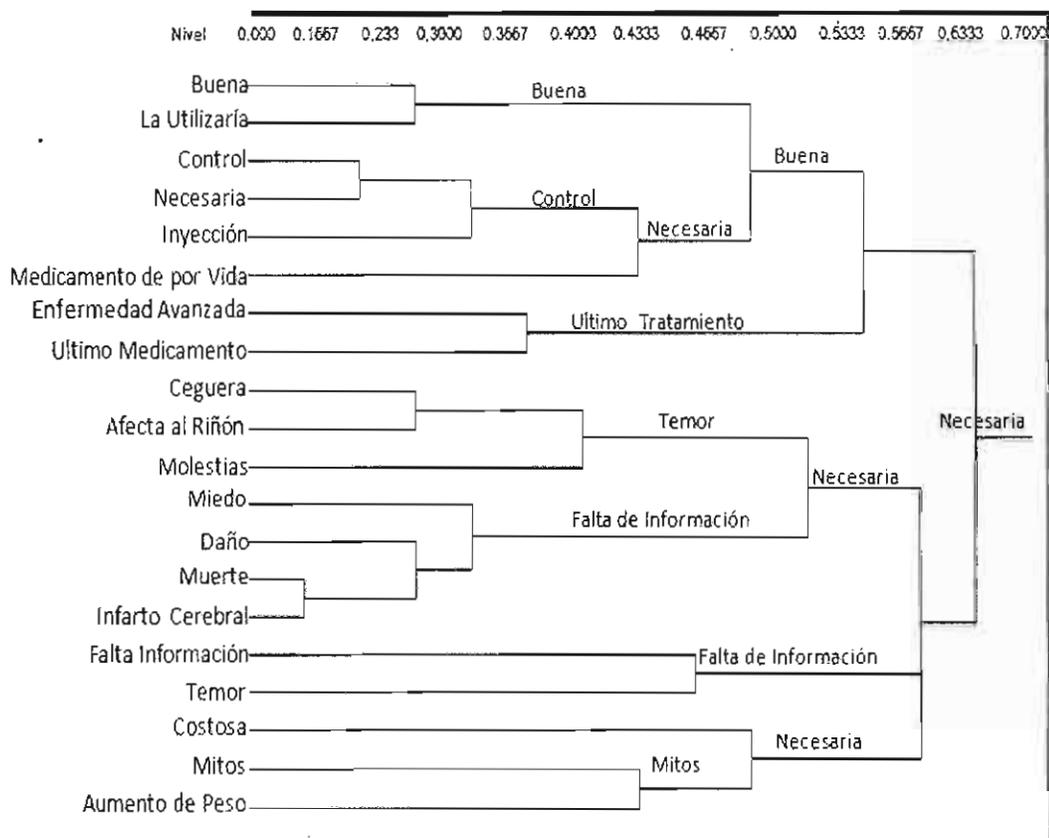
De igual forma, en la figura 2 se presentan las dimensiones conceptuales sobre insulina de pacientes diabéticos del grupo de edad de 40 a 59 años, las cuales se organizaron en forma muy similar a las categorías enunciadas en la población total. (Fig. 1)

Una dimensión que sobresale en este grupo es la de *último tratamiento* relacionada con los términos de *enfermedad avanzada* y *medicamento de por vida*, pero sin dejar de reconocer las bondades y la necesidad de la insulina para el control de la enfermedad. (Figura 2) Esto evidenciado en los siguientes comentarios emitidos por los informantes: “*la insulina es lo ultimo para controlar mi enfermedad*”; “*la insulina es el ultimo tratamiento de la diabetes pero es muy buena*”; “*es una enfermedad que ya no se quita y se debe de controlar con*

*insulina”; “porque cuando la diabetes avanza hay que tomarla de por vida”; “si nuestro medicamento ya no lo tolera nuestro cuerpo, sentiría miedo por utilizar la insulina, que seria nuestra ultima esperanza”; la insulina es de por vida y necesaria cuando la diabetes esta avanzada”; “la insulina es necesario aplicarla de por vida”; “ultimo medicamento que tomaria porque lo recomienda un amigo no un medico”.*

**Figura 6.2**

Dimensiones del concepto de insulina por conglomerados jerárquicos en el grupo de diabéticos de 40 a 59 años de edad. San Luis Potosí, México, noviembre de 2010

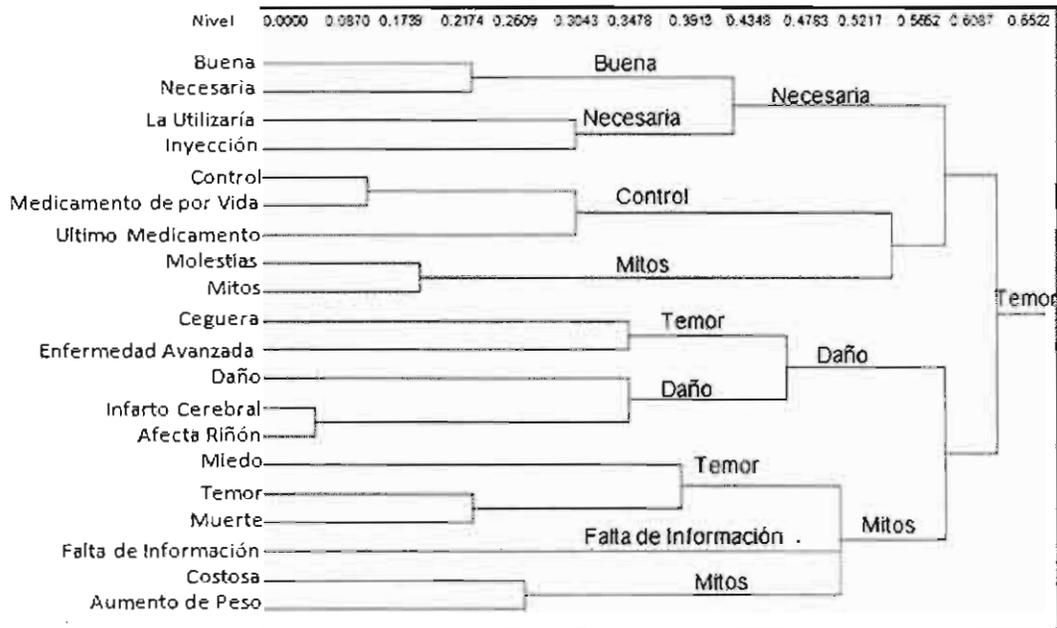


Fuente: Sorteo de Montones

En el grupo de 60 años a más se encontró que la dimensión que sobresale es el *temor* relacionado con las subdimensiones de *daño*, *mitos* y *falta de información*. También se ubico la dimensión de *necesaria* que implica el reconocimiento de sus beneficios para el control del padecimiento; o bien la aceptación para utilizarla por resignación como ultima opción de tratamiento. Algunas expresiones de los informantes relativas a lo anterior son las siguientes: *“siempre daña a la salud pero si la recetan la utilizaría”*; *“si la utilizaría si fuera necesaria como ultimo medicamento por temor a muerte”*; *“poca es la información que he recibido”*; *“daña el cuerpo y es de por vida, me da miedo la insulina por lo que dicen que produce”*; *“buena pero falta información”*; *“daña al riñón”*; *“nos da una muerte lenta”*; *“porque sería el ultimo recurso para controlar la enfermedad”*; *“acepto el medicamento, por miedo de quedarme ciego”*; *“pienso que la insulina daña, pero si la necesito la utilizaría”*; *es una hormona que sirve para controlar la glucosa en sangre y prolonga la vida del ser humano”*; *“muchas personas por desconocimiento y por creer en los mitos no se la aplica y muere por infarto”*. (Figura 3)

**Figura 6.3**

Dimensiones del concepto de insulina por conglomerados jerárquicos en el grupo de diabéticos de 60 y más años de edad. San Luis Potosí México, noviembre de 2010



Fuente: Soneto de Montones

La organización conceptual de las diversas dimensiones del término insulina mostró consenso cultural. Se obtuvo un nivel de razón de 19.10 en la población total y en el grupo de edad de 40 a 59 años fue de 10.82 y en el de 60 a más años de 8.40. Según el criterio de bondad para la obtención del consenso cultural implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, como los resultados alcanzados en este estudio, (8.02, 6.27 y 10.92 veces mayor respectivamente) lo que significa que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes. (Tabla 6.3)

El porcentaje acumulado de la varianza para la razón entre los factores 1 y 2 fue mayor a 80% en los grupos estudiados, la media de la competencia cultural individual fue cercana a 0.6 (0.56, 0.54 y 0.58); tales valores confirman el consenso cultural. Los valores mayores a 0.3 en la media de acuerdo grupal: 0.314, 0.301 y 0.337 describen homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

Tabla No 6.3.

Niveles de consenso cultural sobre el termino insulina (expresado en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal) San Luis Potosi, Noviembre de 2010

Informantes por grupos de edad	Razón del factor 1(F1)	Varianza Acumulada %	Razón del factor 2(F2)	Varianza Acumulada %	Razón F1:F2	Competencia cultural*		Concordancia grupal**
						Media	D.E	
Población total n= 53	19.108	83.8	2.382	94.2	8.021	0.561	0.215	0.314
40 a 59 años n= 30	10.828	80.4	1.725	93.2	6.278	0.549	0.244	0.301
60 a mas años n= 23	8.406	87.3	0.770	95.3	10.920	0.581	0.166	0.337

DE: Desviación estándar

\***Competencia cultural:** Media aritmética grupal del grado de acuerdo individual con las respuestas promedio

\*\* **Concordancia grupal:** promedio de competencia cultural elevado al cuadrado

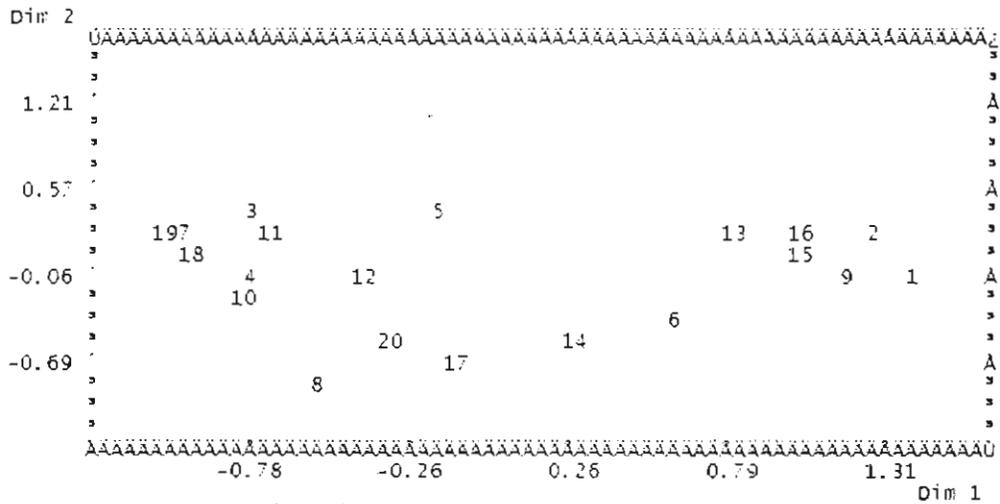
**Fuente:** Análisis de consenso del sorteo de montones

De igual forma se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similitudes de las palabras representadas en los conglomerados mediante escalas multidimensionales no métricas. Con esta técnica se calculo el valor de stress como medida de bondad de ajuste de la representación de los conglomerados. (Grafico 1)

Las dimensiones descritas en los conglomerados jerárquicos tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados (stress menor a 0.28) dado que el valor obtenido para la población total fue de 0.14; para el grupo de 40 a 59 años fue de 0.12 y finalmente para los informantes de 60 y mas años, el valor de stress fue de 0.18.

### Grafico 6.1

Coordinates saved as dataset COORD  
Stress 0.149 after 23 iterations.



Elapsed time: 1 second. 12.11.2010 6:14 PM.  
ANTHROPAC 4.97 Copyright 1988-1999 by Analytic Technologies.

## VII. DISCUSION

Este trabajo da cuenta de las concepciones de los pacientes diabéticos sobre la insulina, el cual aspira a contribuir al conocimiento de un tema poco estudiado en donde prevalecen mitos, creencias, comportamientos, conductas y emociones derivadas de la condición crónica de la enfermedad con que viven dichos pacientes. Asimismo, tales resultados permitirán la identificación de elementos clave para la estructuración de programas de promoción de la salud, prevención y atención integral de la diabetes.

Los hallazgos muestran consenso en las visiones de los informantes con DM2, tanto en el grupo de 40 a 59 años como en el de 60 y mas años de edad. En tales concepciones se ubican expresiones con un sentido tanto positivo como negativo (*buena, control, ceguera, miedo y enfermedad avanzada*) lo que hace referencia a repercusiones del medicamento, las cuales se señalan con base en la experiencia personal o por información de sus allegados.

Con relación a las concepciones de *buena* y *control* se pueden explicar a partir de diferentes argumentos:

1. Los participantes del presente estudio acuden regularmente a control de su padecimiento y reciben información del personal de salud relativa a su enfermedad y tratamiento
2. Algunos informantes por experiencia propia señalan los beneficios en la evolución de su enfermedad, antes y después del uso de la insulina.
3. Otros entrevistados externan su opinión a partir de los comentarios recibidos de familiares, vecinos, amigos y ciertos pacientes con los que se relacionan.

Respecto a los otros términos mencionados en función de su frecuencia y lugar promedio sobresalen *enfermedad avanzada, ceguera, miedo, daño, ultimo medicamento y temor*; tales concepciones denotan falta de información, mitos o creencias erróneas y emociones que surgen en algunos casos porque los informantes externan su propia vivencia respecto a las molestias y efectos

secundarios de la insulino terapia; o bien porque indirectamente cuentan con información real o distorsionada de diferentes fuentes.

Entre los datos significativos asociados a sus concepciones es que al 73.4 % de los participantes no han utilizado insulina y el tiempo de evolución de la enfermedad es de más de 10 años en el 15 % del grupo de 40 a 59 años y de 54.3% en el de 60 a más años. También se hace notar que una gran parte de los informantes (60) no participa en los grupos de ayuda mutua establecidos en los centros de salud.

Ante tal información es importante recuperar los referentes teóricos que indican que la DM es una enfermedad progresiva con deterioro al paso del tiempo de la función y de la cantidad de las células beta. Un porcentaje alto de pacientes necesitarán de tratamiento con insulina en los siguientes 5-10 años después del diagnóstico; (18) sin embargo, la insulino terapia en la DM2 ha sido largamente considerada como el último recurso terapéutico, aunque a la luz de los nuevos conocimientos ésta debería incorporarse más precozmente en el algoritmo del tratamiento. La experiencia clínica en el manejo de la DM2 ofrece evidencia convincente de los beneficios de la insulinización temprana. El efectivo manejo de la DM puede disminuir significativamente las complicaciones microvasculares y extensivamente las macrovasculares, ambas así reducen la morbimortalidad de la DM. (11)

Entre los aspectos relevantes que deben considerarse en torno a la atención de las personas con DM2 se ubican: la complejidad del régimen de tratamiento, las creencias erróneas sobre su salud y enfermedad, (25) el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional que en conjunto le impiden al paciente tomar control sobre su conducta. (26)

Usualmente se sospecha de un pacto no hablado entre el médico y paciente, que prolonga más allá de lo adecuado el tratamiento con hipoglucemiantes orales. Se tiene evidencia de que el cambio a tratamiento con insulina se hace con HbA1c cercana al 9%. La terapéutica con insulina se considera con frecuencia como una indicación compleja, se desconocen los tipos de insulina, las técnicas y algoritmos

de aplicación. Se tiene temor a la hipoglucemia y al aumento de peso. Algunos médicos indican la insulina con la idea de un castigo por el mal cuidado personal y no cambian los mitos que hoy en día prevalecen. (18)

En tal sentido, es fundamental el rol que asume el individuo afectado, la aceptación de su padecimiento, los trastornos afectivos y de ansiedad que le genera, sin dejar de lado, las actitudes, creencias y las emociones que son determinantes a la hora de iniciar o intensificar las medidas terapéuticas, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento. (27)

Ante los diversos inconvenientes, barreras o mitos en torno a la terapia insulínica, es importante enfatizar que las actitudes, creencias y emociones del paciente, juegan un papel relevante a la hora de mantener la resistencia para iniciar el tratamiento con insulina y representan una barrera para conseguir el control glucémico óptimo. El aprendizaje para superar estas barreras es un desafío prioritario en la atención actual de la DM2 que puede ayudar a mejorar aún más su control y la calidad de vida. (31)

Como lo mencionan López-Amador y Ocampo-Barrio, en el cuidado de estos pacientes es necesario considerar todos los puntos de vista sobre su realidad, a fin de dirigir la atención hacia sus creencias y prácticas, pues son ellos quienes viven la enfermedad y en pocas ocasiones se les toma en cuenta para buscar alternativas de solución a sus problemas. (32)

Ante el potencial epidémico que muestra la DM2, es necesario replantear estrategias que impacten en su solución; sin soslayar que se involucra el comportamiento del paciente con DM2 y los factores que aporta el sistema de salud para su prevención y control.

Las políticas que en materia de educación sanitaria establece el sector salud se dirigen a transmitir información relativa a la enfermedad y su manejo; esperando aprendizajes significativos de parte de los usuarios de la atención, traducidos en modificación de hábitos y estilos de vida saludables. Como se señala en el estudio de Alcántara y colaboradores en que se concibe a las disposiciones en materia de

educación para la salud como universalistas y ajenas a la cultura en que se encuentra inmersa la población enferma. (47)

Ante las reiteradas manifestaciones de los participantes respecto a la falta de información sobre la insulina como terapéutica, es fundamental conocer la forma en la que los individuos responden ante una problemática y las razones por las cuales lo hacen de esa manera, a fin de contar con más posibilidades de modificar sus referentes teóricos, sus actitudes, conductas y acciones encaminadas al control de la enfermedad y a potenciar su calidad de vida.

Por otra parte, en el grupo etéreo de 60 años a más se encontró que la categoría que resalta es el *temor* congruente con las subcategorías de *daño, mitos y falta de información*. Ello se relaciona con algunas características físicas, psico-emocionales y socioculturales de los adultos mayores, pues los enfrenta ante una diversidad de cambios y pérdidas que repercuten de una u otra manera en la calidad de vida, estabilidad emocional y trae consigo la consciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca; que por lo general se le evade y se asocia con miedo a lo desconocido, al dolor y sufrimiento. (48)

Así mismo, se generan en el adulto mayor un sinnúmero de sensaciones por la evolución de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento, que se traduce en incertidumbre y el temor al no saber el momento y la forma en que van a morir.

Además, Vilches considera que el temor se dirige a la enfermedad prolongada, a la invalidez, el deterioro e incapacidad. Por ello con la llegada de esta etapa, al estar más cerca de la culminación de la vida, conduce a que surjan con mayor precisión dichos temores, originando ansiedad y tensión en el adulto mayor. (49)

Por lo anterior, se puede decir que aunque la adultez mayor pone de cara al ser humano al tema de la muerte, resulta de vital importancia establecer un sistema de apoyo sanitario, social y familiar (personal de salud, familiares, amigos) que les permita comprender la historia natural de su enfermedad y su tratamiento; lo que podría a su vez compensar sus dolencias y cambios.

Otros términos notables fueron los de *enfermedad avanzada, último tratamiento y medicamento de por vida*, los dos primeros son percibidos por los pacientes como

una opción terapéutica final ante la gravedad del padecimiento e incluso lo asocian con etapa terminal y muerte.

Respecto a la expresión de *medicamento de por vida* se relaciona con determinada cantidad de acciones y cuidados que exigen un reajuste sistemático en su estilo de vida, que son particularmente difíciles en personas de edad avanzada. Lo anterior implica el desarrollo de habilidades requeridas para el uso de la insulina, tales como la autoaplicación y autoajuste de dosis, así como el manejo de instrumentos para la automedición de la concentración de glicemia.

Las barreras o problemas con el cumplimiento del tratamiento se observan siempre que se requiere de su autoadministración, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los servicios de salud. Aunque algunos de estos problemas se relacionan con el paciente, influyen también notoriamente las características de la enfermedad y su evolución, así como los atributos del sistema de asistencia sanitaria y de prestación de servicios.

(50)

Según las expresiones de algunos participantes se identificó la incorporación del referente biomédico sobre la enfermedad y la insulina en su léxico, lo que refleja que los pacientes posiblemente han recibido educación para la salud en su forma tradicional (información) sobre el padecimiento y su manejo; dejando de lado los estímulos intrínsecos que fortalecen su motivación enfocada a modificar favorablemente estilos de vida que les permita sobrellevar de mejor manera la enfermedad.

Las percepciones del personal prestador de servicios de salud acerca del paciente y su situación se sustentan en la visión de enfermedad como el objetivo central y su papel protagónico de expertez como la mejor vía de solución al problema y se excluye la perspectiva del enfermo por considerarla carente de autoridad y validez. El personal de salud que interactúa con los pacientes debe desarrollar habilidades diversas para encauzarlos hacia otra forma de ser que les permita la aceptación de su problema de salud con todas sus implicaciones para el autocuidado, de tal modo que los conduzca hacia una existencia más plena y satisfactoria.

Un aspecto decisivo es el acercamiento y la interacción entre el personal y el paciente a fin de despertar en éste un deseo genuino de autoconocimiento, es decir que se plantee interrogantes como: ¿Quién soy?, ¿Cómo soy?, ¿Por qué soy de una manera y no de otra?, ¿Por qué soy diferente?, Como quiero ser?, ¿Que estoy dispuesto a hacer para lograrlo?, ¿Qué me gusta y me disgusta?, ¿Cuales son mis razones profundas para vivir?, entre otros; lo anterior propiciara la auto aceptación y el convencimiento de la necesidad y disposición de asumir nuevos hábitos en su vida cotidiana.(51)

En función de lo anterior es fundamental recuperar las concepciones, significados, experiencias y percepciones del sujeto a fin de lograr mejores resultados, pues aun y cuando las recomendaciones del personal de salud estén debidamente sustentadas no obtendrán su cometido mientras se excluya al paciente como protagonista en las decisiones relativas a su propia vida, tanto en la salud como en la enfermedad, pues en la medida en que se facilite al individuo enfermo a asumir el rol principal surgirá el interés, motivación y cambios deliberados en su estilo de vida.

## VIII. CONCLUSIONES

1. Los hallazgos muestran consenso en las perspectivas de los informantes con DM2, tanto en el grupo de 40 a 59 como en el de 60 y mas años de edad. Un dato relevante en ambos grupos, es que del total de términos mencionados, solamente señalaron cuatro palabras con sentido positivo: *"buena"*, *"control"*, *"la utilizaría"* y *"necesaria"* y el resto de vocablos (19) tienen connotación negativa.
2. La organización conceptual de las diversas dimensiones del término insulina mostró consenso cultural. Se obtuvo un nivel de razón de 19.1 en la población total y en el grupo de edad de 40 a 59 años fue de 10.8 y en el de 60 a más años de 8.4 lo que significa que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes.
3. Las dimensiones conceptuales sobre la insulina obtenidas mediante análisis de conglomerados jerárquicos en el grupo de pacientes de 40 a 59 años de edad fueron: buena, ultimo tratamiento, temor, falta de información, mitos y la concepción de necesaria fue la mas relevante; mientras que en el grupo de 60 a mas años, además de las ya mencionadas las categorías prevalecientes fueron daño y temor.
4. Las dimensiones descritas en los conglomerados jerárquicos tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados (stress menor a 0.28) dado que el valor obtenido para la población total fue de 0.14; para el grupo de 40 a 59 años fue de 0.12 y finalmente para los participantes de 60 y mas años, el valor de stress fue de 0.18.
5. Una de las hipótesis generadas a partir de los resultados obtenidos es que la educación para la salud que reciben estos pacientes no impacta

favorablemente en su aprendizaje, pues las dimensiones que predominaron fueron el temor, daños y mitos relacionados con la falta de información respecto a la insulino terapia.

6. Con relación a la evolución de la enfermedad se encontró que en el grupo de edad de 40 a 59 años, el 15.0% refirió mas de 10 años de evolución del padecimiento y en los mayores de 60 años se ubica el 54.3% con un tiempo mayor de 10 años, ubicándose como categoría principal en el primer grupo el termino necesaria y en el grupo de los adultos mayores sobresalió la dimensión temor.
7. En general se concluye que hubo incorporación del referente biomédico en las creencias de los informantes sobre el tratamiento con insulina, pues en el léxico que emplean se aduce la necesidad y utilidad de la insulina para el control de la DM2.
8. Las concepciones individuales y grupales obtenidas en esta investigación permiten la identificación de elementos claves para la estructuración de programas de promoción de la salud, prevención y atención integral de la diabetes mellitus.

## IX. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

1. Se sugiere el fortalecimiento de habilidades y competencias del personal de salud como estrategia para mejorar la calidad de la atención a los usuarios y garantizar la oportunidad y adherencia a la insulino terapia.
2. Es imperativo replantear estrategias que impacten en la solución de la problemática; sin dejar de lado que se involucra el comportamiento del paciente con DM2; por tanto es fundamental que la educación para la salud considere la realidad, las concepciones y vivencias de los usuarios, pues en muchas ocasiones la información se brinda en forma vertical, sin permitir su participación y sin contemplar lo que ellos saben y lo que desearían saber.
3. La metodología sobre consenso cultural empleada en esta investigación posibilitó un acercamiento con los participantes obteniéndose información espontánea y natural que permitió recuperar la visión *emic*, que destaca la concepción subjetiva de los informantes sobre la insulina. Asimismo se destaca el poder predictivo de las taxonomias (conglomerados jerárquicos), pues se ha encontrado que difieren poco de estudios a profundidad.
4. El personal de salud debe considerar las características sociodemográficas, entre ellas la edad de las personas a quien dirige los programas educativos, ya que las concepciones culturales que prevalecen en los adultos mayores son diferenciadas a las de los adultos más jóvenes, principalmente en lo referente al temor hacia los daños y la muerte.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez JL, Panduro A. Diabetes Mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México. Investigación en Salud. [serie en Internet]. 2001 marzo [consultado 13 Feb 2009]; III Universidad de Guadalajara, México: 18-26. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14239904>
2. Froján MJ, Rubio R. Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulino dependiente. Redalyc-Psicothema. [serie en Internet]. 2004 [consultado 14 Mar 2009]; 16(004): 540-554. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3030.pdf>
3. Rodríguez G. Insulinoterapia. Rev Med Hered. [serie en Internet]. 2003 [consultado 13 Feb 2009]; 14(3): 104-144. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n3/v14n3tr1.pdf>
4. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México. Manual para el manejo de las insulinas 2001.
5. Terrés-Speziale A. Evaluación de tres estudios internacionales multicéntricos prospectivos en el estudio y manejo de la diabetes mellitus. Rev Mex Pat Clin. [serie en Internet]. 2006 Abr-Jun [consultado 14 Mar 2009]; 53(2): 104-113. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt062f.pdf>
6. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Méd Chile [serie en Internet].

2007 [consultado 06 Mar 2009]; 135 (5): 647-652. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>

7. Lauritzen T, Zoffmann V. Barreras psicológicas a la terapia contra la diabetes. Diabetes Voice [serie en Internet]. Jun 2004 [consultado 14 Mar 2009]; 49 (Número especial): 16-15. Disponible en: [http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article\\_266\\_es.pdf](http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_266_es.pdf)
8. Salcedo-Rocha J, García de Alba-García E. Dominio cultural Del autocuidado en diabéticos tipo2 con y sin control glucémico en México. Rev Saúde Pública [serie en Internet]. 2008 [consultado 27 Ene 2009]; 42(2): 256-264. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n2/5961.pdf>
9. Secretaría de Salud. México. Programa de Acción: Diabetes Mellitus 2007-2012
10. Secretaría de Salud. México. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.
11. Fundación escuela para la formación y actualización en diabetes y nutrientes. [página en Internet]. Buenos Aires. Argentina: Insulinoterapia en el diabético tipo 2: cuándo y cómo comenzar. [Actualizado ¿?; consultado 20 Mar 2009]. Hermida S; Disponible en: [http://fuedin.org.ar/Actualizaciones/Diabetes/act\\_06-02/Insulinoterapia.html](http://fuedin.org.ar/Actualizaciones/Diabetes/act_06-02/Insulinoterapia.html)
12. Grag SK, Dailey G, Hirsch IB. Estrategias practicas para iniciar la terapia con insulina en 2006. The Journal of Family Practice. Abr 2006; Suplemento: 1-17

13. Terrés-Speziale AM. Evaluación de tres estudios internacionales para comparar el impacto del tratamiento intensificado vs. el manejo convencional de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2. *Diab Hoy Med Sal.* [serie en Internet]. Mar-Abr 2003 [consultado 13 Mar 2009]; 4(1): 1010-1016. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=13626&id\\_seccion=1109&id\\_ejemplar=1395&id\\_revista=89](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=13626&id_seccion=1109&id_ejemplar=1395&id_revista=89)
14. Instituto Nacional de Rehabilitación. [página en Internet]. México. Tratar con insulina a diabéticos reducirá 50% de muerte por ese mal. Jul 2005 [consultado 14 Mar 2009]; Rendón G. Disponible en: <http://www.cnr.gob.mx/n117.htm>
15. Secretaría de Salud. México. Sistema Gerencial de Información. 2009
16. Caballero R, Torres T, Chong F, Pineda A, Altuzar M, López B. Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México. *Rev Saúde Pública.* [serie en Internet]. 2006 [consultado 13 Mar 2009]; 40(1): 126-133. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n1/27126.pdf>
17. Secretaría de Salud. Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas. Segunda edición, México, 2005.
18. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Uso de insulinas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2. Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de Diabetes Mellitus. *Rev Mex Cardiol.*

[serie en Internet]. Abr-Jun 2007 [consultado 18 Mar 2009]; 18(2): 57-86.  
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2007/h072b.pdf>

19. Lozano AF, Torres AM, Aranda C. Concepciones culturales Del VIH/Sida de Estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. Rev. Latinoam.cienc.soc.niñez juv. [serie en Internet]. 2008 [consultado 18 Mar 2009]; 6(2): 739-768. Disponible en: <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/Vol6/No.%202/Concepvihsida.pdf>

20. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. OMS. [página en Internet]. [consultado 18 Jun 2009]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)

21. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema Nacional de Información en salud. [página en Internet]. 2005. [consultado 18 Jun 2009]; Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

22. Secretaría de Salud. Anuarios de morbilidad 1984-2006. Dirección General de Epidemiología. [página en Internet]. 2008 [consultado 19 Mar 2009]; Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>

23. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de enero de 2001

24. Grupo de Trabajo sobre Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Sociedad Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD). Guías de práctica clínica sobre diabetes,

prediabetes y enfermedades cardiovasculares: versión resumida; Rev Esp Cardiol. [En Internet]. 2007 [consultado 19 Mar 2009]; 60 (5):525.e1-e64. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guias de practica clinica sobre prevencion de la enfermedadcardiovascular resumen 2008.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guias_de_practica_clinica_sobre_prevenccion_de_la_enfermedadcardiovascular_resumen_2008.pdf)

25. García-Fernández M, Peraldo-Uzquiano M. Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad. En: Simon M A. Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, S.A; 1999. p.115-132.
26. Beléndez V, Xavier M. Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En: M.A., Simon (Ed), Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, S.A. 1999. p. 469-498.
27. Vázquez F, Arreola F, Castro G, Escobedo J, Fiorelli S, Gutiérrez C, et al. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [serie en Internet]. 1994 [consultado 19 Jun 2009]; 32(3): 267-270.
28. Siqueira D, Antônio dos Santos M, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. Rev Latino-am Enfermagem. [En Internet]. Nov-Dic 2007 [consultado 24 Jun 2009]; 15(6): Disponible: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf)
29. Sáez de la Fuente J, Granja V, Valero MA, Ferrari JM, Herreros A. Insulinoterapia en el medio hospitalario. Nutr. Hosp. [En Internet]. 2008 [consultado 25 Jun 2009]; 23 (2):126-133. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n2/original9.pdf>

30. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex [serie en Internet]. May-Jun 2001[consultado 27 Jun 2009]; 43:233-236. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
31. Snoek F. Resistencia psicológica a la insulina: ¿Qué es lo que más temen los pacientes y los profesionales de la salud?. Diabetes Voice [serie en Internet]. Oct 2001 [consultado 23 Jun 2009]; 46 (3): 26-28. Disponible en: [http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article\\_214\\_es.pdf](http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_214_es.pdf)
32. López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Archivos en Medicina Familiar [serie en Internet]. Abril- Junio 2007 [consultado 24 Jun 2009]; 9 (2): 80-86. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072c.pdf>
33. Mercado-Martínez FJ, Hernández-Ibarra E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007 Sep; 23(9):2178-2186.
34. Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Valdez-Curiel E. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Jul-Sep 2000; 16(3):759-772.
35. Borgatti S. Anthropic 4.4. Matik: Analytic Technologies; 1992
36. Weller S. Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked Questions. Field Methods. [en Internet]. Nov 2007 [consultado 22 May

2009]; 19 (4): 339-368. Disponible en:  
<http://fmx.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/4/339>

37. Torres T, Aranda C, Pando M, Salazar J. Dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos. RESPYN. [serie en Internet]. Oct-Dic 2007 [consultado 22 May 2009]; 8 (4): Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/viii/4/articulos/bienestar.htm>
38. Borgatti S. Elicitation Techniques for Cultural for Cultural Domain Analysis. [monograph on the Internet] In Schensul J, Weeks M, editors. The Ethnographic Toolkit. Enhanced ethnographic methods. Walnut Creek: Altamira Press; 1999. [consultado 2009 may 22]. Disponible en <http://www.analytictech.com/borgatti/etk.htm>
39. Herrera-Suárez CC, García-de Alba JE, Vásquez-Garibay M, Romero-Velarde E, Romo-Huerta HP, Troyo-Sanromán R. Consenso Cultural sobre Alimentos en Adolescentes Embarazadas de Guadalajara, México. Rev. salud pública [serie en Internet], Nov-Dic. 2008[consultado 26 Jun 2009]; 10 (5): 723-731. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n5/v10n5a05.pdf>
40. García de Alba J, Salcedo A. Dominio cultural en diabetes mellitus tipo 2. Revista Universidad de Guadalajara. [En Internet]. 2002 [consultado 22 May 2009]; 23: 29-34. 126-133. Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug24/contenido.html>
41. Garza ME, Calderón C, Salinas AM, Núñez GM, Villarreal E. Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS. [en Internet]. 2003 consultado 26 Jun 2009]; 41 (6): 465-472. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036b.pdf>

42. Weller S, Baer R, Pachter L, Trotter R, Glazer M, Garcia de Alba J, et al. Latino Beliefs About Diabetes. *Diabetes Care*. [en Internet]. May 1999 [consultado 27 Jun 2009]; 22 (5):722–728. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/22/5/722.full.pdf+html>
43. Sturrock K, Rocha J. A Multidimensional Scaling Stress Evaluation Table. *Field Methods*. 2000; 12 (1): 49-60.
44. Congreso de los estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación 07 de febrero de 1984. Texto vigente. Últimas reformas publicadas Diario Oficial de la Federación 24 de febrero del 2005. [Página Web en Internet]. [Citado 25 Ene 2009]; Disponible en: [http://www.cmp.org/legal/leyes/l\\_gral\\_salud.pdf](http://www.cmp.org/legal/leyes/l_gral_salud.pdf)
45. Instituto de Investigaciones Legislativas del Honorable Congreso del Estado De San Luis Potosí informática legislativa. Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí. Fecha de aprobación 17 de diciembre del 2004. Fecha de Promulgación 20 de diciembre del 2004. Fecha de publicación 23 de diciembre del 2004. [Página Web en Internet]. [Citado 25 Ene 2009]. Disponible en: [http://www.hospitalcentral.gob.mx/LEY\\_SALUD.pdf](http://www.hospitalcentral.gob.mx/LEY_SALUD.pdf)
46. Declaración de Helsinki. 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, enmendada por: 29ª Asamblea Médica Mundial, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea General, Sudáfrica, Octubre 1996, 52ª Asamblea General, Escocia, Octubre 2000.
47. Alcántara E, Tejada LM, Mercado F, Lara N, Flores A. Perspectivas de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en

una institución sanitaria de México. Investigación en salud [serie en Internet]. Dic 2004 [citado 12 Feb 2011]; VI (3): 146-153. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/alcantara.pdf>

48. Uribe AF, Valderrama L, López S. Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. Pensamiento Psicológico [serie en Internet]. 2007 [citado 12 Feb 2011]; 3 (8): 109-120. Disponible en: <http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/ojs/index.php/pensamientopsicologico/article/view/250/239>
49. Vilches L. concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior. Revista de Psicología, Universidad de Chile [serie en Internet]. 2000 [citado 12 Feb 2011]; 9: 1-15. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/264/26409106.pdf>
50. Pérez VT. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2010 [citado 12 Feb 2011]; 26 (2): 309-320. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n2/mgi11210.pdf>
51. Viniestra-Velázquez L. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44 (1): 47-59

# ANEXOS

**Anexo 1**  
**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI**  
**Facultad de Enfermería**  
**Operacionalización de Variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICION	ESTADISTICO
<b>EDAD</b>	<b>Edad:</b> años cumplidos transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de la recolección de datos.	Numérica continúa. Escala de Razón.	Media ± Desviación Estándar
<b>GÉNERO</b>	<b>Género:</b> características somáticas que distinguen a las personas en hombres y mujeres. (Masculino y femenino)	Categoría dicotómica Escala Nominal	Frecuencia y porcentaje
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Estado civil:</b> Condición de cada individuo con respecto a la unión legal o no con otra persona: soltero, casado, unión libre, divorciado, separado y viudo	Cualitativa, categórica Escala nominal	Frecuencia y porcentaje

<p><b>ESCOLARIDAD</b></p>	<p><b>Escolaridad:</b> Años de estudio que ha cursado y concluido el sujeto: Primaria, Secundaria, Preparatoria o bachillerato, Carrera técnica, Licenciatura y Posgrado</p>	<p>Cualitativa, categórica Escala Ordinal</p>	<p>Frecuencia y porcentaje</p>
<p><b>OCUPACION</b></p>	<p><b>Ocupación:</b> Empleo u oficio que desempeña el individuo.</p>	<p>Cualitativa, categórica Escala Nominal</p>	<p>Frecuencia y porcentaje</p>
<p><b>TIEMPO DE EVOLUCION CON DM2</b></p>	<p>Antigüedad del padecimiento (DM2) a partir del diagnóstico médico expresada en meses y o años.</p>	<p>Numérica continúa. Escala de Razón.</p>	<p>Media ± Desviación Estándar</p>

Anexo 2

**Universidad Autónoma de San Luis Potosí**  
**Facultad de Enfermería**

**Instrumento de Listados Libres**

N° de cuestionario. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer lo que piensa sobre la insulina, con el fin de apoyar la elaboración de programas preventivos sobre diabetes en los Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí.

Le solicito de la manera mas atenta me apoye en mi trabajo contestando este cuestionario, el cual no llevará su nombre, ya que los resultados se presentaran en forma general y no por persona, con lo que se respeta su confidencialidad y anonimato.

Cabe aclarar, que no existen respuestas correctas, pues lo que interesa es que exprese lo que usted piensa.

**INSTRUCCIONES:**

Por favor, anote la información que enseguida se le solicita:

**DATOS GENERALES:**

- **Edad:** \_\_\_\_\_
- **Género:** Masculino ( ) Femenino ( )
- **Estado Civil:**  
Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Divorciado ( ) Separado ( )  
Viudo ( )
- **Que estudios escolares realizó y concluyó:**  
Ninguno ( )  
Primaria. 1<sup>o</sup> ( ) 2<sup>o</sup> ( ) 3<sup>o</sup> ( ) 4<sup>o</sup> ( ) 5<sup>o</sup> ( ) 6<sup>o</sup> ( )  
Secundaria. 1<sup>o</sup> ( ) 2<sup>o</sup> ( ) 3<sup>o</sup> ( )

Bachillerato. 1º ( ) 2º ( ) 3º ( )

Carrera técnica ( ) Licenciatura ( ) Posgrado ( )

• Ocupación: \_\_\_\_\_

• ¿Cuánto hace que le diagnosticaron la diabetes mellitus?

Especifique el tiempo (años o meses) \_\_\_\_\_

• ¿Se ha aplicado o aplica actualmente insulina? \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIÓN

I. ¿Qué palabras o frases le vienen a la mente cuando escucha la palabra insulina? (Al menos 5 palabras)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

II. Ahora le pedimos que nos diga porqué asocio a la palabra insulina cada una de sus respuestas.

Yo he respondido

\_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_

Yo he respondido

\_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_

Yo he respondido

\_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_

Muchísimas gracias por su valiosa colaboración.

Anexo 2

**Universidad Autónoma de San Luis Potosí**  
**Facultad de Enfermería**

**Instrumento de Sorteo de Montones**

N° de cuestionario. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer lo que piensa sobre la insulina, con el fin de apoyar la elaboración de programas preventivos sobre diabetes en los Servicios de Salud en el estado de San Luis Potosí.

Le solicito de la manera mas atenta me apoye en mi trabajo contestando este cuestionario, el cual no llevará su nombre, ya que los resultados se presentaran en forma general y no por persona, con lo que se respeta su confidencialidad y anonimato.

Cabe aclarar, que no existen respuestas correctas, pues lo que interesa es que exprese lo que usted piensa.

**INSTRUCCIONES:**

Por favor, anote la información que enseguida se le solicita:

**DATOS GENERALES:**

- **Edad:** \_\_\_\_\_
- **Género:** Masculino ( ) Femenino ( )
- **Estado Civil:**  
Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Divorciado ( ) Separado ( )  
Viudo ( )
- **Que estudios escolares realizó y concluyó:**  
Ninguno ( )  
Primaria. 1<sup>o</sup> ( ) 2<sup>o</sup> ( ) 3<sup>o</sup> ( ) 4<sup>o</sup> ( ) 5<sup>o</sup> ( ) 6<sup>o</sup> ( )  
Secundaria. 1<sup>o</sup> ( ) 2<sup>o</sup> ( ) 3<sup>o</sup> ( )

Bachillerato. 1º ( ) 2º ( ) 3º ( )

Carrera técnica ( ) Licenciatura ( ) Posgrado ( )

• Ocupación: \_\_\_\_\_

• ¿Cuánto hace que le diagnosticaron la diabetes mellitus?

Especifique el tiempo (años o meses) \_\_\_\_\_

• ¿Se ha aplicado o aplica actualmente insulina? \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIÓN

I. Por favor, organice todas estas cartas en grupos de términos que sean más semejantes o que tengan mayor relación entre sí.

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

II. Ahora le pedimos que nos diga que nombre le pondría a cada grupo de cartas.

Muchísimas gracias por su valiosa colaboración