



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**PERSPECTIVAS Y PRÁCTICAS DE PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO
DIETÉTICO**

TESIS

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA:

L.N. MELINA IRAIS MATUS RAMÍREZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MA. DEL CARMEN PÉREZ RODRÍGUEZ

CO-ASESOR DE TESIS

DR. LUIS EDUARDO HERNÁNDEZ IBARRA

San Luis Potosí, S.L.P.

Agosto de 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

“Perspectivas y prácticas de personas con diabetes mellitus tipo 2 en el
seguimiento del tratamiento dietético”

TESIS

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA:

L.N. Melina Irais Matus Ramírez

SINODALES

Dra. Paola Algara Suárez

PRESIDENTE

Dr. Darío Gaytán Hernández

SECRETARIO

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

VOCAL

San Luis Potosí, S.L.P.

Agosto de 2016

RESUMEN

Para las personas con diabetes el tratamiento dietético es un elemento fundamental para mantener el control de la enfermedad, por lo que es necesario que implementen diferentes estrategias para seguirlo, ya que este proceso se verá influido por diversas situaciones. **Objetivo:** Describir las perspectivas y prácticas de personas con diabetes tipo 2 en el seguimiento del tratamiento dietético. **Metodología:** Se trató de un estudio cualitativo que utilizó algunos métodos etnográficos. La información se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas y observación participante a personas con diabetes tipo 2 que asisten a dos Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del Estado de San Luis Potosí. Se obtuvieron informantes hasta saturación temática. Se realizó análisis de contenido convencional e inductivo de los diálogos. **Resultados:** Para los 13 participantes del estudio, el seguimiento del tratamiento dietético es visto como algo que los restringe, les es difícil aunque reconocen su utilidad en el manejo y control de la enfermedad. Las prácticas identificadas fueron autoexclusión, realizar adaptaciones y ceder alimentos. También se incluyeron algunos factores que influyen en ambas: accesibilidad económica, disponibilidad de alimentos, componentes emocionales y hábitos alimentarios. **Conclusiones:** Las perspectivas y las prácticas muestran tanto situaciones favorables como situaciones que obstaculizan el seguimiento del tratamiento dietético así como las acciones que ponen en práctica para contrarrestar las dificultades a las que se han enfrentado

Palabras clave: Diabetes tipo 2, dietoterapia, investigación cualitativa.

For people with diabetes diet therapy is a fundamental element to maintain control of disease. Therefore necessary that they implement different strategies for keep on it, as this process will be influenced by different situations. **Objective:** To describe perspectives and practices of people with diabetes mellitus type 2 when they are following their diet therapy. **Methodology:** It was a qualitative study that used some ethnographic methods, information gathering was made through semi-structured interviews and participant observation to people with type 2 diabetes, who attend two Health Centers of Sanitary District No. 1 that belongs to San Luis Potosí. Informants were obtained until thematic saturation. An inductive conventional content analysis was made. **Results:** For 13 study participants, following diet therapy is consider as something that restricts them, though they think it is difficult even recognize its usefulness in the management and control of disease. Practices found were self-exclusion practices, adaptations and give foods. Some factors that influence both were included: affordability, food availability, eating habits and emotional components. **Conclusions:** Perspectives and practices show favorable situations as situations that hinder following of dietary treatment and actions implemented to counteract the difficulties that they have faced.

Key words: Diabetes type 2, diet therapy, qualitative research.

“Si hay un secreto del buen éxito reside en la capacidad para apreciar el punto de vista del prójimo y ver las cosas desde ese punto de vista así como del propio”
Henry Ford.

AGRADECIMIENTOS

1. A mis informantes: por brindarme su confianza y permitirme contar parte de sus historias, por regalarme parte de su precioso tiempo y compartir conmigo sus experiencias, por recibirme con amabilidad y alegría.
2. A mi familia: Por su apoyo constante, por formarme con amor, paciencia, disciplina y fortaleza. A mi novio, por motivarme a seguir mis sueños y acompañarme en el camino, por recordarme que aunque la primera práctica es la que más cuesta mi capacidad daba para eso y para más.
3. A mis compañeros y amigos: Por todos esos momentos que nunca olvidaré, por sus muestras de afecto que fueron para mí un motor más para continuar.
4. A mis asesores y maestros: Por compartir su conocimiento conmigo y por dedicarme parte de su valioso tiempo.
5. A todas las personas que hicieron posible este trabajo: al personal administrativo, a las nutriólogas pasantes y promotores de salud de los Centros de Salud Anáhuac y 6 de Junio, a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de San Luis Potosí y al CONACyT, por darme la oportunidad de devolver con este trabajo un poco de lo que se me ha dado.

GRACIAS

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Justificación.....	3
1.2 Preguntas de investigación.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Generalidades de la diabetes.....	8
2.1.1. Concepto y clasificación.....	8
2.1.2. Medidas de tratamiento y control de la DM 2.....	9
2.2.1. Estándares de la NOM 015 para tratamiento de la diabetes.....	10
2.2 Tratamiento dietético.....	11
2.2.1 Importancia del tratamiento dietético para el control metabólico y la disminución del riesgo de complicaciones.....	12
2.4 Seguimiento, adherencia y cumplimiento terapéutico.....	13
2.4.1. Factores que influyen en el seguimiento y adherencia al tratamiento dietético.....	15
III. OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo general:.....	22
3.2 Objetivos específicos:.....	22
IV. METODOLOGÍA.....	23
4.1 Tipo de estudio y diseño metodológico.....	23
4.3 Selección del área de informantes.....	24
4.4 Informantes.....	29
4.5 Estrategia de selección de informantes.....	31
4.6 Técnicas de recolección de información.....	32
4.7 Procedimientos.....	33
4.7 Análisis de datos.....	34
V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	36
VI. RESULTADOS.....	37
6.1 Las perspectivas de las personas con diabetes en el seguimiento del tratamiento dietético.....	37

6.2 Las prácticas de las personas en el seguimiento del tratamiento dietético.....	49
6.3 Otros factores que influyen en el seguimiento del tratamiento dietético.....	62
VII. DISCUSIÓN.....	71
VIII. CONCLUSIONES.....	76
IX. SUGERENCIAS.....	77
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
X. ANEXOS.....	89
Anexo 1: Guion para la entrevista.....	89
Anexo 2: Consentimiento informado.....	90
Anexo 3: Carta de no conflicto de interés.....	91
Anexo 4: Carta de aprobación del Comité Académico de Salud Pública.....	92
Anexo 5: Carta de aprobación del Comité Académico de Salud Pública.....	93
Anexo 6: Carta de aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Jurisdicción Sanitaria No. 1.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Caracterización de los informantes de los centros de salud Anáhuac y 6 de junio.....	30
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ubicación del Centro de Salud Anáhuac-Progreso.....	26
Figura 2: Ubicación del Centro de Salud 6 de junio.....	27

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un problema de Salud Pública que afecta a 382 millones de personas¹; se estima que cerca del 30% de individuos afectados desconocen que la tienen², ello incrementa el riesgo de que sufran descontrol metabólico y sus consecuentes complicaciones, además no sólo afecta la salud y la productividad de quienes la padecen, también su calidad de vida y sus relaciones sociales.

A pesar de los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud por detener esta epidemia, las proyecciones estadísticas señalan que la cantidad de personas con diabetes seguirá en aumento, tanto a nivel mundial como nacional, por lo que generará elevados costos para su atención.² El mayor impacto sanitario de la diabetes se debe al resultado de sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo, éstas se incrementan e intensifican cuando no se lleva un adecuado control de la enfermedad y aumenta el riesgo de morir.² Así mismo, las secuelas físicas causadas por la diabetes alteran el bienestar de las personas.³

Esta situación pone de manifiesto que, al igual que en otras enfermedades crónicas, la mejor manera de mantener un buen control es llevar a cabo, no sólo el tratamiento adecuado, también vigilar su adherencia es altamente relevante, ya que puede contribuir a la prevención de las complicaciones y por ende, evitar discapacidad y retrasar la mortalidad.⁴

Debido a lo anterior se insiste en la necesidad de identificar más estrategias que promuevan el control metabólico, sin embargo la mayoría de los estudios que abordan la adherencia al tratamiento se refieren principalmente al tratamiento en general, al farmacológico o a diversos indicadores bioquímicos, sin abordar exclusivamente el tratamiento dietético, uno de los recursos fundamentales para alcanzar dicho control.

En este punto surge la necesidad de contar con información que permita describir cómo las personas con DM 2 han vivido los cambios alimentarios que se

exigen durante la implementación del tratamiento dietético a través de la exploración de sus prácticas, las cuales pueden darnos una visión más clara de cómo manejan su alimentación, así como de sus perspectivas que dan cuenta de las experiencias y las razones que motivan sus prácticas durante el seguimiento.

Lo mencionado da pertinencia a realizar el abordaje de este tema desde un enfoque cualitativo con la finalidad de ampliar y enriquecer el conocimiento acerca de los contextos en los que se desarrollan los cambios sobre la alimentación a causa de este padecimiento, esto permitirá planear mejores estrategias para favorecer su adherencia.

Por tal motivo se estudió a través del uso de algunos métodos etnográficos, las perspectivas y prácticas de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el seguimiento de su tratamiento dietético; ello permitió conocer desde su voz diversos contextos e ideas que son favorecedores y aquellos que obstaculizan el seguimiento del tratamiento dietético.

Para fines de esta investigación se definió como *dieta* al conjunto de alimentos que consume la persona diariamente; respecto al *tratamiento dietético*, éste se consideró como las indicaciones dietoterapéuticas que recibe una persona cuando tiene una condición de salud específica o padece una enfermedad. La palabra *perspectivas* se entenderá como el conjunto de ideas, puntos de vista y opiniones acerca de un tema específico y, *prácticas* son todas aquellas acciones, modos o métodos que alguien adopta o realiza usualmente en circunstancias específicas para lograr un fin.

En el presente documento se muestra el planteamiento del problema y su justificación, posteriormente se exponen las generalidades de la diabetes así como la importancia del tratamiento dietético en su control, de igual manera se presenta el estado del arte relacionado con el tratamiento dietético, la metodología, las consideraciones éticas y legales, los resultados, la discusión, conclusiones y recomendaciones así como algunos anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Justificación

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es un problema de salud pública que aqueja a gran parte de la población en el mundo. Los cálculos realizados en 2013 por la Federación Internacional de Diabetes (FID) señalan que 382 millones de personas viven con esta enfermedad y este número se incrementará a más de 592 millones en menos de 25 años.¹ También en 2013 se registraron 5.1 millones de muertes a causa de la misma.¹ Se estimó que en 2014 fue responsable de 4.9 millones de decesos, y para ese año había, aproximadamente, 175 millones de casos no diagnosticados.⁵

La mayoría de los afectados se encuentran entre los 40 y los 59 años de edad en países de ingresos medios y bajos, sin embargo existe evidencia de que la DM 2 tiene dimensiones epidémicas en muchos países en desarrollo y de reciente industrialización, no obstante, es la cuarta o quinta causa de muerte en la mayoría de los países de ingresos altos,⁵ por lo que la comunidad internacional ha reconocido a esta enfermedad como un problema de gran magnitud, de impacto considerable y de alta sensibilidad social.⁶

La prevalencia en México durante el 2014 se registró en 11.92% y hubo 68 mil 660 muertes relacionadas con ella.⁶ Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia de DM 2 en ese año alcanzó cifras de 6.4 millones de adultos.⁷ Los Estados con prevalencias más altas (que iban del 10.2 al 12.3%) fueron: el Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.⁷

El desafío se torna importante ya que la DM 2 está asociada con la pérdida de productividad, además impacta en el desarrollo nacional y la pobreza; según cifras oficiales, el gobierno federal gasta 3 mil 430 millones de dólares al año para atender a las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) y las complicaciones que genera.⁷ A pesar de los avances logrados, este padecimiento todavía

representa para el sector salud un reto debido a que afecta una cuarta parte de la población y probablemente existan más personas en el país aún sin ser diagnosticadas.⁷

Existe evidencia de que un 25% de la población tratada mostró un adecuado control metabólico, a diferencia de las cifras obtenidas en el 2006, donde sólo el 5.3% de los individuos con diabetes presentaron pruebas de un adecuado control. Sin embargo, los indicadores de calidad de los servicios públicos sugieren la necesidad de continuar fortaleciendo la eficacia de la atención como de la consejería sobre la dieta y ejercicio que reciben las personas que viven con DM.⁸

Por otra parte, en San Luis Potosí la prevalencia de DM 2 en personas con 20 años o más en 2012 fue de 10%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 (6.2%).¹⁰ Según los datos registrados durante el año 2013 por el INEGI, en dicho estado, 7.0% la muertes registradas en adultos de 30 a 59 años fueron a causa de la DM 2. De igual manera, esta enfermedad fue la principal causa de muerte tanto en hombres (16.8%) como en mujeres (21.4%) dentro del grupo etario de 45 a 59 años.⁹

Estas tendencias reafirman la necesidad de continuar con las investigaciones acerca de medidas preventivas, de detección oportuna y de tratamientos adecuados para frenar el avance de la DM 2 y mejorar, por ende, el nivel de salud de las poblaciones afectadas que son principalmente los adultos en edad productiva.

Debido a la relevancia de la DM 2, se han llevado a cabo estudios acerca de los diversos factores que juegan un papel importante en el control metabólico, mismos que pueden favorecer o entorpecer la adherencia al tratamiento y que promueven o retardan la aparición de complicaciones.^{10,12,13} Entre estos factores se encuentran el tratamiento dietético o nutricional, que junto con el ejercicio, la educación para la salud y el tratamiento farmacológico, son los elementos más importantes del plan terapéutico.¹³

Cabe destacar que para muchas personas que viven con diabetes la combinación de una adecuada nutrición y la práctica de ejercicio son suficientes para mejorar los niveles de glucosa en sangre, las dislipidemias, la presión arterial y las alteraciones metabólicas vinculadas a la enfermedad sin necesidad de recurrir al tratamiento farmacológico.¹³ Si el tratamiento dietético para diabetes no se sigue apropiadamente, el descontrol metabólico acelerará la aparición de sus complicaciones, que no solo afecta la salud, la economía familiar, también las relaciones sociales y el bienestar de quien la padece.¹³

Según una publicación hecha por De la Cruz y colaboradores en 2013, llevar un tratamiento dietético en general es difícil debido a: la insistencia de las personas tratadas por consumir alimentos restringidos, la resistencia a cambiar hábitos poco favorables por el disgusto que provocan, la falta de voluntad, el costo que implica seguir una nueva dieta, el descuido que las personas tiene hacia sí mismas, el exceso de apetito que causa que algunas personas sientan que no comen lo suficiente y la falta de tiempo para preparar sus alimentos.¹⁴

Lo ideal es que un tratamiento dietético considere las características propias de la persona (su contexto social, laboral, religioso, ingresos, escolaridad, conocimientos, costumbres, necesidades y gustos), la distribución y fraccionamiento de su dieta, la cantidad y calidad de alimentos que consume, la forma de su preparación, el seguimiento, la educación nutricia, la comunicación dentro de la familia e incluso la participación grupal, ya que todo ello influirá en sus conductas alimentarias.¹⁵

Ignorar algún aspecto ya mencionado puede traer en consecuencia diversos conflictos para las personas con DM 2 en el seguimiento de su tratamiento: la cantidad de dinero que destinará a la alimentación, la elección entre lo que debe consumir o lo que prefiere, optar por lo que debe comer o lo que elige la familia, el tiempo que dedicará a preparar los alimentos, si debe preparar dos tipos de comida diferentes, etc.¹⁵

Las perspectivas que tengan las personas con diabetes acerca de su contexto familiar y social también juega un rol importante en el control metabólico y en logro de cumplir la dieta prescrita.¹⁶ La familia puede ser la fuente principal de apoyo y motivación, o puede actuar como un factor negativo, pues existe la posibilidad de que las preferencias alimentarias de los demás "saboteen" los esfuerzos de quien tiene DM 2, cuando son persuadidos a ingerir alimentos no recomendados o restringidos, pero que sus familiares sí consumen.^{17,18}

Otro aspecto importante es que las prácticas alimentarias no sólo son comportamientos o hábitos, son además prácticas sociales que se conforman en una dimensión imaginaria, simbólica y social.¹⁹ Las prácticas cotidianas de alimentación permiten relaciones sociales mucho más amplias, incluso cuando éstas se realizan en un ámbito familiar privado.²⁰

Un cambio en estas prácticas modifica no solo los hábitos y costumbres de la persona, sino la dinámica familiar y social. En estos cambios también influyen los factores cronológicos, económicos, ideológicos, de roles, presiones morales y aspiraciones de salud, entre otros, que delimitan el perfil alimentario de una persona.²⁰

Al considerar todos los factores expuestos, resalta la importancia de conocer qué hacen las personas cuando están en el seguimiento de un tratamiento dietético pues a algunas se les dificulta más el cambio de dieta que a otras, sin importar que precisamente este cambio sea el tratamiento o la medida de control de la enfermedad y sus complicaciones.

En diversas investigaciones cuantitativas se abordan la adherencia al tratamiento para la DM 2 en general, sin embargo, son escasos los estudios centrados exclusivamente en el tratamiento dietético y los que existen, coinciden en continuar buscando estrategias que tengan un gran impacto en las personas para que modifiquen sus prácticas alimentarias.^{21,22}

Otras investigaciones abordan el tratamiento de DM 2 desde un enfoque cualitativo, pero son pocas en comparación con las que poseen un enfoque cuantitativo, por lo que es necesario realizar más estudios cualitativos a fin de enriquecer la información respecto a este tema desde la perspectiva de quienes viven con la enfermedad.

Esta investigación se planteó como una oportunidad para aportar conocimiento acerca de la alimentación de las personas con DM 2 después de que recibieron indicaciones de su tratamiento dietético, en ello radica la importancia de explorar las perspectivas de las personas con DM 2 que influyen en el seguimiento del tratamiento dietético, así como sus prácticas para continuarlo.

La pertinencia de este estudio reside en la necesidad de contar con bases teóricas apegadas a la realidad de la población, que aporten información útil para establecer estrategias más favorables al seguimiento del tratamiento dietético; de este modo se crea una oportunidad de brindarles mejor atención y un tratamiento más adecuado a la población estudiada.

También se espera contribuir, indirectamente, a retrasar la aparición de las complicaciones que merman su calidad de vida así como su productividad, ello a través de la identificación de puntos clave que permitan favorecer y mejorar el seguimiento de su tratamiento dietético.

Ante esta situación surgen las siguientes preguntas de investigación:

1.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las perspectivas de las personas con DM 2 en el seguimiento de su tratamiento dietético?

¿Cuáles son las prácticas que implementan las personas con diabetes para seguir su tratamiento dietético?

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades de la diabetes

2.1.1. Concepto y clasificación

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que se caracteriza por la presencia de hiperglucemia y es resultado directo de una falta de insulina, de su ineficacia o de ambas. El término *diabetes mellitus* deriva del latín y del griego clásicos que significa “gasto de azúcar”.²³

Una de las clasificaciones de la diabetes se basa en si se presenta en forma primaria o secundaria. Las formas primarias corresponden a diabetes tipo 1 (DM 1) y diabetes tipo 2, aunque también incluyen ciertos defectos genéticos específicos de la secreción y la acción de la insulina que se clasifican dentro de otros tipos de diabetes.²⁴ A continuación se describirá brevemente dicha clasificación.

La DM 1, antes llamada dependiente de insulina, inestable o diabetes juvenil, es la forma más grave y la menos frecuente (1 a 2% del total en México), suele afectar a individuos jóvenes aunque puede aparecer a cualquier edad, se caracteriza por la falta de insulina endógena y por una notable tendencia a la cetosis cuando la administración exógena falta, inicia súbitamente y a menudo su primera manifestación es la cetoacidosis.²⁴

La DM 2 — antes denominada no insulino dependiente, diabetes del adulto o estable — es la forma más frecuente de diabetes mellitus (98 a 99% del total de casos en México). Suele iniciarse a partir del cuarto decenio de vida, su prevalencia aumenta con la edad, sus síntomas aparecen de una manera más gradual que en la DM 1 y con frecuencia es asintomática.²⁴

La mayoría de las personas con DM 2 son obesas al momento del diagnóstico (del 80 a 85%), algunas pierden peso después y una minoría está en su peso ideal; cabe destacar que con el paso de los años, si no se sigue

adecuadamente el tratamiento, puede ser necesario el uso de insulina para el control de la glucosa en sangre.²⁴

La diabetes gestacional es aquella que se presenta durante el embarazo, mujeres afectadas por esta condición pueden retornar a su estado glucémico normal después del parto, sin embargo tienen un elevado riesgo de presentar DM 2 en los años que siguen.²⁴

Otros tipos específicos de diabetes incluyen: defectos genéticos de la función de la célula beta del páncreas (MODY), defectos genéticos de la acción de la insulina (Ileprechaunismo, síndrome de Rabson-Mendenhall, entre otros), enfermedades del páncreas exocrino (por fibrosis quística, traumatismo, etc.), enfermedades endócrinas, diabetes inducida por sustancias químicas, medicamentos e infecciones, otras formas poco comunes de diabetes mediada por el sistema inmunológico y otros síndromes genéticos.²⁴

No obstante que todos los tipos de diabetes requieren medidas de tratamiento muy similares, el presente trabajo gira en torno a la DM 2, que es la más frecuente, ya que afecta a más del 90% de la población con diabetes en México, por ello los siguientes apartados se centran en ésta.

2.1.2. Medidas de tratamiento y control de la DM 2

El riesgo de padecer complicaciones y la intensidad con que éstas se presentan obedece a su control metabólico y al modo en que la persona sigue su tratamiento que se maneja en dos componentes: el farmacológico y el no farmacológico, este último incluye: tratamiento dietético, ejercicio, educación acerca de las medidas generales de cuidado y monitorización de la enfermedad.

Las pautas dadas para el tratamiento por la Asociación Americana de Diabetes (por sus siglas en inglés, ADA) indican que después del diagnóstico se iniciará con algunos fármacos como metformina (a menos que esté contraindicada), acompañada de una intervención a favor del cambio del estilo de vida actual de la persona.²⁵

Se recomienda la pérdida de peso (7% del peso corporal) en sujetos con sobrepeso u obesidad y la práctica de actividad física, además de los cambios de hábitos no saludables, como alcoholismo y tabaquismo.²⁵

El tratamiento dietético es la parte más importante del componente no farmacológico, ya que si se cumple con el consumo medicamentos, pero no con los cambios en la dieta que indica el tratamiento, resulta prácticamente imposible mantener el control de la glucosa sanguínea dentro de los parámetros normales.²⁵

La ADA menciona que la cantidad de carbohidratos, proteínas y lípidos se deben establecer conforme a los objetivos de control metabólico y a las preferencias de la persona. El consumo de alcohol en adultos debe ser a una copa por día o menos para mujeres y hasta 2 o menos por día para los hombres, para ello es importante que su consumo no sea en ayuno para disminuir el riesgo de los posibles casos de hipoglucemia.²⁵

También se subraya la importancia de la educación para el autocuidado en diabetes y que la actividad física debe ser aeróbica, de moderada a intensa por lo menos de 150 minutos por semana.²⁵ Estas medidas han sido adoptadas en Europa, principalmente en España y el Reino Unido, no obstante han servido como referencia para varios países latinoamericanos como México.

2.2.1. Estándares de la NOM 015 para tratamiento de la diabetes.

En México, el tratamiento se rige por la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en ella se dan a conocer las disposiciones que por ley deben cumplir todos los servicios de salud. A continuación se presentan algunas citas textuales que pueden resumir dicho tratamiento:

“Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles adecuados de glucosa, colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos, presión arterial, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, y la HbA1c. Estas

metas serán objeto de vigilancia médica de manera periódica. El manejo inicial de pacientes con DM 2 se hará mediante medidas no farmacológicas, mismas que se deberán mantener durante todo el curso del tratamiento.²⁶

Es responsabilidad del personal médico, apoyado con un equipo de salud, motivar a la persona en la adopción de medidas de carácter no farmacológico ya que son condiciones necesarias para el control de la enfermedad y retraso de complicaciones, por lo que el equipo de salud en el cual se apoya deberán estar sensibilizados en cuanto a considerar las condiciones de vida que tienen tanto hombres como mujeres, derivadas del género, para adaptar las medidas de carácter no farmacológico, con el fin de favorecer el control de la enfermedad”.²⁶

Por tanto el manejo no farmacológico es la base para el tratamiento de pacientes con... diabetes, consiste en el control de peso y actividad física apoyados en un programa estructurado de educación terapéutica para lograr el autocuidado, pero sobre todo es vital que cuente con un plan de alimentación como a continuación se describe”.

2.2 Tratamiento dietético

Según la NOM-015-SSA2-2010 para el establecimiento del tratamiento dietético de una persona con DM 2 se deberá:

“Analizar y considerar los hábitos de la persona y realizar las modificaciones que sean necesarias a fin de contribuir en el logro de las metas del tratamiento.²⁶

La dieta para el paciente diabético será variada con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos. Se recomienda reducir o evitar el consumo de azúcares simples, permitiéndose el uso de edulcorantes no nutritivos, permitidos por la Secretaría de Salud.²⁶

Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de cereales integrales y derivados lácteos descremados. La restricción del consumo de alcohol es recomendable en todos los pacientes, particularmente en aquellos(as) con descontrol metabólico, obesos, hipertensos o con hipertrigliceridemia.²⁶

El (la) responsable del tratamiento indicará la dieta apropiada para cada persona de acuerdo con los requerimientos calóricos por día/kg de peso ideal, y según las condiciones clínicas y personales. El monitoreo de glucosa y de los otros factores de riesgo cardiovascular servirá para determinar si la dieta permite cumplir las metas del tratamiento.²⁶

El valor calórico total (VCT) diario de los alimentos, derivado de los macronutrientes para mantener un peso recomendable será de la siguiente manera: menos del 30% de las grasas, de lo cual no más del 7% corresponderá a las grasas saturadas, con predominio de las monoinsaturadas (hasta 15%); 50%-60% de hidratos de carbono predominantemente complejos (menos del 10% de azúcares simples), 14g de fibra por cada 1000 Kcal, preferentemente soluble. En promedio 15% de las kcal totales corresponderá a proteínas y la ingestión de colesterol no será mayor de 200 mg/día".²⁶

2.2.1 Importancia del tratamiento dietético para el control metabólico y la disminución del riesgo de complicaciones

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.²⁶

Por ello una alimentación adecuada es la piedra angular del tratamiento de esta enfermedad, además requiere de la motivación y supervisión por parte de los profesionales del área de la salud, idealmente el apoyo de un licenciado en nutrición.

Debe insistirse en que se logren aunque sea un mínimo de cambios, que por lo general resultan ser benéficos para quien padece DM.²⁶ En muchos casos el seguimiento adecuado del tratamiento dietético resulta suficiente para controlar dicha patología, es ahí donde radica su importancia.²⁷

2.4 Seguimiento, adherencia y cumplimiento terapéutico

Una gran parte de los tratamientos en la práctica clínica quedan bajo la responsabilidad de quien los recibe; si existen fallos se favorece y agrava la progresión de las enfermedades, esto hace imposible estimar los efectos reales así como el valor de dichos tratamientos, también dificultan el seguimiento y provocan un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.²⁸

Históricamente en la cultura sanitaria de nuestro país se ha asumido que la función principal de los profesionales de la salud es indicar a los pacientes qué comportamientos han de adoptar para que sus problemas desaparezcan o disminuyan.²⁹

En coherencia con esta perspectiva se ha supuesto que la función principal de los pacientes es llevar a cabo todas las indicaciones que han recibido. La propia palabra “paciente” refleja la actitud pasiva que se espera de ellos, pero aunque los “pacientes” quieran que su salud mejore es frecuente que no sigan los consejos de los profesionales.²⁹

Es usual oír del personal sanitario que el “no-cumplimiento” de los tratamientos se debe en gran medida a que los “pacientes” no asumen la responsabilidad de su propia salud y la trasladan a ellos al creer que, de una forma casi mágica, su salud mejorará “yendo” a las consultas, “cooperando” pero sin “hacer” (tomar la medicación, seguir una dieta equilibrada, realizar ejercicio) y es que una cosa es escuchar lo que tienes que hacer y otra muy distinta hacerlo.²⁹

Por otro lado, el cumplimiento terapéutico en las enfermedades crónicas tiene interés desde el punto de vista de muchas disciplinas, pues el mejor

tratamiento desperdicia su eficacia si no se sigue en forma apropiada. Concretamente en la DM 2 dicho cumplimiento resulta crucial.³⁰

Cabe añadir que la complejidad del tratamiento se asocia a un peor cumplimiento, este es el caso de la diabetes: se requiere seguir un tratamiento farmacológico y uno dietético, ejercicio físico, abandono del tabaco, cuidado profiláctico de las lesiones, técnicas de autoanálisis y autocontrol, entre otras acciones de autocuidado. Una gran mayoría de personas añadirá también otros fármacos para la prevención y/o tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular.³⁰

Pese a lo anterior se han detectado estrategias útiles como: educación terapéutica, garantía de acceso a servicios de salud y medicamentos, implementación de intervenciones multifactoriales con modelos de atención centrados en detección de barreras individuales y problemas psicosociales, además de la formación de personal de salud con énfasis en el cumplimiento terapéutico y el seguimiento de guías clínicas.³⁰

Sin embargo, la palabra “cumplimiento” se torna distante del contexto de la persona que recibe un tratamiento, se transforma en un término que refleja sólo llevar a cabo ciertos comportamientos indicados sin considerar lo que la persona siente, piensa, necesita, enfrenta y decide.

Otro término propuesto es el de adherencia al tratamiento, que se define como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”.³⁰ Esta implicación de la persona rompe los esquemas tradicionales de la visión del paciente e involucran la necesidad de vigilar dicho curso de comportamientos, es decir, dar seguimiento.

Una definición dada por Di Mateo y Di Nicola resalta que para alcanzar la adherencia al tratamiento la persona debe jugar un papel activo al participar en su formulación, en la toma de decisiones, en su establecimiento y seguimiento;

para ello se le debe permitir ser parte de su proceso salud-enfermedad y fomentar su colaboración con el personal médico a partir de la aceptación del tratamiento.³¹

Se prefiere el término “adherencia” para fines de este estudio ya que no impone sino que plantea un acuerdo, es el punto deseable que aún no se logra alcanzar, pero es necesario conocer más elementos de fondo y de la cotidianeidad de las personas con DM 2 para poder verla como una herramienta compleja que se ha de construir durante el proceso de seguimiento a fin de lograr el control de su condición.

Seguir un tratamiento no es una responsabilidad exclusiva de la persona que padece una enfermedad, en congruencia con lo anterior, se reconoce que es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de un conjunto de elementos relacionados con el individuo: el/los tratamiento/s, la/s enfermedad/es, los factores sociodemográficos, el sistema de salud, la comunicación “paciente-profesional” y la educación terapéutica.³²

Existe todavía un gran debate en la esfera intelectual de la salud acerca de si las palabras cumplimiento, adherencia, adhesión y apego son sinónimas, las diferencias entre ellas y cuál es la más apropiada, sin embargo aún no se ha llegado al consenso.

Cabe destacar que muchos autores no hacen distinción entre los términos mientras implique la conformidad de quien recibe el tratamiento, pero aún no se ha creado un término realista que sea capaz de considerar la complejidad del contexto de la persona.

2.4.1. Factores que influyen en el seguimiento y adherencia al tratamiento dietético

Cuando se presenta la necesidad de que las personas cambien su dieta, desde la perspectiva de las ciencias de la salud, es frecuente olvidar el carácter social de la alimentación, los significados que adquiere la comida en la configuración de la vida familiar y de la sociedad, los contenidos normativos, la dinámica de

organización de tareas y responsabilidades que establece la vida cotidiana en torno a la satisfacción de esta necesidad fundamental.³³

Del mismo modo se relegan elementos entrecruzados en el acto alimentario, los saberes inter-generacionales respecto a la comida, las formas de vida de los sujetos, las desigualdades sociales y de género en la realización del trabajo doméstico alimentario.³³

Es necesario abordar la adherencia al seguir un tratamiento dietético desde una perspectiva social y considerarse como un fenómeno complejo mediado por múltiples elementos relacionados con aspectos personales, así como aspectos situacionales o contextuales tales como: motivación al cambio, creencias, autoeficacia, relación con el médico, apoyo familiar y valoración del tratamiento.^{34, 35}

Existen barreras identificadas en torno al seguimiento de un tratamiento dietético como: carencia de frutas y vegetales en el mercado, abandono del plan por aburrimiento, predilección por comer alimentos no recomendados o en mayor cantidad que la indicada, alto costo de algunos alimentos y la situación económica desfavorable que algunos refieren presentar.³⁶

2.4.2. Estudios relacionados con adherencia al tratamiento dietético y cumplimiento del mismo

Es posible identificar que el estado del arte respecto a la adherencia y al cumplimiento terapéutico en personas con DM 2 ha sido abundante desde el abordaje cuantitativo, no así desde lo cualitativo, sin embargo son muy pocos los que se centran o consideran únicamente el tratamiento dietético.

Bawadi y colaboradores describieron el patrón alimentario de las personas con DM 2. Entre sus hallazgos destacan que el perfil dietético de los sujetos estudiados no cumplió con las recomendaciones en varios aspectos: el alto consumo de carbohidratos, azúcar, sodio y una baja ingesta de grasas

poliinsaturadas, por lo que piden dar mayor atención a la sensibilización y educación sobre la nutrición con el fin de promover una alimentación saludable.³⁷

Colles y colaboradores se centraron en los patrones de alimentación, creencias y determinantes en la elección de alimentos con relación a la salud metabólica en personas con diabetes tipo 2.³⁸

El consumo excesivo de aceites/grasas y la ingesta de comidas/colaciones procesados eran comunes en algunos de los encuestados, la ingesta diaria promedio de frutas y verduras fue baja. Los que refirieron que comían lo que les servían, dijeron consumir menos frutas y verduras, se hallaron creencias erróneas acerca del valor saludable de los alimentos que influyeron en los patrones alimentarios y en su salud metabólica.³⁸

Por otra parte, Gomes y colaboradores se interesaron por conocer la relación entre apoyo social, adhesión a los tratamientos (insulina, antidiabéticos orales, dieta, ejercicio físico) y el control clínico-metabólico. En este estudio la adhesión al tratamiento no medicamentoso fue baja en 69,1% de los participantes, además cuanto mayor era la escolaridad menor fue la adhesión.³⁹

Otra investigación, realizada por Matej y colaboradores, identificó que sólo la tercera parte de las personas con diabetes recibió alto nivel de apoyo familiar con su consumo regular de alimentos al evitar el consumo de carbohidratos simples durante la preparación y consumo de comida, sin embargo, hubo un bajo nivel de consumo compartido de comidas dietéticas y compra de alimentos incluidos en la dieta, no obstante, el apoyo no se reflejó en un mejor control glicémico.⁴⁰

Lancheros y colaboradores evaluaron conocimientos, actitudes y prácticas acerca del tratamiento nutricional en personas con DM 2 y su relación con el consumo de calorías y macronutrientes. El cumplimiento de las recomendaciones de consumo de calorías y macronutrientes fue bajo, pero no tuvieron una relación estadísticamente significativa con conocimientos, actitudes o prácticas.⁴¹

Por otra parte, Moreno y Vera estudiaron la influencia de la educación nutricional en el cumplimiento de la dieta y el control de la DM 2, su impacto y la importancia de la participación de los familiares en el buen control de la enfermedad. Después de la intervención en personas con diabetes y sus familiares, se demostró que la falta de educación no fue significativa en el cumplimiento de la dieta, pero sí fue un factor importante para éste y para el buen control.⁴²

Sáez, investigó la relación entre el nivel socioeconómico de personas con DM 2 y su adhesión al tratamiento nutricional, como resultados se encontró que las principales falencias se relacionaban con escaso consumo de verduras crudas y métodos de cocción utilizados con más frecuencia. La mayoría de participantes no refirieron obstáculo en el cumplimiento del tratamiento, no obstante el más reconocido para otros fue el presupuesto, seguido por restricciones de dulces, control de las cantidades, tentación y aburrimiento.⁴³

Respecto a los estudios cualitativos encontrados, resaltan los siguientes: Abolghasemi y Sedaghat exploraron las dimensiones de las actitudes en personas con DM 2 hacia su condición. Dentro de los resultados identificaron que sus creencias sobre alimentación se basaban en información médica, por otra parte, la mayoría de los participantes mostró preferencia por la confitería, consideraron que los vegetales fritos y los huevos hervidos eran alimentos adecuados.⁴⁴

Los informantes mencionaron que variar la dieta, comer menos cantidad y dejar mayor tiempo entre comidas, así como ajustar el consumo puede ayudar a recuperar la salud. Los obstáculos señalados para seguir el régimen dietético fueron: síntomas de hipoglucemia, otras enfermedades como úlcera péptica, mal sabor y trastornos mentales. Además se concluyó que el conocimiento y la interacción familiar afectaron las actitudes.⁴⁴

Ebrahim y colaboradores describieron experiencias de personas con DM 2 en relación a factores contextuales que promuevan o impidan el cumplimiento

de las directrices del cuidado nutricional. Los participantes afirmaron que la responsabilidad de adherirse a las directrices nutricionales no sólo era de ellos, sintieron presión para adherirse a las costumbres y prácticas de sus familias. La tentación, las percepciones de moderación, antojos y muerte fueron barreras evidentes.⁴⁵

A nivel organizacional y de sistemas de salud, los largos tiempos de espera fueron señalados como frustrantes, sin embargo, la interacción con el personal de salud fue señalada como buena, en lo que concierne a limitaciones financieras la accesibilidad alimentaria fue otra barrera señalada por la mayoría de los participantes para cumplir las recomendaciones nutricionales.⁴⁵

Hinder y Greenhalgh se encargaron de describir la vida de las personas con diabetes y el autocuidado que ponen en práctica mediante una etnografía. En los resultados concernientes a la alimentación, el autocuidado se vio afectado por las influencias que interactuaron en tres niveles. A nivel personal el tiempo dedicado a la planificación, preparación de las comidas, los conocimientos acerca de la dieta y las prácticas alimentarias inadecuadas observadas.⁴⁶

A un nivel medio, el placer físico inmediato, el significado social de la comida y los beneficios a largo plazo de un estricto régimen dietético, la disponibilidad de alimentos y el significado simbólico que la comida tiene dentro de la familia fueron puntos importantes. A nivel macro se contemplaron las condiciones económicas imperantes, normas, expectativas culturales y la lógica del apuntalamiento del sistema de salud vigente fueron factores que intervinieron en el autocuidado.⁴⁶

Ramal y colaboradores se dedicaron a conocer los factores que influyen en el autocuidado de hispanos con DM 2 de bajo nivel socioeconómico. De los cuatro grandes temas que emergieron en este estudio el dominante fue la familia, que tiene el potencial de mejorar o limitar el autocuidado de la diabetes. La lucha con la dieta fue un factor limitante para los participantes y sus familias.⁴⁷

Algunos expresaron frustración al intentar que los miembros de sus familias comieran alimentos saludables. Se hicieron observaciones con respecto a su propia capacidad de implementar con éxito cambios en el estilo de vida y la alimentación que reflejan una fuerte necesidad de apoyo familiar.⁴⁷

Santos y Silva se interesaron por investigar cómo perciben las personas con DM 2 la participación de su familia en la adherencia al tratamiento. En los resultados se observó la necesidad de sentirse parte de la familia al asegurar que todos comieran lo mismo y la dificultad de adherirse a las prácticas saludables cuando los familiares no las practicaban.⁴⁸

La falta de esfuerzo o tiempo para preparar dos tipos de comidas y la exclusión que implica hacerlo fueron fenómenos señalados, se halló en mujeres la tendencia de transferir la responsabilidad a los familiares de seguir la misma dieta.⁴⁸

Shaw y colaboradores se centraron en conocer necesidades y barreras psicosociales para el manejo de la DM 2 entre nativos de Alaska e indios americanos. Los informantes percibieron a familiares y amigos como obstáculo por no apreciar la importancia de sus necesidades alimentarias.⁴⁹

La mayoría de los participantes describieron cambios en sus hábitos sociales y lo relacionaron con las restricciones dietarias impuestas por la diabetes. Existieron dificultades a consecuencia de sus necesidades dietéticas, éstas dieron lugar a evitar situaciones sociales o a terminar relaciones no solidarias, lo que incrementó su aislamiento social.⁴⁹

Troncoso y colaboradores se encargaron de estudiar los factores que determinan la adherencia al tratamiento no farmacológico según la opinión de adultos con DM 2. Una minoría comprendía que llevar un adecuado plan de alimentación permite disminuir las posibles complicaciones.⁵⁰

La mayoría de los entrevistados identificó la importancia de la dieta como parte del cuidado en su calidad de vida, pero no fue percibida como uno de los

componentes esenciales. Además reconocieron que el cambio de estilos de vida beneficia también a su familia, no obstante, existieron condicionantes como la jornada laboral, el ingreso económico, la falta de control de la ansiedad y sus hábitos alimentarios que dificultaban cumplir con la dieta.⁵⁰

Según los hallazgos de Hernández y Mercado acerca de la atención médica dada a los enfermos crónicos en el Seguro Popular, los enfermos crónicos y el personal de salud entrevistados enfrentaron sistemáticamente dificultades y carencias para acceder a ellos. El resultado, en todos los casos, es el no cumplimiento o cumplimiento parcial del tratamiento con los efectos que ello tiene en el control de la enfermedad.⁵¹

Otro estudio realizado por Ávila Sansores y colaboradores, dio a conocer la percepción de las barreras personales y sociales hacia el tratamiento de personas con DM 2 e hipertensión.⁵²

Las barreras encontradas para la dieta fueron: su carácter restrictivo, falta de conocimientos acerca de la alimentación y forma de preparación, desagrado por el consumo de verduras, limitación de tortillas, la economía y la falta de disposición familiar para consumir los alimentos indicados para la persona con DM 2, tampoco señalaron alternativas de alimentos durante fiestas o eventos sociales que reflejó una falta de apoyo familiar en la adaptación de la dieta.⁵²

Montiel y Domínguez investigaron las razones por las que se presentan dificultades para controlar la DM 2 y evitar complicaciones. Para cumplir la dieta recomendada, las barreras internas encontradas fueron: preferencias y gustos por la comida, el modo habitual de comer considerado no modificable, la regulación del apetito, las cantidades necesarias para sentirse satisfechos, lo poco atractivo de los alimentos y las costumbres enraizadas.⁵³

En cuanto a las barreras externas existieron limitaciones para disponer de los alimentos recomendados, restricciones económicas, doble preparación de comida (para ellos y sus familiares) y la función de la comida en las relaciones

de convivencia social, pues negarse a comer se percibió como un desaire hacia los anfitriones.⁵³

El estudio cualitativo aporta información valiosa del cambio de hábitos alimentarios desde el contexto sociocultural de personas con DM 2, abordar perspectivas permite identificar aspectos psicológicos y sociales modificables para lograr la adherencia que se requiere en el tratamiento dietético.^{54,55, 56}

Por otro lado, estudiar prácticas predeterminadas en diversos estudios cuantitativos ha sido útil para proponer estrategias de intervención preventiva, orientadas a modificar creencias, actitudes y comportamientos, con el propósito de mejorar la salud individual, familiar y colectiva a través de la educación para la salud.⁵⁷ Pese a ello se ha señalado la necesidad de realizar análisis cualitativos que permitan comprender las prácticas de la vida cotidiana que asume el individuo ante la enfermedad.^{53 58}

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Explorar las perspectivas y prácticas de personas con diabetes mellitus tipo 2 en el seguimiento del tratamiento dietético.

3.2 Objetivos específicos:

- Conocer las perspectivas de las personas con DM 2 acerca del seguimiento de su tratamiento dietético.
- Identificar las perspectivas que favorecen y que obstaculizan el seguimiento de su tratamiento dietético.
- Conocer las prácticas que llevaron a cabo las personas con DM 2 para el seguimiento de su tratamiento dietético.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio y diseño metodológico

Se eligieron métodos cualitativos que permitan explorar, desde la narrativa de las personas con que viven con DM 2, las perspectivas y prácticas en torno al seguimiento del tratamiento dietético.

El paradigma interpretativo respalda el estudio, éste se usa para la indagación de hechos sociales con base en que la interpretación es el medio por el cual se otorga un determinado sentido a cierta realidad, profundiza en el conocimiento y pretende centrarse en la comprensión del punto de vista del actor social como quien construye, interpreta y modifica la realidad.⁵⁹

Este paradigma se acompañó de una perspectiva epistemológica, la cual permite dar dirección a la investigación además de guiar las técnicas y el uso instrumentos seleccionados. Se eligió el Subjetivismo debido a su afinidad, pues sostiene que la realidad se somete al pensamiento, también pretende entender la realidad de cada individuo al explorar las razones de sus comportamientos.⁵⁹

Esta combinación no sólo permitió indagar perspectivas y prácticas, también pone a disposición de quien se interese en el tema información útil para proponer estrategias más adecuadas y algunas sugerencias a fin de brindar atención a las personas con DM 2.⁵⁹

4.2 Etnografía como diseño de investigación cualitativa en salud.

La etnografía se caracteriza por estudiar el contexto humano pues considera que un fenómeno involucra normas y pautas culturales del comportamiento. Trata de describir la cultura de un grupo de personas a través de un estudio detallado que incluye el lenguaje y las costumbres.⁵⁹

La recolección de datos privilegia la observación (participante o no) así como las entrevistas a informantes, con los materiales obtenidos se hace una

descripción detallada del fenómeno en estudio. La selección de informantes en un determinado grupo se hace con base en criterios y de forma cuidadosa para asegurar que sean sujetos representativos del grupo.⁵⁹

La etnografía puede mostrar una visión desde la perspectiva del participante o del investigador, éste último puede complementar su trabajo al estudiar documentos escritos y otros materiales pertinentes. En general el investigador se mueve dentro de dos campos de perspectivas: desde la realidad de los participantes hacia las posibles interpretaciones teóricas y viceversa.⁶⁰ Este diseño es de gran utilidad para estudiar problemas relacionados con salud, permite describir y obtener conocimiento de la realidad que las personas viven respecto a una enfermedad.⁶⁰

Debido a sus cualidades y por la limitación para insertarse en el campo, se llevó a cabo un estudio cualitativo en el que se retomaron algunas de las técnicas que usa la etnografía; esto permitió crear una descripción de las ideas, puntos de vista y opiniones que influyeron en las prácticas de las personas que siguen un tratamiento dietético.^{59, 60}

4.3 Selección del área de informantes

Esta investigación se desarrolló en la ciudad de San Luis Potosí, el punto de contacto para obtener informantes fueron dos centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria No.1. Se seleccionaron los centros de salud Anáhuac y 6 de junio pues cuentan con servicios de atención para personas con DM 2; además se eligieron por el interés, la factibilidad que ofrecieron para desarrollar el estudio y por la accesibilidad geográfica que tienen.

La información contextual se obtuvo de algunos documentos de investigaciones previas, de observación participante así como del personal directivo y de los promotores de salud de estos centros. Gracias a ellos se obtuvo

el conocimiento de cómo funcionan los servicios de atención a personas con DM 2, la organización de los centros así como datos relevantes de los mismos.

Los centros de salud Anáhuac y 6 de junio son predominantemente urbanos, donde se atiende a personas afiliadas al Seguro Popular y al programa Prospera, en ellos se brinda atención primaria con el modelo de medicina familiar preventiva a través de servicios de planificación familiar, módulos de consulta médica y dental, entre otros, ambos centros cuentan con un consultorio nutricional.

El recorrido sobre la Av. Curie que va de un centro a otro tiene aproximadamente 27 cuadras, a lo largo de él se pueden apreciar diversas misceláneas con productos alimenticios industrializados de las marcas: knorr, lala, holanda, coca-cola, bimbo, y otros comunes en el país, la mayoría cuenta con frutas pero pocos ofrecen verduras, si las venden mínimo se puede encontrar tomate, cebolla y chile.

También se encuentra una purificadora de agua y un negocio de productos Herbalife próximos al centro 6 de junio, además existe un depósito de cervezas a menos de una cuadra de cada uno de ellos, así como diversas cocinas económicas y puestos de comida que ofrecen sopes, gorditas, quesadillas, tamales, jugos, atoles, tacos y comida corrida. En el camino se pueden observar un par de carnicerías, una tienda de semillas y dos panaderías. A continuación se presenta una breve descripción de dichos centros.

4.3.1 Centro de Salud Anáhuac

Se ubica en la calle Leonardo Da Vinci esquina con Avenida Curie entre zonas de medio y bajo grado de marginación según la clasificación de área geoestadística básica (AGEB), son sus áreas de responsabilidad las siguientes: Colonias: Progreso, Pilitas, el Paseo, Francisco I. Madero; Fraccionamientos: Anáhuac, San Miguel, del Llano, Central, Española, Capricornio, Valle Dorado, Nuevo Paseo, Esmeralda; Condominios: Glorieta y Gaviotas.



Figura 1: Ubicación del Centro de Salud Anáhuac-Progresso Fuente: Google Maps

Las instalaciones de la unidad incluyen oficinas administrativas, dirección general, jefatura de enfermería y archivo. Cuenta también con una sala de usos múltiples, un módulo de información y dos salas de espera, ocho consultorios, entre ellos el de nutrición y un laboratorio clínico. Este centro de salud atiende a personas de nivel socioeconómico bajo en cuatro núcleos básicos de atención médica familiar donde tienen registradas a 395 personas con DM 2.

Al insertarse en dicho lugar se encontró al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) “Luz y Esperanza” creado hace ocho años y conformado oficialmente por 25 personas con enfermedades crónicas de 40 a 78 años de edad, del grupo original sólo continúan cinco personas.

La mayoría de los asistentes son mujeres y se contabilizaron tres hombres que no asisten diariamente, este grupo se encuentran a cargo de la promotora de salud. En ocasiones son más de 25 personas las que asisten, por lo que al momento de terminar esta investigación se encontraba en proceso la formación de otro GAM.

Sus actividades principales son: ejercitarse de lunes a viernes de 8 a 9 am en el patio del Centro, también reciben pláticas de promoción de salud, prevención complicaciones y de otras enfermedades, así como consejos de

autocuidado por parte de diferentes profesionales invitados o que laboran en la institución cada dos semanas. Cuentan con certificación como grupo de calidad.

Dos pasantes de Nutrición de la UASLP se encargan de brindar orientación y consultas, también imparten talleres de preparación de alimentos para los miembros del GAM. Cada 15 días escogen recetas que puedan ser de interés general y se reúnen con las personas en el aula de usos múltiples. A veces solicitan su participación voluntaria para aportar algunos de los ingredientes a utilizar, de este modo todos pueden probar la preparación del día.

4.3.2 Centro de Salud 6 de Junio

Este centro se ubica en la Av. Curie esquina con Ramón y Cajal, son de su responsabilidad: Colonias 6 de Junio, Román Suárez, Juan Sarabia, Aguaje, Simón Díaz, Aguaje 2000, Dalías, Dalías del Llano, Jaspe, San Elías, San Salvador, Valle de Dalías, Héroes de Chimalhuacán. Fraccionamientos: Residencial Salk y Salk II, El Aguaje, Jardines del Sur, Industrias, El Bosquecito, Español, Flores del Aguaje, Trojes del Sur, Dalías del Llano, Nuevo Progreso, el Bosquecillo; Unidades: el Arbolito y Los Arbolitos INFONAVIT.



Figura 2: Ubicación del Centro de Salud 6 de junio

Fuente: Google Maps

Se sitúa entre zonas de medio y bajo grado de marginación, aquí se atiende a personas de nivel socioeconómico medio, bajo y muy bajo, cuenta con tres núcleos básicos. Fue remodelado hace aproximadamente dos años por lo que sus instalaciones son prácticamente nuevas, el edificio se conforma de dos pisos.

En la planta baja esta la sala de espera, el módulo de afiliación, un módulo de hidratación oral que se habilitó como el consultorio de nutrición, las oficinas de promoción de salud, el cuarto de archivo y baños, un almacén de medicamentos, los módulos SITE y de Medicina preventiva así como una sala de emergencias. También posee un aula de usos múltiples, cinco consultorios y el módulo de somatometría, un módulo de curaciones, el laboratorio y un cuarto séptico donde se guardan los materiales y equipo de limpieza. En la planta alta se encuentran las oficinas de administración, jefatura de enfermería y la dirección.

Existe allí el registro de un GAM, sin embargo, no está consolidado ya que realmente son pocas las personas que asisten a él. El promotor de salud es el encargado del grupo e implementa actividades para ejercitarse los días lunes, miércoles y viernes de 9 a 10 am, pero normalmente sólo asisten de cuatro a cinco personas a estas actividades de las cuales no todas tienen DM 2.

Los tratamientos dietéticos y la orientación nutricia también están a cargo de una pasante de Nutrición de la UASLP, incluso ella se une a la activación física y da pláticas para la promoción de alimentación saludable dirigidas al GAM, así como talleres participativos acerca de bebidas industrializadas, hierbas y especias, aguas saborizadas sin azúcar preparadas en casa, entre otros temas de alimentación saludable.

Los centros de salud antes descritos tienen características muy similares, esto lo que le da cierta uniformidad a sus características socioeconómicas dentro de cada centro de salud, sin embargo la diferencia más notable es la conformación de los GAM encontrados y el nivel socioeconómico de las personas que asisten a cada uno de ellos allí para su atención, pues en este centro de salud se atienden a más personas afiliadas al programa Prospera, esto podría influir si se deseara comparar uno con el otro, pero esto no es objetivo del presente trabajo ni es necesario.

4.4 Informantes

Al inicio se tenía planeado entrevistar a personas entre 40 y 59 años, no obstante al tener mayor contacto con el campo se identificó que a los GAM de los centros de salud asisten muy pocas personas de este rango de edad, por lo que se decidió dejar abierto el rango de edad a partir de los 40 años.

También se seleccionaron aquellas personas que tuvieran diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y que lleven o llevaron un plan de alimentación prescrito como parte de su tratamiento. Se extendió la invitación a 17 personas de las cuales se entrevistó a 13, tanto a hombres como a mujeres, aunque estas últimas fueron mayor número debido a que son las que más asisten a los GAM de estos centros de salud.

De las cuatro personas que no aceptaron participar dos se contactaron en el Centro de salud Anáhuac y las otras dos en el 6 de junio, las primeras dos escucharon la invitación pero nunca dieron una respuesta, de las restantes una respondió que no estaba interesada en participar en el estudio y otra refirió no poder por los horarios de su trabajo.

Se puede apreciar en la tabla 1 que el 84.6% de los informantes fueron mujeres. Del total de los entrevistados el 69.2% se refirieron como casados, 7.7% soltero, 7.7% en unión libre, 7.7% separado y 7.7% en viudez. La edad media fue de 59.5 años y se identificó un rango entre los 47 y 77 años. Respecto al tiempo de haber sido diagnosticado por DM 2, se encontró un rango de 4 meses a 20 años, con una media de 9.7 años.

La co-morbilidad hallada con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial en un 84.6% de los participantes, no obstante, de ellos el 27.3% de los casos tenían otras co-morbilidades aparte de ésta, como lo son: osteoporosis, dislipidemia, secuela de embolia cerebro-vascular, depresión y gastritis. Respecto a la escolaridad, 23% terminó la primaria y 15.4% no pudo concluirla, 15.4% terminaron la secundaria y 15.4% no lo lograron, 15.4% tuvieron una

carrera técnica o comercial y 15.4% se quedó sin estudios. Las ocupaciones de los informantes son: labores del hogar, comercio y servicio de limpieza a domicilio. Todos cuentan con el Seguro Popular como servicio médico, excepto una persona que también tiene Seguro Social. Se incluyó una participante que abandonó su tratamiento dietético recientemente.

**Tabla 1: Caracterización de los informantes de los centros de salud
Anáhuac y 6 de junio**

Código asignado	Sexo	Edad	Tiempo de diagnóstico	Estado civil	Co-morbilidades	Escolaridad	Modo de monitoreo y control
CS6_1	M	53 años	6 años	Casada	Hipertensión arterial	Secundaria completa	Consultas
CS6_2	H	55 años	20 años	Casado	Hipertensión arterial	Secundaria incompleta	Consultas
CS6_3	M	52 años	No recuerda	Casada	Hipertensión arterial	Sin estudios	Consultas
CS6_4	M	63 años	7 años	Casada	Hipertensión arterial	Sin estudios	Consultas
1_CSA	M	49 años	4 meses	Casada	Hipertensión arterial	Carrera comercial	Por sensaciones corporales
2_CSA	M	53 años	10 años	Casada	No refiere	Secundaria completa	Exámenes clínicos mensuales
3_CSA	H	77 años	10 años	Casado	Hipertensión arterial, secuela de embolia	Secundaria incompleta	Automonitoreo
4_CSA	M	67 años	20 años	Viuda	Hipertensión arterial, osteoporosis y dislipidemia.	Primaria completa	Consultas, automonitoreo
5_CSA	M	59 años	5 años	Soltera	Hipertensión arterial	Carrera técnica incompleta	Automonitoreo
6_CSA	M	61 años	6 años	Casada	Hipertensión arterial	Primaria completa	Automonitoreo
7_CSA	M	47 años	9 años	Unión libre	Hipertensión arterial, depresión y gastritis	Primaria incompleta	Automonitoreo
8_CSA	M	63 años	10 años	Casada	Hipertensión arterial	Primaria completa	Por sensaciones corporales
9_CSA	M	74 años	13 años	Sepa- rada	Artritis y gastritis	Primaria incompleta	Exámenes clínicos

M= Mujer H= Hombre

Fuente: Directa

4.5 Estrategia de selección de informantes

El estudio utilizó un muestreo por conveniencia así como la participación voluntaria, para ello la solicitud fue directa y personal. Se consideró conveniente integrar a personas que ya no siguen su tratamiento dietético, pues son una fuente de información con potencial para crear estrategias que puedan ser aplicables a otras personas a fin de evitar que desistan, por lo que se obtuvo la participación de una.

Una vez extendida la invitación a los informantes se pidió su consentimiento y se procedió a realizar las entrevistas con cada uno hasta llegar a la saturación teórica. A continuación se describen los criterios de inclusión, exclusión y eliminación que se utilizaron para este estudio:

Para inclusión:

1. Hombre o mujer de 40 años o más con diagnóstico diabetes mellitus tipo 2
2. Que haya recibido la prescripción de una dieta por parte de un nutriólogo o médico recientemente y se encuentre en seguimiento.
3. Que se mantenga siguiéndola o la haya abandonado como máximo hace un mes.

Para exclusión:

1. Que la dieta que le fue prescrita no cuente con cálculo de kilocalorías y al menos un menú de ejemplo.

Para eliminación:

1. Que sea hospitalizado durante el estudio.
2. Que abandone por propia voluntad el estudio.
3. Que sea familiar de una persona con diabetes y desee participar en nombre de su familiar.

Se encontraron algunas dificultades en el centro de salud 6 de junio para encontrar personas que cumplieran con los criterios de inclusión ya mencionados, por lo que se pidió ayuda al promotor de salud de dicha institución para contactar con personas DM 2 que pudieran participar, gracias a él se logró contactar a dos informantes.

4.6 Técnicas de recolección de información

Durante la recolección se realizaron entrevistas semi-estructuradas basadas en una serie de preguntas ubicadas en el Anexo 1 acordes con los objetivos; se eligió esta técnica por su flexibilidad, pues en algunos casos fue necesario incorporar más preguntas consideradas oportunas para obtener datos de interés durante la entrevista.⁶¹ Las entrevistas estuvieron a cargo de la candidata a maestra en salud pública quien fungió el rol de investigadora.

Otra técnica usada fue la observación participante, aplicada con la finalidad de explorar el contexto cotidiano de los informantes en los centros, los términos relacionados con su tratamiento dietético y para ver, en la medida de lo posible, algunas de sus prácticas alimentarias.⁶² Fue considerada participante por la posibilidad de que la presencia de una persona externa pudiera modificar el comportamiento y/o actitud de los entrevistados, así como su discurso; los datos obtenidos por este medio se registraron en notas de campo descriptivas, analíticas y metodológicas.⁶²

Las notas descriptivas se utilizaron para capturar detalles de las entrevistas y de los centros de salud, así como de las dinámicas que se daban en ellos y que estuvieran relacionados con el seguimiento del tratamiento dietético. Las notas metodológicas contenían los cambios y consideraciones que debían tomarse para este estudio; por último, las analíticas rescataron aquellos hechos que llamaron la atención por estar relacionadas tanto con las narrativas del seguimiento como con la observación realizada.

Se realizaron trece entrevistas con una duración promedio de 32 minutos por informante, las entrevistas tuvieron lugar en los hogares de los informantes o en los centros de salud, según ellos lo decidieran; la mayoría se realizaron durante la mañana, excepto una, y once fueron audiograbadas bajo el consentimiento de los informantes, dos personas prefirieron no ser grabadas y otra pidió se interrumpiera la grabación para expresarse con mayor confianza.

Posteriormente las entrevistas fueron transcritas con ayuda del software Sound Organizer en su versión 1.6 de la compañía Sony, una vez en el procesador de textos de Microsoft Office 2010, fueron trasladadas a la versión demo del programa Ethnograph 6.0 de Qualis Research Associates con la finalidad de acomodarlas en un formato imprimible que permitiera trabajar con ellas de manera artesanal, es decir, para codificar en papel.

4.7 Procedimientos

Primero se obtuvieron las autorizaciones del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición. También se obtuvo la autorización del Comité de Ética e Investigación de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de la Secretaría de Salud a través de la presentación del protocolo a los integrantes del mismo.

Mientras se obtenía la aprobación de la Jurisdicción por escrito, se llevó a cabo la capacitación de la investigadora para realizar las entrevistas. Después de obtener la autorización de las instituciones y directivos, se asistió a los centros de salud para comenzar a introducirse en el campo y para la coordinación con las autoridades de los dos centros, a fin de establecer las estrategias pertinentes para contactar a los posibles informantes.

Se realizó acercamiento con varias personas al participar en las sesiones de activación física que se ofrecen los centros de salud. Durante un mes y medio

se implementó la observación participante, se escribieron notas de campo de la dinámicas de los grupos y de las adaptaciones metodológicas requeridas, consecutivamente se extendió la invitación a los integrantes de los GAM para participar en el estudio y comenzar las entrevistas.

Cada persona interesada en esta investigación recibió un formato de consentimiento informado para: aclarar dudas, solicitar su participación en el mismo y autorizar que las entrevistas fueran grabadas a fin de no perder detalle alguno de la información proporcionada. Se les aseguró la confidencialidad de sus datos además de cumplir con todos los estándares éticos y legales que este tipo de investigación requiere (Anexo 2).

Los informantes fueron entrevistados uno por uno en días diferentes, posterior a su aceptación y firma del formato de consentimiento. Se realizaron las notas de campo y las transcripciones correspondientes. Antes de la etapa de análisis la investigadora fue capacitada para realizar los análisis que se explican en el siguiente apartado.

Las notas y entrevistas transcritas fueron leídas en repetidas ocasiones para familiarizarse con los contenidos; se hizo una primera codificación y un pre-análisis de las entrevistas con el apoyo de la literatura científica de los temas abordados. Este proceso se aplicó reiteradas veces conforme se iba entrevistando hasta marzo del presente año. Para junio del mismo se finalizó formalmente el análisis y se comenzó la redacción de resultados y discusión.

4.7 Análisis de datos

Se realizaron, a nivel individual y global, análisis de contenido convencional e inductivo; el primero se usa con diseños descriptivos y permitió encontrar temas o dimensiones relevantes en la información a través de unidades básicas, bien sean palabras o frases. Combinarlo con la técnica inductiva permitió dar mayor

flexibilidad para la codificación, puesto que proporcionó la libertad de describir los hallazgos con la naturalidad de las narrativas analizadas.

Así, con estos tipos de análisis cualitativo se cumplió el objetivo de identificar los temas abordados por los informantes mientras narraban sus vivencias durante el seguimiento del tratamiento dietético, de ese modo se encontraron sus perspectivas, prácticas y algunos factores importantes que influyen en el mismo.

Como estrategia para el análisis individual se hicieron varias lecturas de cada entrevista para relacionarse con su contenido. Después se inició con la codificación al identificar los distintos temas que emergían del texto, se seleccionaron los fragmentos que pudiesen responder a las preguntas y a los objetivos planteados en el estudio.

Así se conformó una primera lista de códigos con sus definiciones, en esta etapa fue indispensable para la investigadora tratar de comprender los diálogos de las personas, sus contextos y reacciones al ser entrevistados, todo ello registrado en las notas de campo. Por último se organizó el texto de la transcripción en un breve resumen textual y esquemático.

Durante el análisis global se renombraron la mayoría de códigos y se definieron nuevamente, con esto se elaboró un esquema de códigos, se puso especial atención en las relaciones entre etiquetas para conformar categorías y familias de las perspectivas y prácticas mencionadas por los informantes así como algunos factores que influyen en las últimas.

Es así que se pudo identificar la consistencia y patrones del discurso para proceder a la descripción e interpretación de los hallazgos, se escogieron los códigos que ejemplificaron claramente las categorías y subcategorías de los temas encontrados.⁶²

V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Este estudio se apegó al reglamento de la Ley General de Salud, en el título segundo, capítulo I relacionado a los aspectos éticos de investigaciones en seres humanos y al Tratado de Helsinki en los siguientes artículos:

a) De la Ley General de Salud. Se tomó en cuenta el artículo 13 que menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Otro artículo fue el 16 para asegurar la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, para lo cual el formato de entrevista no incluyó el nombre del participante y se garantizó que la información obtenida se presente de forma anónima, asegurando que los datos obtenidos ser utilizarían únicamente para los fines de este estudio.

De acuerdo a lo que menciona el artículo 17 se consideró como una investigación con riesgo mínimo, ya que a pesar de que se emplean técnicas y métodos de investigación cualitativa y no se realiza ninguna intervención experimental o física, las conversaciones en torno los temas que aquí se desean explorar pueden ser temas sensibles para algunas personas, se contempló recurrir al psicólogo del centro de salud Anáhuac en caso de que se presentase alguna situación que pudiese alterar el bienestar de la persona entrevistada.

Respecto a los artículos 20 y 21 sobre consentimiento informado, se dio a conocer a los participantes de manera verbal una explicación clara y completa, de tal forma que pudieran tener claro en qué consistía su participación en la investigación, objetivos, propósito y procedimientos de la misma, en los casos en los que aceptaron formar parte del estudio se les pidió que firmaran el formato de consentimiento informado que se ubica en el Anexo 2.

Se cumplió con lo estipulado en la fracción VII del artículo 21 al informar al participante que tendría la libertad de retirarse del estudio en cualquier

momento, sin que por ello le generara perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento en el centro de salud sede.⁶³

b) Requisitos éticos de Investigación médica para seres humanos de la Declaración de Helsinki. El presente proyecto cumplió con el consentimiento informado, no se interrumpió ningún tratamiento establecido del paciente, no se le cobró por su participación ni por el material que se empleó con él, el participante tuvo la libertad de retirarse de la investigación en el momento que deseara y se garantizó la privacidad de la identidad y de sus datos.⁶⁴

Se adjunta también a este documento la carta de no conflicto de intereses de los investigadores involucrados en el proyecto en el Anexo 3.

VI. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se muestran cumplen con el objetivo de este trabajo que fue explorar las perspectivas y las prácticas de las personas con DM 2 en el seguimiento del tratamiento dietético.

Al respecto podemos decir que de forma global que la perspectiva más destaca por los entrevistados fue que el seguimiento del tratamiento dietético es restrictivo, mientras que la práctica más señalada fue la de realizar adaptaciones al tratamiento, por lo que se profundizará en dichos resultados.

6.1 Las perspectivas de las personas con diabetes en el seguimiento del tratamiento dietético

Para las personas con DM 2 entrevistadas en este estudio el seguimiento del tratamiento dietético es visto desde cuatro perspectivas: a) la restricción como eje del tratamiento dietético, b) la utilidad de la dieta, c) las barreras y dificultades, d) la necesidad de seguir el tratamiento dietético de acuerdo con el malestar.

Enseguida se presentan cada una de ellas, pero se abordará más ampliamente la primera, ya que estuvo presente en todas las narraciones.

1. La restricción como eje del tratamiento dietético

Las personas con diabetes entrevistadas señalaron que después de recibir el diagnóstico una de las primeras características que identificaron del tratamiento dietético fue la restricción de alimentos, incluso la misma palabra dieta para ellos conlleva restricciones. La orientación para el tratamiento dietético se las dio el médico o nutriólogo que los atendió.

Entre la información proporcionada se identificaron diversas formas de restricciones, de cantidad, por tipos de alimentos, incluso en algunos casos implicaba renunciar a ciertos alimentos. Respecto a la cantidad, la instrucción fue dada por ambos profesionales de la salud (médico y nutriólogo), en el fragmento que se muestra enseguida se puede apreciar un ejemplo de ello:

“...el doctor me dijo “usted tiene que comer poquito eh, no mucho, usted puede comer cuatro o cinco veces al día” dice, “pero poquitas cosas después venir aquí, de aquí con los de nutrición, pues ya me dieron [las nutriólogas] a ver, ya me dijeron cómo debo de comer poquito de esto, poquito del otro de lo otro y así...”.

Hombre, 77 años

Cabe agregar que esta persona tuvo una enfermedad crónica previa a la diabetes, por lo que ya tenía restricciones para el consumo de carnes rojas y sal. En su narrativa señala que en el momento de ser diagnosticado con DM 2 le limitaron aún más los alimentos que podía consumir, pero esta vez notó que le hicieron mayor énfasis en la cantidad de alimentos que podía comer.

Otra restricción identificada por las personas entrevistadas fue la de ceñirse a comer específicamente algo que les indicaban en el tratamiento dietético, ya fuera por sus cualidades o por sus características de elaboración, como se muestra en el diálogo del siguiente caso, en el que la persona recuerda que una nutrióloga le dio un par de indicaciones propias del tratamiento dietético:

“...Y el aceite, hay que ver con qué aceite cocina uno también, cambio de aceite también y comer mucha verdura, es lo que nos dice la nutrióloga...”.

Mujer, 52 años

La cita anterior muestra que las restricciones indicadas en el tratamiento dietético limitan a las personas al uso de ciertos alimentos, en algunos casos esto implicó la adquisición de dichos productos ya que habitualmente no los utilizan.

Otro aspecto relevante que se identifica en el dialogo se relaciona con el consumo abundante de verduras, aunque no es una restricción, es una indicación con carácter obligatorio que en algún momento le causó conflicto a la persona entrevistada, pues ceñirse a consumir las verduras en la cantidad indicada fue algo que no pudo lograr.

Una práctica común es que los nutriólogos indiquen qué sí y qué no se debe comer, algunas veces no se explica a quien recibe el tratamiento el motivo de estas indicaciones ya sea por falta de tiempo o de costumbre. Cuando no hay nutriólogo son los médicos quienes hacen los señalamientos respecto a la alimentación, sin embargo las características de la indicación son muy similares en ambos casos.

Al respecto la informante expresó tener algunas dudas sobre su tratamiento dietético, pero en su entrevista no se contó con información suficiente para saber si la nutrióloga proporcionó explicaciones acerca de las razones por las que se tenía que hacer el cambio de producto (marca aceite comestible) y por qué el consumo de verduras era obligatorio, o si la persona entrevistada preguntó sus dudas en sus consultas posteriores.

El tercer tipo de restricción implica renunciar a algunos alimentos que no son benéficos para su control metabólico. Es común exigirle a la persona con DM 2 que renuncie a comer varios alimentos considerados prohibidos dentro de su tratamiento dietético, no obstante la mayoría de las veces suele tratarse de productos que consume cotidianamente, que son sus favoritos o que los ha

consumido durante casi toda su vida y debe de evitarlos por completo, como se identifica en el siguiente fragmento:

“...Lo que me gustaba pues ya no, ya no como lo que me gustaba....me gustaba mucho el pan, me gustaba lo dulce y los refrescos...”

Hombre, 55 años

Verse restringido en la alimentación generó preocupación en algunos de los entrevistados, pues se enfrentaron a la reducción de sus opciones, es decir a tener menos alimentos que pueden comer. Varios de esos alimentos consumidos durante su vida pasaron a ser vetados por su condición de salud y llegaron al punto de no saber qué comer, como se puede ver en el siguiente ejemplo:

“...Pero de pronto no acepta uno [la dieta], cambia el carácter porque uno dice bueno, te quitan todo lo que uno cree que puede comer....uno dice ¿y entonces si no como eso qué voy a comer?...”

Mujer, 63 años

En esta narración la informante enfatiza las restricciones impuestas en su alimentación, y narra que en algún momento pensó que el tratamiento dietético hizo que se acabaran sus opciones para alimentarse.

Esta preocupación desapareció y las restricciones empezaron a tener sentido conforme se fueron aclarando sus dudas a través de la orientación nutricia que pudo tener en las sesiones grupales, en donde encontró un espacio de información para resolver las dudas que surgían después de sus consultas, ya que por el tiempo limitado de la consulta individual, no siempre fueron resueltas ahí sus interrogantes.

Por otra parte las restricciones pueden llegar a generar sentimientos negativos como la tristeza, puesto que se deben hacer a un lado los alimentos favoritos, incluso algunas veces el verse obligados a renunciar a estos alimentos les deja una sensación de pérdida, pues está tan arraigada la costumbre de

comer lo que más le agrada que no poder continuar haciéndolo deja una sensación de malestar y tristeza como se puede observar en el siguiente dialogo:

“...pues me sentí mal y triste, porque dije: “aay”, porque bueno a mí me gustan mucho los taquitos y las gorditas, las tortas de carnitas y todo eso, sí me sentí muy mal, muy mal, triste, a lo mejor frustrada en cuanto a lo que ya no podía comer...”

Mujer, 59 años

A pesar de los sentimientos que surgen por las limitaciones dietéticas, cuando la persona estuvo consciente de la importancia de hacer las modificaciones a la alimentación y que, de no hacerlo puede verse afectada su salud, reconoce que la renuncia a los alimentos favoritos es necesaria para el seguimiento del tratamiento y el control de la enfermedad.

Al contrario sucedió con quienes no deseaban renunciar a su dieta habitual o que “no aceptaban la enfermedad” como refirió una persona durante su narrativa, en estos casos es muy común que mostraran resistencia al cambio y suele ser casi inmediata al diagnóstico de la misma.

La resistencia puede presentarse también como una manifestación del disgusto que sienten por verse obligados a adquirir otra forma de alimentarse o por verse orillados a comer alimentos que no son de su agrado. El siguiente ejemplo muestra claramente este último punto:

“...yo sentía que lo poquito que me decían que tenía que comer eran cosas que ni me gustaban y que tenía que comerlas porque eran parte del platillo [del bien comer], decía yo: ¡ay no, no puedo, no me gusta eso!, no me parecía ni lo aceptaba...”

Mujer, 49 años

La persona identifica su resistencia como una manifestación del desacuerdo con los cambios que debía hacer en su alimentación por el tratamiento dietético, identificándola como una exigencia injusta relacionada con

el plato del bien comer y que ella refiere como “el platillo”, sin comprender por qué el plato del bien comer era la referencia para su tratamiento.

No obstante, a pesar de las restricciones alimentarias y los efectos en sus vidas, los entrevistados en algún momento identificaron la utilidad al tratamiento dietético, este hecho sucedió conforme fueron informados acerca de la enfermedad, de los riesgos que conlleva y en algunos casos por el desarrollo de complicaciones en personas cercanas con la misma condición.

2. La utilidad de la dieta

Entre los discursos de los participantes destaca que se refieren a su tratamiento dietético como “la dieta”, se identificaron tres elementos motivadores para el seguimiento del tratamiento dietético: la conveniencia del tratamiento dietético, los beneficios que aporta y la percepción de vulnerabilidad ante las complicaciones de la DM 2, estos elementos contribuyeron a la aceptación de las restricciones antes mencionadas, por ello se describirán uno a uno a continuación.

Respecto a la conveniencia, ésta aparece como un elemento que vuelve “aceptable” al tratamiento dietético con todos los cambios que incluye, ya que se le identifica el beneficio que puede tener, como puede apreciarse en la narrativa siguiente cuando la persona encuentra resignación ante la imposición del tratamiento dietético y le da un rasgo positivo a las restricciones:

“...Esta bien [lo que me dicen de la dieta], lo dicen porque es por mi propio bien, si yo sé que si como de más o como algo que me dicen —eso no puede comerlo mucho como antes—pues sé que es porque me va a hacer mal...”

Hombre, 53 años

Cuando la persona le da el adjetivo de “aceptable” al tratamiento dietético debe encontrar un sustento, una razón positiva para seguirlo. En las entrevistas realizadas esto suele relacionarse con la palabra bueno, o con que hace bien a

la salud. Es así como este grupo de personas hace que las restricciones del tratamiento sean “llevaderas”.

El segundo elemento se conformó de los beneficios que las personas con diabetes fueron encontrando de su tratamiento dietético cuando recibieron información acerca de diabetes y autocuidado o conforme lo fueron siguiendo. Esto justifica de algún modo las restricciones y también las hace aceptables, pues se sabe que a pesar de haber limitaciones se va a ganar algo a cambio del esfuerzo que se hace. A continuación se clarifica este punto con uno de los diálogos:

“...Empecé a ir con la nutrióloga, ella me platicó que tenían una paciente que estaba muy gordita y que empezó a hacer su dieta y de tan correctamente que la hizo llegó el momento que le quitaron la insulina y yo dije: “ah chihuahua, pues yo también quiero que me la quiten...”

Mujer, 59 años

La informante señala que cuando supo que a otra persona le quitaron la insulina por llevar un adecuado seguimiento del tratamiento dietético ella se motivó a aceptarlo y seguirlo con esfuerzo pues para ella tener que usar insulina implica incomodidad y dolor.

Cada persona le puede encontrar diferentes beneficios, algunos más otros menos, entre los mencionados están que mejoró la digestión, mejoró la evacuación, disminuyó dolores de cabeza y ganas de orinar frecuentemente, desapareció la sensación de pesadez y de cansancio, incluso el sueño que les daba después de comer disminuyó, estos cambios permitieron que se sintieran ligeros y pudieran estar más activos durante el día.

Es evidente que los entrevistados pudieron hallar múltiples beneficios para su salud cuando se refieren al seguimiento de su tratamiento dietético, no obstante, también en el comentario anterior está implícito el tercer elemento que conforma la perspectiva de utilidad y que es la vulnerabilidad.

La definición de este término en contexto con el modelo de Rosenstock y Becker señala que vulnerabilidad es la percepción de amenaza que la persona ve hacia su salud; ⁶⁵ si se aplica a personas con DM 2 la vulnerabilidad puede entenderse como qué tan expuestos se ven ellos a las complicaciones de la misma.

Este elemento fue muy mencionado, las personas entrevistadas refirieron que el beneficio más importante de seguir el tratamiento dietético es la prevención de las complicaciones propias de la DM 2, dicha información la escucharon del personal de salud o han encontrado algunas evidencias de ello.

Las evidencias más cercanas las obtuvieron a través de las experiencias de amigos, tíos, hermanos y familia política que también tienen DM 2 y en quienes han visto cómo viven con esta condición, lo que hacen y lo que no hacen y también han sido testigos de algún proceso de deterioro que terminó en la muerte de alguno de sus allegados. El resto de las evidencias son conocidas porque han observado dentro de los servicios de salud pública a personas que van a recibir atención por diversas complicaciones.

“...Yo así lo veía, como si fuera sentencia de muerte....uno de mis hermanos, el más grande...murió a los 36 años, nada más le duró cuatro años....lo que tenía era que no le gustó cuidarse, él comía mucho, [tomaba] refresco, comía mucho pan, mucho de todo...”

Mujer, 61 años

La mayoría de los entrevistados indicaron que para evitar las complicaciones de la DM 2 es necesario un buen control de su glucemia y éste se consigue día a día con su alimentación, también mencionaron al ejercicio y medicamentos como medios para su control. En sí, cuando la persona cuenta con los tres elementos conjugados encuentra un motivo fuerte para mantenerse constante en el seguimiento del tratamiento dietético.

A pesar de su utilidad, las personas con DM 2 señalaron que el seguimiento del tratamiento dietético es difícil, es decir es un proceso con altas y

bajas, con otras muchas cosas que considerar, ello se verá en la siguiente perspectiva.

3. Las barreras y dificultades

Para varios de los entrevistados el seguimiento del tratamiento dietético es difícil, ya sea por las restricciones que se describieron arriba, por los cambios que implica o por aspectos que se deben vigilar. Las dificultades aquí encontradas se pueden dividir en dos tipos, una es por la complejidad de sus situaciones y la otra por las barreras que han encontrado. Muchas veces las personas con DM 2 tienen el rol de cuidadoras de familiares con la misma condición, esto hace que su situación sea más compleja, pues no sólo deben cuidarse a ellas mismas.

Dicho contexto a veces puede dificultar el cuidado que tienen de sí, pues pasan a segundo término sus necesidades y deben resolver primero las del familiar en cuestión, a eso hay que agregar la diferencia en el avance de la DM 2 para una y otra persona, por esto se opta por ser práctico en varias ocasiones como puede verse a continuación:

“...Seguir la dieta al pie de la letra como nos la dicen pues yo creo que es muy difícil, la que hacía con mi papá [la hacía] pero no al pie de la letra.... no la hacía ni la hago, sí tomo en consideración lo que [las nutriólogas] me decían, que disminúyete tantos gramos y que menos grasa, si le das arroz no les des frijoles, cosas de esas...”.

Mujer, 49 años

La persona que se ha puesto de ejemplo mencionó en su entrevista diversos elementos que dificultaban su seguimiento: el sabor poco agradable de los alimentos sin sal, renunciar a sus postres favoritos, disminuir los alimentos fritos, preparar comida para su hijo pequeño, preparar comida sin sal para ella y su papá (que también tiene DM 2 y problemas renales), llevarlo a sus consultas, proporcionarle cuidados y asistir al centro de salud, entre otras actividades que tiene.

El grado de complejidad que tiene ser cuidador de un adulto mayor con DM 2 y tener un niño pequeño, ser una mujer que también tiene diabetes y es madre soltera implica un gran esfuerzo y a pesar de contar con el apoyo de otros hermanos está dificultad que narró en su situación actual no es la única que ha tenido.

Ella narró durante su entrevista que en alguna ocasión, cuando aún no tenía el diagnóstico de DM 2, llevó a su padre al servicio de salud que él tiene y que es diferente al de ella, allí buscó orientación nutricional de la nutrióloga que estaba en el servicio, ya que el médico que había visto previamente a su papá encontró que tenía indicadores alarmantes de problema en la función renal.

Sin embargo como aún no había recibido referencia para algún especialista le negaron la orientación, así que durante varios meses se quedó con la duda de cómo alimentar adecuadamente a su padre. Un aspecto similar hallado en las narraciones recolectadas fue: las dudas.

Esta similitud de historias basada en la dificultad que se genera por las dudas tiene que ver con los criterios que utiliza el personal de salud de diferentes instituciones, en la narración que se muestra a continuación se refiere a los tratamientos dietéticos dados por nutriólogos de diferentes instituciones de salud pública:

“...aunque yo no sé muy bien porqué la otra nutrióloga me dijo... que si comíamos mayonesa pero [que fuera] de la light, no todas son iguales, la nutrióloga del IMSS me decía que no tenía que tomar ninguna, entonces ¿cómo le hace uno!?!...”

Mujer, 53 años

Ella compara las indicaciones dadas por la nutrióloga que la atiende en el centro de salud y la que la atendió antes de que perdiera su derechohabencia en otra institución, con ambas indicación le queda la duda de a quién le hace caso, si a la primera nutrióloga que la atendió o a la segunda, esto le ha creado una confusión que le genera conflicto para el seguimiento su tratamiento

dietético, si bien este fenómeno sólo se encontró en una entrevista hace evidente la disparidad de la información en la orientación nutricional.

La falta de información es una barrera para el seguimiento del tratamiento dietético, pues la persona no ha sido dotada del conocimiento adecuado para tomar las mejores decisiones respecto a su alimentación, aunado a ellos las dificultades pueden llegar a ser tantas que algunas personas entrevistadas con DM 2 se desanimaron, pues entre las restricciones y la complejidad de sus situaciones personales no encontraron el mejor modo de continuar y comenzaron a descuidar el seguimiento de su tratamiento, esto se puede apreciar en la siguiente perspectiva.

4. La necesidad de seguir el tratamiento dietético de acuerdo con el malestar

Esta perspectiva fue referida por varias de las personas entrevistadas, quienes coincidieron en que es un pensamiento frecuente en dos momentos: uno es al comienzo del tratamiento, cuando la persona inicia los cambios en la alimentación de manera contundente y toma sus medicamentos, en ese momento deja de percibir los síntomas por los que fue diagnosticado como la sed constante o las ganas excesivas de orinar.

Cuando esto sucede las personas con diabetes se confían y como aún no han logrado adoptar por completo nuevos hábitos alimentarios, basados en el tratamiento dietético, regresan a los hábitos previos. Enseguida se muestra el ejemplo de una informante que recordó cómo le sucedió esto:

“...hubo un tiempo en que traía [la glucosa] siempre alta y no me bajaba y ella [la doctora] me regañaba por la alimentación, porque ya que uno si no se siente mal pues uno empieza a comer de todo...”

Mujer, 67 años

Es la ausencia de malestares la que hizo en este caso que el seguimiento del tratamiento dietético se dejara a un lado, en esta situación la informante aún no reconocía que era vulnerable a diversas complicaciones derivadas del descontrol metabólico e insistió en conservar sus hábitos. Este primer momento fue señalado también por otras personas y mencionaron que dicho comportamiento suele transformarse al momento de reconocerse vulnerables a complicaciones de la DM 2 y a otras co-morbilidades frecuentes.

El otro momento fue posterior a reconocer su vulnerabilidad y a pesar de ello insisten en consumir alimentos que pueden ser perjudiciales a su salud, esto sucedió con algunas personas que decidieron ignorar las restricciones del tratamiento dietético. Los informantes refirieron que dicha acción fue generada por el cansancio de obedecerlas o porque no era visible alguna diferencia física importante entre seguir y no seguir el tratamiento. Enseguida se muestra un ejemplo:

“... ya estamos como los niños, hay veces que no entendemos y [decimos] “ay, hoy me voy a tomar un vasito de coca, que al fin que de todas maneras no me pasa nada” y lo hacemos...”.

Mujer, 63 años

Esta persona señala que “estar como niños” es no hacer caso a las indicaciones del tratamiento dietético, es ignorar la restricción con la justificación de “no me pasa nada” porque no encontró una diferencia inmediata, tangible o que considerara importante después de beber refresco. En su narrativa comentó que muchas veces ellos están conscientes de las consecuencias de consumirlo y sin embargo lo hacen, este ejemplo en particular ilustra el cansancio de obedecer una restricción cuando para ellos daba lo mismo seguirla o dejarla.

Todas las perspectivas ya mencionadas son ideas de las personas entrevistadas en relación al tratamiento dietético que influyen en sus acciones, por lo que es también del interés de esta investigación conocer las acciones

diarias que llevan a cabo en el seguimiento del tratamiento dietético, las principales que se identificaron son las que a continuación se muestran.

6.2 Las prácticas de las personas en el seguimiento del tratamiento dietético

Las prácticas son aquellas acciones repetitivas que suelen utilizarse cotidianamente, en este estudio identificamos principalmente tres tipos de prácticas, dos de ellas enfocadas a realizar los cambios que se les han solicitado respecto a su alimentación con el seguimiento del tratamiento dietético, éstas son: autoexclusión y hacer adaptaciones.

La tercera es: ceder sus alimentos, en esta práctica un informante nos muestra una explicación muy clara de los motivos por los que se llegó al abandono del tratamiento. Cada una de las practicas se expone en las narrativas que se encuentran más adelante, pero se profundizará en las adaptaciones, las cuales fueron encontradas en casi todas las entrevistas. La primera práctica a describir es la de autoexcluirse:

1) Autoexclusión

Dicha práctica se desenvuelve en el aspecto social que conlleva la alimentación, a pesar de ser un tema poco mencionado es importante, pues es una práctica que otras personas pueden estar utilizando.

Esta práctica consiste en apartarse de un grupo, en este contexto el grupo es la familia y la razón para excluirse es la incompatibilidad que se genera por las diferencias entre los alimentos que consumen la persona con DM 2 y su familia. El siguiente fragmento pone en evidencia una discusión entre personas con diabetes, una de ellas lleva un buen seguimiento de su tratamiento dietético y defiende, ante otra persona, su postura de no comer alimentos que le han sido restringidos:

“...Fui con mi hija, se hizo un pozole de puerco, que dice: — ¡ay mamá, ¿qué te pasa, sí te vas a comer un poquito?!— porque ella también ya empezó que tiene diabetes, le dije: —pues eso es lo que tú debes procurar no hacer muy seguido, no, no voy a comer— y luego me dicen: — ¡ay, lo que pasa es que tú exageras! ¿entonces qué vas a comer mamá?—, —no te preocupes, yo ahorita como—”

Mujer, 74 años

La narrativa muestra en las respuestas de la persona con diabetes entrevistada el reconocimiento del pozole como un alimento prohibido, pues lo tiene restringido tanto por la artritis que le fue diagnosticada previamente como por la DM 2, como no cede ante la opinión de que es una exageración ese día prefirió mantener cierta distancia frente a su familia e hizo visible la autoexclusión al comer después de ellos un alimento que no tenía restringido.

Es así que la diferencia en los alimentos que consumen las personas con DM 2 y sus familiares puede poner brechas que resultan en la autoexclusión, en el ejemplo anterior es curioso que la hija de la persona entrevistada tiene la misma condición de diabetes, sin embargo no hubo suficiente información acerca de si su hija tiene un tratamiento dietético. Si bien esta práctica fue mencionada sólo por mujeres no resultó frecuente.

Otro escenario que resulta menos drástico que el anterior es el que se plantea a continuación, en el que la persona no deja de convivir con su familia pero como su alimentación se modificó con el tratamiento dietético no comparte ciertos alimentos con ellos, esto genera, entre otras cosas, llevar a practicar la autoexclusión desde un aspecto emocional:

“...Las pastas no te las como, las cocino sí, por mi familia, porque están acostumbrados a la sopita aguada, pero yo no, yo si tengo me hago un sándwich pero la sopa aguada casi nunca [la como] desde que entré a nutrición...”

Mujer, 47 años

Aparentemente el hecho de no compartir alimentos no causa mayor problema, sin embargo, conforme se fue ganando la confianza de la persona, ella

expresó que su familia no mostraba interés por su condición, lo que la llevó a encontrarse más a gusto con sus compañeras del grupo de ayuda mutua, pues en su opinión a ellas les importaba más que a su propia familia.

La autoexclusión que se ve en este ejemplo tiene un carácter emocional pues la persona no se identifica con su familia como antes de su diagnóstico de DM 2, incluso ella refirió que después de su depresión encontró en sus compañeras otra familia que se preocupa por ella. Autoexcluirse fue una práctica poco frecuente pero no menos importante que las demás, pues para evitar que suceda se pone en marcha la siguiente práctica que tiene muchas formas de manifestarse.

2) Adaptaciones

La adaptación es una modificación que se hace con la finalidad de resolver un problema o satisfacer una necesidad. Cuando se conjuntan y se exploran de manera global puede notarse que tienen un orden y un grado de importancia de acuerdo a la historia y al contexto de las personas, es en este punto donde aparece un proceso de adaptación.

Dicho proceso no resulta sencillo en las personas con DM 2, pues hay toda una serie de intentos de ensayo y error que deben realizarse conforme se va siguiendo el tratamiento dietético. Este proceso se apoya de experiencias previas, consejos, servicios de salud, resultados obtenidos con su aplicación e incluso de cómo se sienten ellos con la adaptación que hacen.

A continuación se muestra un primer ejemplo en el que una persona cuenta a grandes rasgos su proceso de adaptación al seguimiento del tratamiento dietético:

“...Empecé a llevar la dieta [un] poco, me desesperaba y pues volvía a comer de todo.... luego subía el azúcar y volvía a ir a consulta y otra vez, volvía a agarrar la dieta, y así poco a poco hasta que se acostumbra uno a llevar la dieta...”.

Mujer, 67 años

La persona señala que su proceso de adaptación al inicio fue cíclico, pues comenzó a seguir el tratamiento pero al cansarse del mismo regreso a sus hábitos anteriores, luego se dio cuenta de que su glucemia se había elevado y regresó al consultorio de nutrición para nuevamente retomar el tratamiento dietético y volver a empezar, estuvo de este modo durante un largo tiempo, hasta que logró la adaptación.

No obstante esta informante señaló un elemento esencial para el seguimiento del tratamiento dietético: la costumbre. Cabe mencionar que en muchas ocasiones para seguir un tratamiento dietético es necesario convertirlo en costumbre para mantenerlo y alcanzar una buena adherencia, en otras palabras, fue necesario para ella concebir este seguimiento como un proceso de cambio de unos hábitos alimentarios a otros más favorables que requirió apoyo constante de los nutriólogos y de otros profesionales de la salud.

Este proceso de cambios no es igual para todas las personas pues como ya se ha visto son diversas las perspectivas que se generan a su alrededor, según sea la o las que predominen en conjunto con los contextos personales, los obstáculos que enfrenten y los apoyos con los que cuenten, se tendrá una mayor o menor facilidad de aceptar estas modificaciones dentro de su alimentación.

Para algunos de los entrevistados seguir el tratamiento dietético fue más fácil que para otros, como puede verse en la siguiente narración:

“... a mí nunca se me hizo difícil [la dieta], nada más era cuestión de acostumbrarme.... ni cambiar mis hábitos de alimentación tampoco....es cuestión de que te adaptes y te acostumbres...”.

Mujer, 47 años

Algo rescatable de este fragmento es que para el seguimiento del tratamiento dietético se encuentran dos palabras clave: adaptarse y acostumbrarse. Para esta persona son dos elementos esenciales en el logro de las metas planteadas en su tratamiento dietético, de este modo pudo crear

nuevos hábitos alimentarios más acordes a su condición y a sus necesidades actuales.

Llevar a cabo adaptaciones es lo más común, para las personas con diabetes no es distinto, pues algunas de éstas son utilizadas como estrategias para dar mayor facilidad al seguimiento del tratamiento dietético, por ello es necesario describir cuáles fueron halladas en el estudio. La primera y más común entre los entrevistados es la disminución de cantidades de alimentos consumidos, como puede verse en la narración de abajo:

“...antes sí comía mucha tortilla, después dije: —no voy a comer tantas, si antes comía cinco ahora como tres—, [hay que] ir disminuyendo poquito a poquito y llegar hasta donde nos dijeron...”

Mujer, 53 años

Ella señala que, a comparación de lo que indica su tratamiento, comía más tortillas, pero para seguirlo adecuadamente se vio en la necesidad de ir disminuyendo poco a poco la cantidad de tortillas que consumía. Cabe resaltar que hizo énfasis en que dicho cambio debe ser gradual para hacerlo más sencillo y llevadero.

De acuerdo a lo mostrado en los diálogos, disminuir poco a poco el consumo de ciertos alimentos permitió dos cosas además de seguir el tratamiento dietético para el control de la enfermedad, una fue renunciar totalmente a los alimentos que tenían restringidos y otra, continuar el consumo, en porciones más pequeñas, de los alimentos que les gustan o a los que están acostumbrados sin que esto altere afecte de forma severa su control metabólico.

Si bien seguir el tratamiento dietético busca eliminar ciertos alimentos del consumo habitual de las personas con DM 2 esto es muy difícil de lograr ya que se requiere una sólida convicción y fuerza de voluntad. Esta adaptación es una alternativa más fácil, y aunque no hay alimentos totalmente buenos ni totalmente

malos, es una forma de acercarse a la exigencia del tratamiento, como puede verse en la siguiente narración:

“...en la actualidad se puede decir que como de todo pero poquito, poquito....no puedo decir que no, sí como los tacos pero me como un taco, no agarro cuatro o cinco tacos, no, un taquito nada más...”.

Hombre, 52 años

Esta es una de las primeras modificaciones que las personas con DM 2 entrevistadas hicieron en su dieta para seguir su tratamiento dietético y muchos la conservan aún. No obstante esta adaptación no considera la frecuencia con que se consumen las pequeñas porciones de alimentos, por lo que al final puede ser que se coma una cantidad que afecte el control metabólico pero ya no en una semana, si no en un mes.

Otra adaptación encontrada en las narraciones es el reemplazo de alimentos, ésta se aplica por dos circunstancias, la primera porque el dinero destinado a la compra de alimentos no es suficiente, y la segunda porque no tienen a su alcance lo que les fue indicado en su tratamiento dietético pero pueden adquirir o usar otro que ellos consideran equivalente para continuar el seguimiento. Véase un ejemplo a continuación:

“...si no tengo el pescado pues voy y compro el pollo.... lo preparo un poquito con lo que tenga igual, si hay limón, si hay orégano, si no hay pues nada más con el ajo y cebolla, medio limón y sal...”

Mujer, 53 años

Este fragmento relata la manera en que se hace el reemplazo de alimentos, como puede apreciarse para esta persona pescado y pollo son equivalentes, por lo que es posible sustituir uno con otro. También menciona los condimentos, como el orégano, sin embargo estos son vistos como elementos secundarios y no necesariamente deben ser reemplazados.

Si bien esta acción sólo la ponen en práctica algunas de las mujeres entrevistadas que se encargan de cocinar en su casa y que se ven afectadas por las circunstancias mencionadas, el punto importante es que con el reemplazo se trata de seguir lo mejor posible el tratamiento dietético.

Hasta ahora las adaptaciones descritas son de naturaleza individual, pero esta investigación intenta retomar no solo esta parte, sino más allá de este nivel, por ello durante la entrevista se preguntó sobre aspectos que tienen más que ver con el contexto social.

Al respecto se encontró que las personas con diabetes se enfrentan a situaciones que pueden causarles “tentación” de consumir los alimentos restringidos, o desajustar los horarios de comida establecidos en el tratamiento dietético, por lo que las adaptaciones que llevaron a cabo fueron diversas, a continuación se muestra una narración acerca de este tema:

“...por ejemplo, si vamos [mi familia y yo] a una fiesta y sabemos más o menos a qué hora van a comer pues yo aquí [en casa] me como algo o me compro algo por ahí y ya me lo echo...”

Hombre, 55 años

Esta persona relata que come algunos alimentos en casa antes de ir a una fiesta para evitar pasar mucho tiempo sin comer, pues por sus anteriores experiencias sabe que hay fiestas en las que el horario de servir la comida no coincide con el horario de comida impuesto por el tratamiento dietético, con esta adaptación que también le ha funcionado como estrategia para evitar su descompensación glucémica, él trata de dar seguimiento a dicho tratamiento y evita pasar mucho tiempo sin consumir alimentos.

Una característica que es reconocida de los buenos anfitriones en el contexto de una fiesta es que tengan suficiente comida que ofrecer a sus invitados no sólo una vez, sino hasta dos veces. Esta situación puede transformarse en una tentación para las personas con DM 2 pues con las

restricciones de su tratamiento dietético se ven limitado a consumir ciertos alimentos en cierta cantidad.

Enseguida se presenta otra narrativa que ejemplifica esta situación en la que la cortesía de los anfitriones pone en riesgo el seguimiento de dicho tratamiento:

“...el otro día fui a una [fiesta infantil] que nos invitaron... ya ve que le dicen [a uno] – ¿le sirvo más?–,[contesté] –no gracias–, o sea lo que me sirvieron así nada más y ya..”.

Mujer, 61 años

La persona que se vio en esta circunstancia señaló que ya no pide más alimentos, como antes hacía si no quedaba llena. Esta adaptación también fue mencionada por varios de los entrevistados. Aunque cabe señalar que además de referirse a no pedir más cantidad de comida, no especifican qué tipo de alimentos consumieron ese día, tampoco mencionan si se hizo una selección de los alimentos que pusieron a su disposición.

Dentro de los contextos sociales en los que puede verse sabotado el seguimiento del tratamiento dietético, los entrevistados señalaron que existe un análogo al de las fiestas, este es, cuando las personas con DM 2 aceptan una invitación para comer fuera de casa. En este escenario es la persona que invita la que elige el lugar para comer, ya sea su propio hogar o algún establecimiento que sea de su agrado o cercano para ambos.

A diferencia de una fiesta y del hogar, los establecimientos que venden comida suelen ofrecer más opciones, lo que se presta para que el invitado haga una selección de lo que esté a su alcance y le convenga más. Es en estos casos que también las personas con DM 2 hacen adaptaciones que les permitan seguir su tratamiento:

“...pues si andamos en el centro o si me llevan mis hijas a comer, pues pido una ensalada y el pollo nomás así a la plancha o un caldito de pollo, o a veces caldito de pescado...”.

Mujer, 67 años

La persona citada refirió preferir el consumo de verduras y carnes suaves con bajo contenido de grasa, esto refleja que dentro de las adaptaciones que realiza para comer fuera de casa está la selección de alimentos que le permitan seguir su tratamiento dietético de la mejor manera posible. Cabe añadir que además cumplen con la característica de ser suaves, pues durante su entrevista refirió tener problemas de masticación.

Si bien muchas de las adaptaciones aquí vistas se basan en la experiencia propia, también las hay compartidas o aconsejadas por terceros. Entre los entrevistados se encuentran aquellas que fueron aconsejadas por el personal de salud que los atiende, principalmente por nutriólogos y médicos.

Éstas, al igual que otras adaptaciones tienen la finalidad de resolver un problema o satisfacer una necesidad, no obstante, estos consejos se brindan cuando la persona con DM 2 por sí sola no encuentra una solución o una forma de satisfacer su necesidad y en ocasiones por que confía en el conocimiento de quien la atiende. A continuación se muestra un diálogo como ejemplo:

“...la nutrióloga fue la que me dijo.... —si tiene sí cómase un plátano a que se desmaye usted—, porque a veces me estaba bajando [la glucosa] a cuarenta...”.

Mujer, 61 años

La persona señaló durante su entrevista que desde que fue diagnosticada ha tenido dificultades para mantener su glucemia estable, pues tiende a bajar o subir mucho, alguna vez ya fue hospitalizada por shock hipoglucémico, por lo que la nutrióloga que la atiende le recomendó que comiera plátano para evitar que

vuelva a pasar por otra situación similar, esta fruta suele ser restringida para personas con DM 2, únicamente se permite en casos especiales como éste.

A pesar de la restricción, esta adaptación se limita al momento en el que ella comienza a sentir malestares parecidos a los que tuvo cuando fue hospitalizada, síntomas que reconoce claramente porque sus periodos de hipoglucemia han sido frecuentes. Además de estas recomendaciones se encontraron otras relacionadas con puesta en práctica de recetas que les fueron recomendadas por el personal de nutrición.

Otra de las adaptaciones halladas que puede llamar más atención es la incorporación de alimentos, puesto que muchas de las personas con DM2 que reciben su tratamiento dietético no consumen los alimentos que le son señalados o lo hacen con poca frecuencia como se puede observar en el siguiente dialogo.

Me esfuerzo por comer más verduras hasta casi le exijo a mi esposa que me, me dé más verduras, sí.

Hombre, 55 años

Como puede verse la esposa de la persona entrevistada es la encargada de preparar los alimentos, es ella la que proporciona lo indicado en el tratamiento dietético de su esposo. La persona entrevistada refirió que antes de ser diagnosticado no comían con frecuencia las verduras, pero una vez que se vio obligado a llevar un tratamiento dietético consideró que el consumo de éstas era de alta prioridad, al grado de exigirle a su mujer que preparé más verduras.

Dentro de esta investigación el caso que se ve aquí es el único encontrado, pues en el otro hombre entrevistado señaló que su tratamiento queda en sus manos, pues a pesar de que vive con su esposa e hijas y la primera es la que suele preparar la comida en casa él es quien hace las adaptaciones necesarias para seguir su tratamiento dietético.

Por otra parte, se descubrió en las entrevistas de algunas personas que existían alimentos que no habían consumido antes, esto generado por las

costumbres familiares, porque antes no se podía acceder a estos productos o porque nunca llamaron la atención de la persona. De los entrevistados muy pocas personas conocieron nuevos alimentos con la implementación de su tratamiento dietético, como se puede ver en el fragmento de abajo:

“...ahora sí consumo cacahuates, nueces amaranto, granola, cosas que antes ni las veía ni las conocía y ahora sí, eso es lo que ha cambiado [en mi alimentación]...”.

Mujer, 59 años

La persona narra que el cambio más notorio que tuvo por su tratamiento dietético es el consumo de esos alimentos que desconocía, ello porque su familia no podía acceder a estos productos. Ahora que los probó y que tiene la posibilidad de consumirlos los ha integrado a su dieta cotidiana.

Sin embargo, no todas las adaptaciones fueron agradables para los entrevistados. Existieron ocasiones en la que los alimentos indicados en los tratamientos dietéticos no son del agrado de la persona que lo recibe. Esto hace que la persona actúe de dos maneras: negarse a comer lo que le han indicado o intentar comerlo pero modificándolo de alguna manera que haga más agradable su consumo.

En el siguiente ejemplo puede apreciarse dentro de la narrativa las adaptaciones que tuvo que hacer para facilitar este proceso de cambio y pone en evidencia como ella se ha adaptado a comer con mayor frecuencia las verduras:

“...la calabacita nada más la parto y le pongo tantita sal y pimienta, la meto al horno unos minutitos y me la como así, a veces me la como cruda, la coliflor igual y todas esas verduras a mí no me gustaban y ahora me las como, te digo, a lo mejor no me gustan, ¡pero están buenas, están buenas, están muy buenas!...”.

Mujer, 59 años, CSA

La cita anterior describe lo que la persona tuvo que hacer para comer vegetales, estas modificaciones también funcionaron como estrategias pues

refiere que las verduras no son de su agrado, pero encontró la forma de hacerlas apetecibles para consumirlas con mayor facilidad, esto con el fin de llevar un buen seguimiento del tratamiento dietético.

La introducción de nuevos alimentos en la dieta familiar es otra práctica encontrada sólo en las mujeres que cocinan para sus esposos, hijos, y en algunos casos, yernos, nueras y nietos. Ellas buscan las preparaciones de alimentos más apetecibles que puedan ser aceptadas por el resto. Ésta también funciona como una estrategia que aparte de facilitar el seguimiento de su tratamiento dietético promueve la convivencia familiar.

La clave se encuentra en compartir con su familia alimentos que van incluidos en su tratamiento dietético, ya sea para enseñarles a sus hijos nuevos hábitos alimentarios que de algún modo les ayude a prevenir la aparición de la DM 2, pues saben que puede heredarse y para compartirlos con sus seres queridos. El próximo ejemplo se puede apreciar como una mujer comparte alimentos con su familia:

“ ...[a] mis hijas he hecho que entren a mis dietas, nada más unas, otras no, a ellas les hago lo que les gusta....la ensalada de lentejas, les gusta la ensalada de frijoles negros, hay ensaladas que sí les gustan....entonces lo hago y lo comen a veces entre todos...”.

Mujer, 47 años

En este caso, la persona refiere que hace que algunas de sus hijas entren a su dieta, es decir, comparte con ellas las recetas ya preparadas y trata de enseñarles nuevos hábitos, esto en varias ocasiones lo ha logrado exitosamente, pero con otras no y a la vez fomenta la convivencia familiar y se siente contenta cuando su receta es aceptada.

Como se vio a lo largo de esta práctica, en muchos casos las indicaciones que reciben estas personas de su tratamiento dietético no siempre llevan a cabo las indicaciones tal y como se las dieron, pues fueron adaptadas para responder a sus necesidades y contextos.

Las prácticas anteriores no son incompatibles, pues aunque lo parezca, cuando la adaptación de integrar a la dieta familiar no tiene éxito en ocasiones puede dar paso a la autoexclusión. Sin embargo la tercera práctica es una forma extrema de adaptarse al contexto y se verá cómo éste orilló a la persona a aplicarla.

3) Ceder

Esta última práctica fue encontrada en el caso de abandono de tratamiento que se pudo incluir en el estudio. La descripción de esta práctica requiere describir el contexto, ello se hará brevemente para brindar un mejor panorama al lector.

La particular situación de esta informante es la siguiente: ella es una mujer que rebasa los 60 años sin trabajo y sin escolaridad, dedica más de medio día al cuidado de sus 11 nietos que tienen edades entre los 3 y 15 años. Su casa es el punto de reunión de las familias de sus hijos. Su esposo ya no trabaja pero recibe apoyo del programa 60 y más.

Su ingreso diario que puede ir desde los \$100.00 hasta los \$300.00 para alimentar a 18 personas, sólo uno de sus hijos la apoya económicamente, el resto no la apoya o la apoya en especie al llevarle frutas y verduras cuando pueden. En la familia se llegan a consumir hasta tres kilos de tortilla al día sólo para desayunar y comer.

Ella tiene que ver cómo darles de comer a todos, por lo que muchas veces vende cartón para completar las comidas del día. A veces también recibe apoyo de su hermana quien le da algunos alimentos para que los prepare. Sin embargo, casi siempre la comida no es suficiente y les da preferencia a sus nietos a quienes ve son como sus hijos, por lo que les cede los alimentos que sabe que ella debe comer según sus indicaciones del tratamiento dietético. A continuación se muestra un fragmento de la entrevista que pone en evidencia el último punto mencionado:

“...A veces me lleva [mi muchacha] coliflor, la tengo guardada para comérmela, va mi muchachillo, la agarra y cuando me acordé ya se la acabaron ellos.... abren el refrigerador y dicen: — ¿qué tienes mamá Chayo?, mira esto—, — bueno pues caliéntalo—, ya lo calienta y se lo come....todo [es] para mis hijos y yo con mis frijolitos y mi sopa...”.

Mujer, 63 años

Debido a su situación económica y a una discusión con su nutrióloga la persona decidió abandonar su tratamiento dietético para dedicarse plenamente al cuidado de sus nietos, pues no tiene otra ocupación. Es por este caso que se decidió incluir otros factores que son importantes para el seguimiento del tratamiento dietético, que influyen en las perspectivas, en las prácticas y que amplían el panorama de la complejidad que las personas con DM 2 viven día a día para seguirlo.

6.3 Otros factores que influyen en el seguimiento del tratamiento dietético

Aunque estos resultados no son parte de los objetivos de esta investigación surgieron temas que son parte fundamental en el seguimiento y que vale la pena mostrar para poder complementar la información que se ha obtenido. Los factores hallados fueron: accesibilidad económica, disponibilidad de los alimentos, componentes emocionales y hábitos alimentarios.

Cada uno de ellos se describe a continuación de manera poco profunda, pues ya dentro de las restricciones y las adaptaciones se puede notar el papel que juegan y cómo influyen tanto en perspectivas como en prácticas, el primer factor a mencionar es la accesibilidad económica, pues con la impresión fresca de la última práctica se puede comprender con mayor facilidad cómo ejerce su influencia:

1. Accesibilidad económica

Ésta se refiere a la facilidad que tienen las personas con DM 2 para adquirir los alimentos que le permitan dar seguimiento del tratamiento dietético, es decir, se refiere a que la persona y su familia no se vean limitados desde el punto de vista económico en la adquisición de los alimentos que requieren y además que puedan satisfacer otras necesidades básicas.⁶⁶

A continuación se muestran un ejemplo de una accesibilidad económica limitada que forma parte de la entrevista hecha a la persona que abandonó su tratamiento, fue precisamente este factor una de las razones por la que se dio este abandono. Como puede verse, la situación económica es difícil para ella:

“...Hay veces que mis muchachillos me piden plátano, yo de dónde agarro, me piden mandarinas, de dónde si las muchachas no me dan, luego les digo a mis hijas: —denme algo para darles algo a los niños y ya de ahí mismo yo también ahí como—, pero si no me dan...”.

Mujer, 63 años

En esta narrativa puede apreciarse que la limitada accesibilidad económica es algo que también limita el seguimiento, si no se tiene el dinero suficiente para comprar los alimentos indicados será muy difícil llevar a cabo el tratamiento dietético, otras tres personas refirieron verse limitados por este factor en algún momento del seguimiento de dicho tratamiento, algunos con más frecuencia que otros, pues el ingreso económico familiar no es siempre suficiente para poder dar un seguimiento adecuado.

Hubo más personas entrevistadas que no lo refirieron como un problema frecuente, pero cuando se hacía presente recurrieron a las adaptaciones de reemplazo y disminución de consumo de alimento. Sin embargo, a pesar de no ser un problema para la mayoría de los entrevistados, la limitada accesibilidad económica estuvo presente.

Si bien dicha limitación no puede ser resuelta en todos los casos, puede aminorarse el impacto de este problema al entender su relación con el siguiente factor a observar: la disponibilidad de los alimentos.

2. Disponibilidad de los alimentos

Este factor se relaciona con el anterior pues depende en parte de él para que haya mayor o menor disponibilidad de los alimentos indicados en el tratamiento dietético; empero tener ciertos alimentos al alcance también depende de la zona geográfica y su desarrollo económico, de las condiciones climáticas propias de la región, así como de la oferta y demanda de los alimentos.

La disponibilidad de los alimentos se ve influenciada por muchos factores, no obstante, la cercanía de los lugares donde se puedan adquirir los alimentos es uno de los rasgos que se encontró durante las entrevistas realizadas. Enseguida se puede apreciar un ejemplo:

“...antes era refresco en cada comida y ahora prefiero el agua y si tomo refresco es por necesidad, porque no, no tengo el agua a la mano, pero prefiero el agua...”.

Hombre, 55 años

Respecto a este ejemplo la disponibilidad depende de la ubicación de la persona con DM 2, él es comerciante ambulante pero no siempre tiene cerca un lugar donde pueda conseguir lo que necesita, como el agua en esta cita de su entrevista.

Al igual que la accesibilidad económica, la disponibilidad se ha resuelto con el reemplazo, en la mayoría de las entrevistas los informantes buscan alimentos que sean equivalentes y si no es posible encontrarlos, por lo menos disminuyen el consumo para intentar en lo posible seguir las indicaciones dadas en el tratamiento dietético. Esta situación muchas veces les trajo como efecto sentimientos de incomodidad o culpa y eso también contribuyó a generar nuevas

adaptaciones. Viéndolo de este modo, los sentimientos y las emociones también influyen en el seguimiento del tratamiento dietético como se explica en el próximo factor.

3. Componentes emocionales

Estos se relaciona con el seguimiento del tratamiento dietético por su capacidad potencial para jugar dos roles: dificultarlo o facilitarlo. En esta investigación se encontraron ambos roles. Como se mencionó arriba, los componentes emocionales pueden funcionar como catalizadores para crear nuevas adaptaciones e incluso una mejor adherencia al tratamiento, es decir, facilitan el seguimiento.

Ello puede ejemplificarse en una situación concreta: el reconocimiento del personal de salud hacia los logros de las personas con DM 2 cuando dan seguimiento a su tratamiento dietético. Aquí se conjunta con la satisfacción que generan dichos logros y hacen que la persona se sienta motivada a continuar su tratamiento. Respecto a esto se muestra una breve narración que pone en evidencia sus efectos:

“...poco a poco me fui dando cuenta de que me felicitaban por ser quien más bajaba de peso...me empezaron a dar reconocimientos y eso me motivo a seguir los consejos de la doctora y [de] los de nutrición...”

Mujer, 53 años, CSA

Como puede verse, los componentes emocionales sirvieron para que la persona creara una convicción de seguir el tratamiento dietético, cabe agregar que esta persona con DM 2 mejoró mucho su condición de salud pues consiguió bajar varios kilos de peso y logró que quitaran de su tratamiento farmacológico la insulina, ella también ha sido un ejemplo en su grupo para otras personas con la misma condición como prueba de que se puede alcanzar cualquier meta propuesta en el tratamiento dietético.

Por otra parte, los componentes emocionales no siempre tienen los mismos efectos en todas las personas. Cuando los contextos no les fueron favorables, las personas con DM 2 entrevistadas se vieron sometidas a mucho estrés, no todas ellas contaron en su momento con los medios para evitar que éste tuviera un impacto negativo, no sólo en su salud, sino también en sus comportamientos e incluso en su alimentación.

En el caso que se muestra a continuación se puede apreciar como una situación estresante genera ansiedad y esto puede llevar al consumo excesivo de algunos alimentos:

“...Han sido días en que me la paso en las noches viendo cómo está durmiendo [mi papá], voy y lo checo otra vez y aún de todas esas desveladas, de todos esos pendientes no me he sentido ya muy mal del azúcar.... que me duela mi cabeza, que tenga mucha ansiedad por comer, ya no...”.

Mujer, 53 años

Este comentario muestra que cuando la informante estaba más expuesta al estrés por cuidar a su papá sentía mucha ansiedad por comer, esto la puso en riesgo para el seguimiento de su tratamiento, pues no contaba con los medios adecuados para disminuir el estrés, su ansiedad la llevó a que consumiera más alimentos de los recomendados. Sin embargo, una vez que encontró cómo canalizar su estrés, a través del ejercicio físico, refirió poder controlar su ansiedad.

En otras entrevistas, las preocupaciones, los enojos, las relaciones familiares y la situación económicas fueron generadoras de estrés, aunque no todos reaccionaron igual ante éste, no descartaron que el seguimiento del tratamiento dietético se vio afectado.

Si bien los componentes emocionales influyen en la alimentación, también se encontró que el seguimiento del tratamiento dietético genera conflictos emocionales, éstos algunas veces pasan desapercibidos y otras son tan intensos que no pueden ocultarse.

El siguiente ejemplo muestra por su parte los componentes emocionales como efecto que puede estar generado, entre otras cosas, por el seguimiento de tratamiento dietético:

“...yo duré un año nada más controlándome así con la pura dieta entonces yo dije [un día]: —pues si de todas maneras me voy a morir para qué sigo con la dieta—, ahí me descompensé y comía de todo...”.

Mujer, 47 años

El fragmento anterior fue tomado de la entrevista de una informante que al principio mantuvo su glucemia estable y en los niveles recomendados por un año sólo con el tratamiento dietético. Después de un episodio grave de hipoglucemia severa optó por abandonar su tratamiento dietético durante poco más de un año y esto le trajo un serio descontrol metabólico, poco después le diagnosticaron depresión, por lo que su médico decidió darle tratamiento farmacológico de por vida así como retomar su tratamiento dietético con carácter obligatorio.

En la entrevista ella no dio detalles del origen de su depresión, sin embargo, por lo dicho en su narrativa, éste pudo haberse relacionado con su contexto familiar, condición de salud y con algunos otros factores que no pudieron detectarse en este estudio.

Si bien las restricciones tienen gran utilidad en el control metabólico es difícil que las personas con DM 2 las acepten por completo y las lleven a cabo desde la primera vez que se indican. Como se había visto anteriormente las restricciones casi siempre chocan con las costumbres que las personas tienen respecto a su alimentación, es así como se detectó el cuarto factor y último por describir.

4. Hábitos alimentarios

En el presente estudio este factor se conformó por tres elementos: las costumbres relacionadas con su alimentación, las preferencias y los antojos. De inicio se abordaran las costumbres, posteriormente se describirán las preferencias y los antojos con énfasis en la diferencia que existe entre ellos.

Las costumbres en la alimentación se conforman de una gama de alimentos, criterios de selección y modos de preparación que se han aprendido de generación en generación dentro de las familias, por lo que llevan arraigadas mucho tiempo. Éstas se insertan desde la infancia y muchas veces se conjugan con significados simbólicos o con momentos significativos de las personas, haciéndolas difíciles de modificar.

En el ejemplo que se muestra a continuación se hace énfasis en la perspectiva de dificultad que se genera por el cambio en los hábitos alimentarios:

“...estaba acostumbrada a comer tortillas, me comía tres o cuatro en la mañana y ahora una, uno piensa “no sé si lo voy a cumplir...”.

Mujer, 53 años

En el breve fragmento anterior se aprecia que uno de los alimentos que suelen restringirse en los tratamientos dietéticos para personas con DM 2 es la tortilla, un alimento típico de la cultura mexicana consumido desde la época prehispánica, este alimento es un producto básico y su consumo es tan natural que se convierte muchas veces en un obstáculo para el seguimiento del tratamiento dietético.

Además, es en estas circunstancias cuando la disminución del consumo resulta útil, algunos de los entrevistados optaron por hacerla de forma gradual y otros lograron llevarla a cabo inmediatamente. Otra adaptación que las personas con DM 2 utilizaron para enfrentar este cambio fue seguir las recomendaciones brindadas por el personal de salud que los atiende.

Sin embargo, como se mencionó en otro apartado, dichas indicaciones no siempre las siguen tal y como fueron dadas, esto sucede cuando se contraponen a una costumbre que implica uno o varios alimentos preferidos por las personas con DM 2 entrevistadas. En este punto la complejidad de llevar a cabo dicho cambio es mayor y la dificultad se elevó.

Aunado a ello, otras circunstancias como la aceptación de la enfermedad y la ausencia de la perspectiva de vulnerabilidad dieron pauta a la perspectiva de resistencia al cambio. Enseguida se rescata una breve narrativa de la dificultad que implica cambiar un hábito que implica una costumbre y preferencia:

“... cambiar los hábitos de alimentación [fue difícil] porque estaba muy acostumbrada a la coca, ya no la tomo para nada, pero el refresco, los pastelitos y la nieve, todo eso se me ha hecho difícil porque sí me gustaban mucho...”

Mujer, 49 años

Los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar son productos que varios entrevistados refirieron consumir en el pasado, algunos reconocieron que aún los consumían en pequeñas cantidades, este fragmento es evidencia de ello, pues estos productos también son restringidos por el tratamiento dietético, por lo que suelen ser los primeros obstáculos para la implementación del mismo.

Su presencia en la vida diaria de los informantes proporcionó mayor dificultad para dar un buen seguimiento a su tratamiento dietético, esto pone en evidencia que tuvieron que crear un cambio drástico en su forma de clasificar los alimentos que eran y no eran benéficos para ellos. Sin embargo la presencia de estos alimentos y bebidas muchas veces continúan manifestándose durante su seguimiento del tratamiento dietético, ello se vuelve indudable con el hábito de saciar los antojos, como puede verse a continuación:

“...Mi hija la más chiquita me dice a veces: —tengo muchas ganas de coca—pero yo no tomo.... no diario, así no siente uno que no es coca, pero a veces [le digo:] — ¿me das un traguito?— y nada más...”

Mujer, 61 años

Ya sea por antojo de la persona o por ver a otros, el consumo del refresco se identificó como uno de los obstáculos para el seguimiento del tratamiento dietético de estas personas, a pesar de saber que mantenerlo afecta aún más su salud de por sí ya condicionada por la DM 2. Algunos refirieron necesitar mucha fuerza de voluntad para realizar un cambio de esa magnitud, con un ambiente poco favorable en los casos en los que no tienen suficiente apoyo familiar.

Por último, algunas personas identificaron que cuando todos estos hábitos se conjugan se vuelve sumamente difícil dar un adecuado seguimiento del tratamiento dietético pues continuar una costumbre, darse un gusto y un cumplir antojo al mismo tiempo es una acción que proporciona satisfacción, sin embargo en la DM 2 y otras enfermedades crónicas, este medio de satisfacción se ve altamente restringido y las personas con esta condición se vieron orillados a elegir día a día entre continuar sus costumbres, satisfacer sus preferencias y antojos o hacer lo que les han indicado en el tratamiento dietético:

“...si como por ejemplo dos tortillas y aparte el arroz, entonces ahí ya me excedí con los cereales.... hay veces donde no puedo llevar la dieta al cien porque no me dejo de comer una tortilla...”

Mujer, 63 años

Para finalizar basta con decir que los factores mencionados en este estudio son algunos que pudieron identificarse de todos los que influyen tanto en las perspectivas como en las prácticas, no obstante toda esta complejidad de sus vidas diarias da como resultado un buen seguimiento del tratamiento dietético o uno deficiente y que pueden llegar a ser obstáculos insuperables si no se les apoya adecuadamente.

VII. DISCUSIÓN

Respecto a los hallazgos descritos en este estudio primero se abordará la NOM-015-SSA2-1994, como se pudo apreciar, esta norma recomienda establecer el plan alimentario con base en los hábitos de quien recibe tratamiento,²⁶ sin embargo, como puede verse en esta investigación, varios hábitos que los informantes tenían dificultaron la implementación del tratamiento dietético, aunado a ello, muy a pesar de los esfuerzos de los profesionales de la salud, tampoco se ha logrado incluir a la familia de estas personas como se indica en la norma, pues está presente la autoexclusión, la falta de apoyo familiar por lo que es preciso replantear algunos aspectos de esta norma para que responda a las necesidades reales de la población con DM 2.

relacionados con las perspectivas sobre la utilidad del tratamiento dietético, en este estudio se identificó que la vulnerabilidad fue un elemento importante, pues además de ser el más mencionado fue uno de los principales motivos para dar seguimiento al tratamiento dietético. Esto es similar a lo que descubrieron Guerreiro y colaboradores (2012), en su estudio de perspectivas de vida de mujeres con DM 2, en el que encontraron que mientras más inmediatas y aparentes fueran las complicaciones de dicha enfermedad más rápido se aceptó el tratamiento dietético.⁶⁷

Este hecho denota que sentirse vulnerable es un motivador importante para aceptar y seguir el tratamiento dietético, por ello es prudente retomar el Modelo de Creencias en Salud, que propone varios elementos que permiten hacer cambios en las acciones de las personas para fomentar la prevención de enfermedades y complicaciones de las mismas.⁶⁶

A pesar de haber hecho aportaciones útiles el modelo de Rosenstock y Becker no es capaz de unir la brecha entre las acciones reales y los pensamientos respecto al tema de salud. Ello pone en evidencia que hay más elementos que actúan entre el pensamiento y la acción, por lo anterior se vio la

pertinencia de agregar en esta investigación otros factores que influyen tanto en perspectivas como en prácticas.

Uno de los hallazgos más frecuentes en las palabras de los informantes fue la del tratamiento dietético restrictivo, esto coincide con la investigación de Andrade, Antonio y Cerezo (2012) acerca de creencias en salud de personas con DM 2, quienes mencionan que la alimentación suele tonarse prohibitiva, además resaltan el consumo de tortillas como un obstáculo, ambos son mostrados como elementos que dificultan el apego al tratamiento dietético.⁶⁸

El consumo de las tortillas es un elemento que fue identificado como un elemento básico en la alimentación de los mexicanos, no obstante, Andrade y colaboradores (2012) no destacan en su estudio el consumo del refresco, el cual es un obstáculo para el seguimiento del tratamiento dietético ya identificado en otras investigaciones como la de Altamirano y colaboradores.⁶⁹

La falta de información acerca del tratamiento dietético fue otro factor que dificultó el seguimiento del tratamiento dietético hallado en este estudio, esto es muy parecido a lo descrito en el estudio de Shaw y colaboradores, quienes encontraron como obstáculo el conocimiento que tienen respecto a la nutrición y a su dieta.⁴⁹ Esto se debe principalmente a que los profesionales de la salud no cuentan con el tiempo suficiente para profundizar en la explicación de los motivos por los cuáles se hacen estos cambios o porque muchos de ellos no están acostumbrados para dar explicaciones más allá de las instrucciones.

Las restricciones y la complejidad de sus contextos influyen también en la perspectiva de dificultad que se genera en el seguimiento del tratamiento dietético, este hallazgo coincide con lo escrito por Ahlin y Billhut (2012), quienes estudiaron los cambios en estilo de vida de mujeres con DM 2, ellas señalan que apegarse a la dieta representó una gran dificultad para las participantes de su estudio pues sus impulsos las llevaron a consumir alimentos que les fueron restringidos.⁷⁰

Por otra parte, lo encontrado aquí es muy parecido respecto a las dificultades que señaló Ledón en una revisión sistemática acerca de diabetes y autocuidado, no obstante, difiere en dos puntos que no fueron hallados en el presente trabajo: la cuenta de kilocalorías consumidas y la fragmentación de la dieta.⁷¹ Esto quizá pueda deberse a que las personas entrevistadas en el presente no consideraron que estos temas generaran dificultad o porque no las llevan a cabo.

Las personas con DM 2 llevaron a cabo diversas adaptaciones con la finalidad de contrarrestar las dificultades generadas por el seguimiento del tratamiento dietético. En la presente investigación se encontró que realizar adaptaciones en es la práctica más común. Esto es similar con lo hallado por Rojano y colaboradores, quienes enumeran entre sus resultados algunas adaptaciones ya mencionadas como la incorporación de alimentos a la dieta habitual de personas con DM 2 y a la dieta de su familia, la selectividad cuando comen fuera de casa y la disminución del consumo de ciertos alimentos.⁷²

Es importante destacar que la incorporación de alimentos a la dieta familiar se encontró en ambos estudios como una práctica propia de las mujeres, pues ellas son las encargadas de preparar los alimentos para sus familias. En ambos casos los hombres optaron por adoptar otras prácticas como la disminuir el consumo de algunos alimentos.

En cuanto a las prácticas, una diferencia entre hombres y mujeres se pudo notar en los resultados que se refieren a la autoexclusión que se genera por el seguimiento del tratamiento dietético, debido a que los hombres que participaron en esta investigación cuentan con el apoyo de su pareja para realizar las adaptaciones por ello no señalaron autoexcluirse, sin embargo las mujeres sí lo hicieron.

Lo anterior concuerda con lo señalado por Mathew y colaboradores, quienes estudiaron los factores que influyen en el manejo de la DM 2 y las diferencias entre hombres y mujeres, ellos señalan que son los hombres quienes

suelen apoyarse más en sus familiares para hacer las modificaciones en su dieta, y que las mujeres no son tan apoyadas en los cambios dentro de su alimentación.⁷³

Este fenómeno también fue hallado por Yee y colaboradores (2016), quienes al estudiar las barreras sociales para el manejo dietético de mujeres con diabetes gestacional.⁷⁴ A pesar de estudiar una población diferente señalaron que si bien las entrevistadas tuvieron el apoyo para llevar un embarazo saludable no fue así para los cambios en su alimentación.⁷⁴

Las personas en dicho estudio refirieron la necesidad de alejarse en los momentos en los que comían junto a su familia, pues algunos de sus miembros consumían alimentos que estaban restringidos para ellas y esto las ponía al borde de la tentación, lo que a su vez ponía en riesgo su salud.⁷⁴ En la presente investigación esta autoexclusión fue mencionada por algunas mujeres, quienes no siempre contaban con el apoyo de sus familias para seguir su tratamiento dietético.

Por otra parte, la presente investigación difiere con uno de los hallazgos de la realizada por Torres y colaboradores en cuanto autoexclusión, ellos detectaron autoexclusión generada por la diferencia de los horarios, pues el seguimiento del tratamiento dietético alteró la tradición de la convivencia familiar a la hora de comer, ya que para cumplir con dicho tratamiento sus informantes refirieron sentirse segregados por los horarios indicados,⁷⁵ en comparación con los hallazgos aquí presentados. Ello quizás se deba a quienes participaron en el estudio adaptan sus horarios de comida o no sea para ellas una costumbre comer con su familia.

Con todo lo mencionado puede verse que las restricciones son en gran parte las generadoras de las adaptaciones, no obstante, también se mencionaron otros factores a lo largo de este estudio que influyen en éstas y en las perspectivas de las personas con DM 2 que siguen un tratamiento dietético. Al retomar estos factores se encontraron coincidencias con el estudio realizado por

Hinder y Greenhalg (2012) en referencia a recursos materiales limitados, es decir, al dinero que se destina al autocuidado.⁴⁶

En ese estudio se recalca que uno de los factores que merma el cuidado de la alimentación es la pobreza.⁴⁶ Esto se relaciona con la accesibilidad económica que se menciona en la presente investigación, pues la falta de dinero limita la adquisición de los alimentos que indica el tratamiento dietético, con esta escasa capacidad adquisitiva las personas se ven obligadas a recurrir a los alimentos que pueden obtener, los cuales suelen ser inadecuados para el seguimiento de dicho tratamiento.

Respecto a los componentes emocionales, se identificaron coincidencias con lo hallado por Siqueira y colaboradores, quienes señalaron también que las dificultades que tuvieron las personas con DM 2 para mantener un adecuado seguimiento de su tratamiento dietético se vieron influenciadas por emociones, sentimientos y significados culturales que se involucran en este complejo acto de la alimentación.⁷⁶

Por último pero no menos importante es el papel que juegan los hábitos alimentarios, los hallazgos aquí encontrados coinciden con los de Montiel y Domínguez, quienes al estudiar la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DM 2 encontraron que los entrevistados señalaron tener poco o nulo control sobre sus preferencias alimentarias, así como las costumbres tan arraigadas que consideran poca factibilidad de modificarlas.⁵³

A diferencia de lo que señalan Ramal y colaboradores, en el presente estudio no se encontraron referencias de la autoeficacia como un factor que influye en el seguimiento,⁴⁷ quizá esto se deba a que estos factores no eran parte del objetivo del estudio y por la tanto no se plantearon las preguntas adecuadas para evidenciarla.

Los hábitos alimentarios fueron identificados entre los factores que influyen en las perspectivas y prácticas, aunque algunas personas entrevistadas

no señalaron que sus costumbres fueran tan arraigadas, sí tuvieron influencia en el seguimiento de su tratamiento dietético, quizá esta diferencia se deba a la edad de los participantes o al tiempo que llevan con la DM 2.

VIII. CONCLUSIONES

El presente estudio exploró las perspectivas y prácticas de personas con DM 2 en el seguimiento de su tratamiento dietético.

Es común que desde la perspectiva de los profesionales de las ciencias de la salud se visualice la alimentación como un proceso biológico, olvidando el carácter social y emocional de la alimentación, las características sociodemográficas que poseen las personas con DM 2, las responsabilidades que tienen dentro de la vida cotidiana y que giran en torno a la satisfacción de esta necesidad fundamental. Es por ello en este trabajo se resalta la voz de las personas con DM 2

Dentro del presente estudio destacó la perspectiva del tratamiento dietético restrictivo, mientras que la práctica más frecuente fue la de realizar adaptaciones para dar seguimiento al tratamiento dietético. Aunque estos resultados no son generalizables, se encontraron muchas coincidencias con los hallazgos de otros autores, lo que indica que dichos resultados son situaciones comunes en el seguimiento del tratamiento dietético para DM 2.

Las perspectivas halladas en esta investigación pueden ser un elemento que favorezca u obstaculice el seguimiento del tratamiento dietético y que en conjunto revelan una parte del contexto de estas personas, además explican en buena parte las razones por las que se generan las diversas prácticas detectadas y mostradas en este estudio.

Se identificó la existencia de barreras y dificultades en torno al seguimiento del tratamiento dietético como: información insuficiente que genera confusión, los cambios de hábitos alimentarios, los recursos financieros de quienes reciben el

tratamiento, el sabor de los alimentos e incluso la atención proporcionada por los profesionales de la salud.

Por otra parte se identificó a la familia con una función ambivalente, ya que por un lado puede una fuente muy importante de apoyo y motivación y por el otro puede actuar como un factor negativo para el seguimiento del tratamiento dietético, ya que existe la posibilidad de que las preferencias alimentarias de los demás "saboteen" los esfuerzos de quien tiene diabetes, cuando se les persuade de ingerir alimentos no recomendados o restringidos, pero que sus familiares sí los consumen.

Aún queda mucho por hacer para facilitar el seguimiento del tratamiento dietético para DM 2, por tal motivo la información aquí recolectada puede ser útil para generar más estrategias de apoyo dirigidas a las personas con DM 2 que se encuentren en una situación parecida a alguna de las descritas.

IX. SUGERENCIAS

Si bien esta investigación fue realizada con la finalidad de brindar mayor información para generar estrategias que permitan facilitar el proceso de cambio en la alimentación a causa de la DM 2 con la visión obtenida se sugieren varias estrategias que tienen el potencial de mejorar o facilitar dicho seguimiento, aunque se les deben hacer adecuaciones de acuerdo con los contextos y características individuales, se recomienda:

- Que los nutriólogos que atienden a personas con diabetes contribuyan a cambiar la perspectiva de restricción de los tratamientos dietéticos. Una manera de hacerlo es tan sencilla como cambiar la palabra “dieta” por “plan de alimentación”, ya que tan sólo con escuchar la primera se sabe que algunos alimentos quedarán fuera del consumo habitual por un tiempo. Cabe agregar que la palabra plan de alimentación implica también un cambio de

ideas para el nutriólogo, pues él será un guía que le enseñe a las personas a tomar las mejores decisiones respecto a su alimentación, es decir, no basta con que dé indicaciones, tiene que brindar el conocimiento y las herramientas para que las personas hagan una elección inteligente de los alimentos que han de consumir.

- Otra manera sería promover no sólo en la persona con DM 2 una alimentación saludable, también en sus familiares y en su entorno social, esto a través de intervenciones teórica-prácticas basadas en la Educación para la Salud con énfasis en hábitos saludables en la alimentación familiar dirigidas a niños, adolescentes y amas de casa o personas que sean las encargadas de preparar los alimentos en el hogar. La finalidad de dichas intervenciones sería la de facilitar la creación de hábitos alimentarios benéficos para la salud colectiva y así poder eliminar las diferencias entre la alimentación de personas con DM 2 y las personas que conviven con ellas.
- Es indispensable contar con psicólogos que trabajen hombro a hombro con médicos y nutriólogos para dar apoyo durante el proceso de seguimiento, pues las restricciones sin el acompañamiento adecuado pueden generar sentimientos encontrados y emociones que debilitan dicho seguimiento.
- Es necesario que tanto la NOM-015-SSA2-1994 como los profesionales de salud en el ámbito público y privado fomentemos un acompañamiento cercano que permita mantenernos informados acerca de las barreras que las personas con DM 2 enfrentan para facilitar su adherencia al tratamiento. Para ello también se requiere que todos estén dispuestos a trabajar en equipo con el fin de alcanzar la meta en común de mejorar la condición de salud de las personas con DM 2.
- Es importante que dicho acompañamiento integral involucre a la familia, para ello es necesario plantear intervenciones grupales, ya sea a través de convivios, exposiciones, festivales o eventos que promuevan la convivencia entre los profesionales de salud, personas con DM 2 y sus familiares.

- En cuanto a la accesibilidad económica y disponibilidad de alimentos como factores que influyen en perspectivas y prácticas se necesita crear enlaces con las instituciones adecuadas para mermar los efectos que estas tienen en el seguimiento del tratamiento dietético, una opción es la de poner en contacto a las personas con DM 2 que se ven afectadas por estos factores con el banco de alimentos de esta ciudad. Ello permitiría que la disponibilidad de alimentos fuera mayor y que la accesibilidad económica no limitara tanto a las personas.
- Una última sugerencia en cuanto a esto sería crear políticas y normas en pro de la seguridad alimentaria, esto llevaría una inversión importante de tiempo, no obstante podría tener resultados benéficos a largo plazo.

Las limitaciones del presente estudio se generaron por la falta de tiempo no fue posible realizar un análisis más detallado de los factores que influyen en las perspectivas y prácticas, pues los trámites que se hicieron para conseguir los permisos necesarios se vieron retrasados por el cambio de personal en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, además, la imposibilidad de llevar a cabo un estudio etnográfico como tal limitó la observación participante enfocada a las prácticas, también por el tiempo, pese a ello el presente ofrece detalles de las restricciones y las adaptaciones que realizan las personas entrevistadas para dar seguimiento a su tratamiento dietético.

En cuanto a las recomendaciones metodológicas para quienes estudiar este tema, es importante contar con el tiempo suficiente tanto para obtener los permisos necesarios como para realizar las entrevistas y el análisis. También es recomendable hacer más de una entrevista por persona para obtener mayor información de las perspectivas así como de los factores que influyen en éstas y en las prácticas de las personas con DM 2 durante el seguimiento de su tratamiento dietético.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 6th edition. (Online). 2014 [Referido en 2015/02/09]; (160 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre diabetes. (En línea). 2012. [Referido en: 2014/11/10] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/index.html>
3. Romero ME, Acosta OS, Carmona CI, Jaimes SA, Masco MMM, Páez GÁ, Vega JCh. Calidad de vida de personas con diabetes mellitus Tipo 2 residentes en Cartagena Colombia. Rev.cienc.biomed. 2010, 1(2).
4. Figuerola D. Diabetes. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
5. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas Poster. 6th edition. (Online). 2015 [Referido en 2015-01-6]; (2 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud de las Américas, Indicadores Básicos 2011. OMS (Online). 2011. [Referido en: 2014/12/08] (12 páginas en pantalla). Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012. Resultados Nacionales. (Online). 2013. [Referido en: 2014/12/08]; (4 páginas en pantalla). Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf
8. Flores HS, et al. Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control. Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 2012. p 1-14 [Referido en: 2014/12/08].

9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012. Resultados por Entidad Federativa: San Luis Potosí. Primera edición electrónica. 2013. [Referido en 2014/12/08]; (112 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/centro-occidente/San_Luis_Potosi%C3%8C-OCT.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DE MUERTOS” DATOS DE SAN LUIS POTOSI. Boletín publicado el 2013-02-11. (Online). [Referido en: 2014/12/08]. (14 páginas en pantalla). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/muertos24.pdf>
11. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Ter.Psicol. 2011; 29(1):5-11.
12. Meneses RA, et al. Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, Gro. Memoria del 2º Congreso Internacional Pre-ALASRU 2012. “Diversidad y Contrastes en los Procesos Rurales en el Centro De México”. Cuernavaca, Morelos, México. 2012.
13. Brito-Córdova GX, Aguilar-Salinas CA, Rull-Rodrigo JA, Gómez-Pérez FJ. Alimentación en la Diabetes. Una guía práctica para la prevención y el tratamiento. Primera edición. México: Mc Graw Hill. 2005. P 5.
14. De la Cruz-Maldonado MG, Vargas-Morales JM, Ledezma-Tristán ES, Holguín-Carrillo MC, Martínez-Castellanos AY, Fragoso-Morales LE. Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad. Salud pública. 2013; 15(3): 478-485.
15. Cabrera CE, Martínez A, Vega MG, González G, Muñoz A. Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. Instituto

- Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco, México. *Cad. Saúde Públ.*, 1996; 12(4):525-530.
16. Tol A, Baghbanian A, Rahimi A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B, Majlessi F. The relationship between perceived social support from family and diabetes control among patients with diabetes type 1 and type 2. *J Diabetes Metab Disord*; 2011; 10: 1-8.
 17. Henry SL, Rook KS, Stephens MA, Franks MM. Spousal undermining of older diabetic patients' disease management. *J Health Psychol* 2013; 18: 1550–61
 18. Carter-Edwards L, Skelly AH, Cagle CS, Appel SJ. They care but don't understand': family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2004; 30:493–501.
 19. Díaz-Méndez C, Gómez-Benito C. Sociología y alimentación. *Rev. Int. Sociol. Tercera Época.* 2005; 40: 21-46
 20. Vázquez-Gudiño I. Los alimentos como código comunicacional. *Textual* (En línea). 2013 [Consultado el: 03/03/2015]; Pp.67-85. Disponible en: http://portal.chapingo.mx/revistas/textual/contenido.php?id_revista_numero=146
 21. Rodríguez-Campuzano ML, Rentería-Rodríguez A, García-Rodríguez JC. Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa psicol. UST (Impr.)* 2013; 10(1): 91-101.
 22. Cedrón-Custodio J. Impacto de dos estrategias: teach-back y por imágenes ilustrativas, a comparación de indicación por consulta, sobre la adherencia al régimen dietético. *Rev. cuerpo méd HNAAA.* 2013; 6(2): 44-47.
 23. Holmes NH, Robinson J, Tscheschlog B. Editores. *Diabetes Mellitus. Guía para el manejo del paciente.* Primera edición. Editorial Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. España. 2007; pp. 2.
 24. Lerman-Garber I. *Atención integral del paciente diabético.* 4ta. Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2011. Pp.17-25,123, 217, 218, 229,262-385, 482, 486,487.

25. American Diabetes Association. Executive Summary: Standards of medical care in diabetes - 2012. Diabetes Care. 35 (sup 1) Jan- 2012. [Referido en 2014/ 03/10]
26. NOM-015-SSA2-2010. Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. DOF Secretaría de Salud (en línea) 2010 (Referida en: 2014/03/10) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
27. Alcaráz N, Chávez AM, Amador G, Reyes AC, Loya JI, Vargas MRC. Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio. Cul Cui; 1er. Semestre 2009; 8(25): 104-110
28. Martin L, Grau JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicol.Salud, ene-jun 2004; 14(1): 89-99,
29. Bimbela-Pedrola JL, Gorrotxategi-Larrea M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. Junta de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2da edición. Serie de monografías no. 31. España. 2001. Pág. 146.
30. Jansà M, Vidal M. Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Avances en Diabetología; 2009; 25:55-61
31. Di Matteo R, Di Nicola D. Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role, citados por Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. En: Revista Médica de Chile (Online). Vol.135, N.º. 5 [Referido en 2016/06/02 ; pp. 647-652.
32. Organización Mundial para la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo (online). 2004. [Referido en 2014/03/09]; Cap.1, pp.3-6. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid

33. Franco-Patiño SM. Aportes de la sociología al estudio de la alimentación familiar. *Rev. luna azul*. 2010; 31: 139-155.
34. Iglesias-Marichal I, Castelo L, Domínguez-Alonso E, Mendoza-Trujillo M. Adherencia terapéutica en pacientes con dislipoproteinemias. *Rev cubana endocrinol*. 2013; 24(.3): 229-241.
35. Luna A, García-Barragán L. El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2014; 7(1), 49-58.
36. Granados E, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en paciente con Diabetes Mellitus. *Liberabit*. 2010; 16(2), 203-215
37. Bawadi H, Abu-Jamous D, Tayyem RF. Evaluation of the dietary pattern of patients with type 2 diabetes in Northern Jordan: An inconvenient truth! *Int J Diabetes Dev Ctries*.
38. Colles SL, Singh S, Kohli C, Mithal A. Dietary beliefs and eating patterns influence metabolic health in type 2 diabetes: A clinic-based study in urban North India. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013, Nov-Dec; 17(6): 1066-1072.
39. Moreno-Lijerón C, Vera-Palma C. Influencia de la educación nutricional en el cumplimiento de la dieta y el control de la diabetes mellitus tipo 2: estudio prospectivo sobre el impacto de la dietoterapia y autocuidado en pacientes diabéticos del hospital militar – Guayaquil 2010 – 2011. Repositorio UCSG. [Referido en: 2014/11/14]. 2012.
40. Gomes-Villas-Boas LC, Foss MC, Foss de Freitas MC, Pace AE. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 Ene-Feb; 20(1): 1-8.
41. Matej-Butrym A, Butrym M, Jaroszynski A. The impact of family support on metabolic control in patients with type 2 diabetes. *Zdr Publ*. 2012; 122(3): 265-268.

42. Lancheros-Páez L, Pava-Cárdenas A, Bohórquez- Poveda A. Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Diaeta*. 2010; 28(133): 17-23.
43. Saéz ME. Diabetes tipo 2: nivel socioeconómico y adhesión al tratamiento. Repositorio Digital UFASTA. [Referido en: 2014/11/14]. 2011. Disponible en:
44. Abolghasemi R, Sedaghat M. The Patient's Attitude Toward Type 2 Diabetes Mellitus, a Qualitative Study. *J Relig Health*. [Referido en: 2014/03/06] (15 páginas en pantalla) Disponible en: http://download.springer.com/static/pdf/138/art%253A10.1007%252Fs10943-014-9848-9.pdf?auth66=1415808805_97fa27e305746704a70a29f241b689d4&ext=.pdf
45. Ebrahim Z, De Villiers A, Ahmed T. Factors influencing adherence to dietary guidelines: a qualitative study on the experiences of patients with type 2 diabetes attending a clinic in Cape Town. *JEMDSA* 2014;19(2):76-84
46. Hinder S, Greenhalgh T. "This does my head in". Ethnographic study of self-management by people with diabetes. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12(83): 1-16.
47. Ramal E, Petersen AB, Ingram KM, Champlin AM. Factors that Influence Diabetes Self-Management in Hispanics Living in Low Socioeconomic Neighborhoods in San Bernardino, California. *J Immigr Minor Health*. 2012; 14:1090–1096.
48. Santos AL, Silva-Marcon S. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(3): 260-269.
49. Shaw JL, Brown J, Khan B, Mau MK, Dillard D. Resources, Roadblocks and Turning Points: A Qualitative Study of American Indian/ Alaska Native Adults with Type 2 Diabetes. *J Community Health*. 2013; (38):86–94.

50. Troncoso-Pantoja C, Delgado-Segura D, Rubilar-Villalobos C. Adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2. *Rev Costarr Salud Pública*. 2013, Jun-Ene; 1(22): 9-13.
51. Hernández-Ibarra LE, Mercado-Martínez FJ. Estudio cualitativo sobre la atención médica los enfermos crónicos en el Seguro Popular. *Salud pública Méx*. 2013. 55(2): 179-184.
52. Ávila Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan*. 2013; 13(3): 373-386.
53. Montiel MM, Domínguez GM. Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Rev. latinoam. med.conducta*. 2011; 1(2): 7-18.
54. Ledón-Llanes L. Psychosocial impact of diabetes mellitus, experiences, meanings, and responses to disease. *Rev Cubana Endocrinol*. 2012; 23(1): 76-97.
55. Chávez-Courtois M, Graham C, Romero-Pérez I, Sánchez-Miranda G, Sánchez-Jiménez B, Perichart-Perera O. Experiencia y percepciones de la diabetes gestacional y su automanejo en un grupo de mujeres multíparas con sobrepeso. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(6):1643-1652.
56. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Aten Primaria* 2003; 31(1); 32-8: 76-86.
57. Cruz-Bello P, et al. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Pap. Poblac*. 2014; 20(80): 119-144.
58. Lundberg PC, Thrakul S. Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management? *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(3): 550–558.
59. Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Compiladores. Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana. México: Universidad de Guadalajara; 2002. Pp. 191-206, 448-450.

60. Ramírez-Hita S. Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de la narrativa en el campo de la salud. En: Romaní O, editor. Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto. España: Publicaciones URV. 2013. Pp.43-63.
61. Castillo SA, Torres-López TM. Percepción de riesgos laborales en trabajadores de industrias metal-mecánicas. RESPYN (Online). 2011 Abr-Jun; 12(2); [Referido en 2015/03/11]; (10 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/xii/2/articulos/Percepcion_riesgos_laborales-aa.htm
62. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-1287.
63. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión; 1983. [Referido en: 2015/01/21].
64. Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial; 2013. [Referido en: 2015/03/24].
65. Moreno E, Gil J. El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Inter Jour Psych Psychol Ther. 2003. 1(3):91-109.
66. Ramos EG, Salazar GI, Berrún LN, Zambrano A. Reflexiones sobre derecho, acceso y disponibilidad de alimentos. RESPYN. 2007; 4(8).
67. Guerreiro DM, Hegadoren K, Lasiuk G. La perspectiva de ama de casa brasileña sobre la vida con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Latino-Am. Enfermagem may-jun 2012; 20(3):1-9.
68. Andrade S, Antonio MT, Cerezo AM, Creencias en Salud de la Persona que Vive con Diabetes. Desarrollo Cientif Enferm. 2012 Sep; 20 (8): 255-260.
69. Moreno L, et al. Diabetes tipo 2 y patrones de alimentación de 1961 a 2009. Gac Med Mex. 2015;151:354-68.

70. Ahlin K, Billhut, A. Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2012; 30: 41–47.
71. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol*. Ene-abr. 2012; 23(1): 76-97.
72. Rojano L, Unikel C, Reidl LM. El proceso de autorregulación de la alimentación en diabetes tipo 2. *Alternativas psicol*. (en línea). 2015; 33: 32-49. Online [Referida en 13/07/16]. Disponible en: <http://www.alternativas.me/numeros/22-numero-33-agosto-2015-enero-2016/100-el-proceso-de-autorregulacion-de-la-alimentacion-en-diabetes-tipo-2>
73. Mathew R, Gucciard E, DeMelo M, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 2012, 13:122. 1-12.
74. Yee LM, McGuire JM, Taylor SM, Niznik CM, Simon MA. Social and Environmental Barriers to Nutrition Therapy for Diabetes Management Among Underserved Pregnant Women: A Qualitative Analysis. *J Nutr Educ Behav*. 2016 : 1-11.
75. Torres TM, Sandoval M, Pando M. “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1):101-110.
76. Siqueira D, Dos-Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(6): 1105-1112.
-

X. ANEXOS

Anexo 1: Guion para la entrevista.

Datos Personales

Código asignado:

Sexo:

Edad:

Tiempo de haber sido diagnosticado:

Seguridad social:

Otros padecimientos:

Estado civil:

Nivel de escolaridad:

Ocupación:

Entrevista semiestructurada

- ¿Cómo fue que se enteró que tenía diabetes?
- ¿Qué ha cambiado desde que lo supo?
- ¿Qué ha cambiado en su alimentación?
- ¿Qué ha sido lo más fácil que ha hecho respecto a su alimentación?
- ¿Qué ha sido lo más difícil que ha hecho en su cambio de alimentación?
- ¿Qué la (lo) motivó a cambiar?
- ¿Qué piensa usted acerca de las recomendaciones que le hicieron acerca de su alimentación?
- ¿Cómo se siente usted con respecto a la manera en se alimenta ahora?
- ¿qué hace cuando no puede seguir las recomendaciones que le hicieron?



Anexo 2: Consentimiento informado



San Luis Potosí S.L.P., a ____ de _____ de 2015.

Título de la investigación: Perspectivas y prácticas de personas con diabetes Mellitus tipo 2 en el seguimiento del tratamiento dietético

Mi nombre es Melina Irais Matus Ramírez, soy estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. En este momento estoy realizando una investigación con el objetivo de conocer cuáles han sido sus opiniones al intentar hacer cambios en su dieta habitual a causa de la diabetes, y qué ha hecho para el seguir la dieta que le recomendaron. Con la información que usted pueda dar acerca de estos temas, se busca comprender las situaciones que pueden vivirse ante estas circunstancias y con esto generar propuestas, para que quienes padecen diabetes puedan contar con una mejor orientación a fin de apoyar su proceso de cambio de alimentación, esto probablemente no será inmediato, pero se espera que se refleje en la atención que usted reciba a futuro. Además, si usted lo desea recibirá orientación nutricia en cuanto a las dudas que tenga respecto a su alimentación. Su colaboración en esta investigación consistirá en participar en una entrevista que será audiograbada, si usted lo autoriza, y cuya duración será aproximadamente de entre 40 y 60 minutos.

Usted tiene la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desea, sin que esto afecte en ningún aspecto la atención que el Centro de Salud le brinda. Los datos que proporcione serán manejados con la mayor discreción para asegurar su anonimato y confidencialidad, serán manejados exclusivamente por quien realiza la investigación y sólo se utilizará para los fines de la misma. Su participación no incluye ningún gasto o pago. Si desea recibir más información acerca del estudio puede contactar a la responsable del estudio en el teléfono celular 045 2282111522 o al correo electrónico dandasinfonica@hotmail.com.

Yo _____ he leído y comprendido la información de este escrito y mis dudas han sido resueltas de forma satisfactoria. He sido informado(a) y estoy de acuerdo en participar en esta investigación.

Firma del informante _____

Firma del Investigador responsable _____

Firma de testigo _____

Anexo 3: Carta de no conflicto de interés

CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS

Por medio de la presente manifestamos que en la investigación "Experiencias y prácticas de personas con diabetes mellitus tipo 2 en el seguimiento del tratamiento dietético" NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS ECONÓMICO O PROFESIONAL, para llevar a cabo esta investigación, desde el diseño del proyecto hasta la publicación de los resultados.

En cualquier circunstancia serán respetados el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación, mismos que le son conferidos a la responsable de la investigación, como autora principal que aplica para el primer artículo, la primera presentación oral y primer cartel; L.N. Melina Inés Marín Ramírez y como coautores a la Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez y al Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra. Los cuales se comprometen a cumplir y actuar conforme a los principios de ética profesional que establece el Código de Ética; considerando como principios generales la legalidad, honestidad, lealtad, eficiencia e imparcialidad. De igual manera se respetará la obligación ética de difundir los resultados de la investigación mediante una publicación, además de ser responsables de la integridad y exactitud de los informes, aunque estos resulten negativos.

Para los artículos y productos subsecuentes el orden de los autores se determinará de acuerdo al grado de participación de cada uno, con la posibilidad de integrar a alguien más como autor, siempre y cuando participe en la construcción del mismo.

Se acuerda que los primeros gastos del proyecto serán cubiertos por la encargada de realizar la investigación. Será responsabilidad de ella y los coautores cubrir en partes iguales los gastos que se generen para los efectos de la difusión de los resultados en cualquier modalidad. Después de haber leído y comprendido lo señalado, manifestamos nuestro acuerdo y absoluta conformidad.


Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez


L.N. Melina Inés Marín Ramírez


Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

San Luis Potosí, S. L. P., a 31 de agosto de 2015.

Anexo 4: Carta de aprobación del Comité Académico de Salud Pública



Abril 30, 2015

MELINA IRAIS MATUS RAMIREZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GENERACIÓN 2014-2016
P R E S E N T E.-

Por este conducto le informamos que en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 29 de abril del año en curso, se registró su protocolo de investigación denominado "Experiencias y prácticas para el cumplimiento del tratamiento dietético de personas con diabetes mellitus tipo 2" con la clave GVIII 08 -2015.

No obstante se realizaron observaciones que deberá atender y reflejarse las modificaciones en el Seminario de Tesis II, por lo que se le solicita acudir con la Dra. Paola Algara Suarez y con el M.P.S. Darío Gaytán Hernández.

Sin otro particular, reiteramos la seguridad de nuestra atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ"

COMITÉ ACADÉMICO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores
Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra
M.P.S. Darío Gaytán Hernández
Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez
M.S.P. Ma. Guadalupe Guerrero Rosales
Dra. Paola Algara Suárez



Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

Archivo Posgrado
DRA YRF/der

Anexo 5: Carta de aprobación del Comité Académico de Salud Pública



UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Título del proyecto: **EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Responsable: **Melina Irais Matus Ramirez**

Fecha: **20/05/2015**

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. Anexa la autorización de la instancia correspondiente.		X		
4. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
5. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
6. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
7. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
8. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
9. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X*			Mejorar la redacción de la carta.
10. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
11. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
12. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación. (patente)			X	
13. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			

Dictamen: Se otorga el registro **CEIFE-2015-131**, condicionado a enviar una versión corregida de la carta de consentimiento informado en un plazo máximo de 10 días hábiles a partir de la fecha de dictaminación. También se solicita enviar un reporte sobre el avance del proyecto al correo de este Comité: ceife.uaslp@gmail.com en un plazo de 6 meses.



**FACULTAD DE
ENFERMERÍA**

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

~~Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería~~

Página 1 de 1

Anexo 6: Carta de aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Jurisdicción Sanitaria No. 1



UNIDAD: JURISDICCION SANITARIA N. 1
SECCION: COORD. ENSEÑANZA E INVESTIGACIONES
DOMICILIO: CALLE DE GUADALUPE No. 500 ALTO
NUMERO DE OFICIO _____
ESPECIAMENTE: TELE. 07 285

ASUNTO: Se informa sobre protocolo.

San Luis Potosí, S.L.P. 26 AGO 2015

L.E. CLAUDIA ELENA GONZÁLEZ ACEVEDO M.E.P.
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UASLP
NRO ARTILLERO No. 130, ZONA UNIVERSITARIA
PRESENTE

A/r: Dra. en Ca. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez
Directora de Tesis

En relación a solicitud de evaluación del Protocolo de Investigación "Experiencias y Prácticas de Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Seguimiento del Tratamiento Diabético" que presenta la Lic. Niz. Melina Iris Matas Ramirez que realiza para obtener el título de Maestra en Salud Pública realizado en la Facultad de Enfermería de la U.A.S.L.P., dicho protocolo fue revisado en sesión ordinaria del Comité Local de Ética e Investigación de esta Jurisdicción a mi cargo, el día 18 de agosto del actual. Informo a usted que dicho protocolo fue aceptado para llevarse a cabo en las Unidades de Salud quedando en trámite el número de registro por parte del Comité Estatal de Ética e Investigación al cual le será enviado posteriormente.

ATENTAMENTE
EL JEFE DE LA JURISDICCION

DR. JUAN PABLO CASTILLO PALENCIA



AL CONTINUAR ESTE OFICIO CUMPLE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ANEXO SUPERIOR DEBERIA

c.c.p. Comité Ética e Investigación Jurisdiccional -Edificio