

CONCEPCIONES CULTURALES SOBRE INSULINOTERAPIA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Lucila Patricia Acosta Ramírez, Alicia García Barrón y Kelvin Saldaña Valero*
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (San Luis Potosí, S.L.P., México)
*Programa Estatal del Adulto y Adulto Mayor de los Servicios de Salud de San Luis Potosí (San Luis Potosí, S.L.P., México)
E.mail: lacosta@uaslp.mx.



Introducción

La diabetes mellitus 2 (DM2) es un problema de salud pública en continuo ascenso en todo el mundo, se espera que en los próximos 25 años se incremente notablemente en la población mayor de 20 años, sobre todo en países en desarrollo como México, donde el envejecimiento y la transición epidemiológica juegan un papel muy importante; a tal grado que el número de casos se duplicara o triplicara de no tomarse medidas y estrategias acertadas (1). La DM2 es una enfermedad endocrina y metabólica caracterizada por un déficit parcial o total en la secreción de insulina. Tal déficit tiene múltiples consecuencias en el organismo, entre las que destaca la tendencia a la hiperglucemia, que requiere la aplicación de insulina, además del control estricto sobre la dieta y otras medidas que forman parte del plan integral de tratamiento (2).

El estudio prospectivo de DM en el Reino Unido (UKPDS) demostró que gran número de pacientes presenta un deterioro progresivo del control glicémico con relación al tiempo de evolución, y en su mayoría requerirán tratamiento con insulina aislada o en combinaciones con agentes orales, existiendo una relación directa entre el riesgo de complicaciones y los niveles de glicemia a lo largo del tiempo. (3) Varios estudios han confirmado un retardo en el inicio y progreso de complicaciones microvasculares en pacientes diabéticos tipo 2 con insulino terapia intensificada, así como un mejor control de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) (4, 5, 6). El número de muertes por DM en México, que desde 2001 aumenta a una tasa de 5 mil decesos más cada año, se reducirá hasta en un 50 % cuando se amplíe el porcentaje de pacientes tratados con insulina, pues hasta ahora sólo suman entre 3 y 5 %, mientras que en muchos países representan 30 y hasta 40 % (7).

El tratamiento con insulina se considera con frecuencia una indicación compleja, pues se desconocen los tipos de insulina, las técnicas y los algoritmos de aplicación. Se tiene temor a la hipoglucemia y al aumento de peso. Algunos indican la insulina con la idea de castigo por el mal cuidado personal y no se cambian los mitos que prevalecen en la población. Se proponen metas muy claras de control y sin embargo, son difíciles de alcanzar y de mantener en la vida diaria (8). También, los enfermos rechazan el tratamiento con insulina con base en creencias y algunos mitos tales como: la ceguera, el aumento de peso, el temor a las inyecciones, el sentirse más mal, lo ubican como la etapa última de la enfermedad, que antecede a la muerte, entre otros(9, 10).

En el caso de estos pacientes, el control metabólico depende de su comportamiento, de modo que en gran medida su evolución estará supeditada a la adhesión al tratamiento. Sin embargo, existen barreras para su apego, entre otras la complejidad del régimen, el cambio en sus actividades cotidianas y el escaso conocimiento y habilidades para el manejo de la DM2 (11). Martín y Grau señalan que en general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas y en las enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría hasta 45%. (12) Lauritzen-Zoffmann revelan los resultados del estudio DAWN (Diabetes Attitudes Wishes Needs) donde el 57 % manifestó resistencia a iniciar tratamiento con insulina, encontrándose similar percepción en la mitad de los profesionales de la salud (13). Por tanto, es de suma importancia que el diabético participe activamente en los programas de atención, con la finalidad de fortalecer sus capacidades para la toma de decisiones que le faciliten el control de su propia vida. Lo que implica un proceso de formación integral que incluya las dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreativa, sanitaria y espiritual para empoderarlo. De modo tal que pueda desempeñar un papel más activo en el autocuidado y desarrollar aptitudes apropiadas. Un paso para lograrlo de manera efectiva es mediante el conocimiento del significado y el sentido que estructura el paciente con relación al cuidado de su padecimiento (14).

Un enfoque empleado para analizar los patrones culturales mediante modelos semánticos, es la teoría del consenso cultural (TCC) en la que se articulan la antropología, sociología y la psicología. Esta investigación muestra un acercamiento inicial enfocado al análisis de universos culturales de los pacientes con DM2 sobre la insulino terapia, mediante la TCC y el uso del programa Anthropac (15). En la antropología cognitiva se entiende por dominio cultural al conjunto organizado de palabras o frases que en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica (16). Se parte de la hipótesis, de que en la niñez los individuos desarrollan ideas fundamentales y profundas que no suelen conocerse clara y explícitamente. Estas ideas, nombradas en psicología cognitiva como creencias centrales, son consideradas por las personas como verdades absolutas, tales creencias son estructuradas, rigen en sus conductas y pensamientos, lo que genera los denominados pensamientos automáticos, que se manifiestan mediante palabras o imágenes sobre una situación determinada y representan el nivel más superficial de la cognición (17).

En el caso del paciente con DM2 se le involucra en los programas de atención, bajo el supuesto de ser un actor independiente con capacidad de tomar decisiones y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud;(18) esto daría pauta a que cuando se le prescribe la insulina decida aceptarla o rechazarla con base en sus concepciones culturales. En tal sentido, se efectuó este estudio para conocer sus concepciones culturales sobre el tratamiento con insulina, para coadyuvar en el diseño de programas educativos que favorezcan la modificación de conceptos erróneos, a fin de promover su aceptación que conlleve a la mejoría del control metabólico.

Metodología

Estudio exploratorio y comparativo, que permitió conocer las concepciones culturales subyacentes en los diabéticos sobre la insulino terapia, la comparación se estableció entre dos grupos de edad: 40 a 59 años y 60 años a más, bajo el supuesto de que sus dominios conceptuales pueden diferir en función de la edad y evolución del padecimiento. La muestra se determino por conveniencia para elegir de ambos grupos de edad, constituyéndose por 106 elementos. La recolección de datos se efectuó en dos fases: listados libres y sorteo de montones, mediante entrevistas semiestructuradas, durante febrero-septiembre de 2010. En la etapa de listados libres participaron 53 informantes, distribuidos en los grupos de edad de 40 a 59 años (29) y en el de 60 a más (24); en el sorteo de montones se incluyeron en el primero a 30 pacientes y 23 en el segundo. En estudios que abordan dominios culturales, no se requieren muestras grandes, pues la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 o más); se utiliza la tabla propuesta por Weller y Romney que señala un tamaño mínimo de 23 informantes en grupos cuyo nivel de acuerdo es \geq al 50%, con 95% de confiabilidad y 5% de error (19).

En la primera fase se solicito un listado escrito de palabras relacionadas con el concepto de insulina. Posteriormente se procedió a la técnica de sorteo de montones donde se les pidió que construyeran grupos de palabras percibidas como similares y expresaran la denominación para cada grupo. La información se analizo mediante el programa Anthropac 4.0, herramienta de análisis lexicográfico para conocer la frecuencia con que se mencionaron los términos, porcentaje con relación al número de informantes, lugar promedio en que cada vocablo fue señalado y el coeficiente de importancia cultural (0-1) proveniente de la asociación de los parámetros anteriores. Las matrices de los valores individuales fueron analizadas con el modelo de consenso cultural, valorándose si cada sujeto organiza de manera parecida los conceptos, traducido en el valor de homogeneidad expresado en una razón que si es \geq a 3 representa consenso de grupo. Se analizo la similaridad de los conglomerados mediante escalas multidimensionales no métricas, estimando el valor del stress como medida de ajuste.

Resultados

El grupo estudiado se integro por 106 pacientes, con edad promedio de 56.7 años \pm 10; predominaron las mujeres (92%) lo que coincide con la ocupación preponderante referente a labores del hogar (89.6%).El estado civil sobresaliente fueron los casados (86.8%).La escolaridad imperante fue la educación primaria completa (54.7%) y el 18.9% sin estudios. Sobre el tiempo de evolución de la DM2, destaca que para el mayor numero de personas (72) fue menor a 10 años (67.9%); y el 32.1% ha cursado de 11 a mas de 20 años con esta enfermedad. En los grupos de edad de 40 a 59 años y de 60 a mas, se reporto una evolución mayor a 10 años: 15.0% y 54.3% respectivamente. En cuanto al empleo de insulina sobresale que el 73.6% de los informantes no la usa; además mencionan que no participan en los grupos de ayuda mutua (56.6%).

En las Tablas 1 y 2 se especifican los listados libres sobre la insulino terapia de pacientes diabéticos por grupos de edad, de 40 a 59 años y de 60 a más. Los primeros tres términos más mencionados de acuerdo al porcentaje

de frecuencia e índice de importancia cultural coinciden en ambos grupos: “control”, “ceguera” y “buena”. Al preguntarles el porque de estos vocablos, comentan algunos de ellos “que se le iba acabar la vista más pronto”; “es buena porque mejora la salud”; otros señalaron control porque “reduce la glucosa” y “no se puede controlar con otro medicamento solo con ese”. Las palabras que le siguen son diferentes, pero coinciden en su connotación negativa: “enfermedad avanzada” y “miedo” en el grupo de 40 a 59 años de edad, mientras que en el de 60 a mas, fueron “falta de información” y “daño”, entre otras; una persona dice que “no me han informado que existe la insulina” y el daño lo perciben porque “desgasta mas al organismo”.

Un dato relevante en ambos grupos de edad, es que del total de términos mencionados, solamente señalaron cuatro palabras con sentido positivo: “buena”, “control”, “la utilizaría” y “necesaria” y el resto de vocablos (19) tienen connotación negativa. En el grupo de 40 a 59 años de edad, el término “buena” tuvo el mayor índice de importancia cultural, con 0.351, uno de los informantes la concibe así porque “he visto personas que son diabéticas y la usan y las veo que están bien,” le siguen los vocablos “control” (0.310) y “enfermedad avanzada” con 0.305. Respecto al grupo de 60 años y más, las palabras con mayor relevancia cultural fueron “ceguera” y “control” con el mismo índice (0.226) y “buena” con 0.215. Asimismo, las palabras *enfermedad avanzada*, *buena* y *último medicamento* se enunciaron en los primeros lugares con 1.1, 1.6 y 1.8 respectivamente.

Tabla 1. Listados libres sobre insulino terapia de pacientes diabéticos tipo 2 de 40 a 59 años de edad. Centros de Salud de Villa de Reyes y Santa María del Río. Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2010.

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

Fuente: Instrumento de listados libres

n=29

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

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

Fuente: Instrumento de listados libres

n=24

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

(a) Elementos descriptivos del concepto insulina, a su vez clasificados en léxico, correspondiente a sinónimos del término, composición referente a los elementos que conforman tal concepto y vecindad que comprende otras palabras relacionadas.

(b) Prácticas, clasificadas en acciones y funciones del termino insulina

(c) Atributos relativos a adjetivos calificativos.

En la Tabla 3 se observan 16 términos clasificados en los elementos descriptivos, 3 vocablos como prácticas y 6 ubicados en la categoría de atributos. En la categoría descriptiva correspondiente a léxico o sinónimos de la insulina solamente se ubico el vocablo inyección, a partir de que se hace referencia a la presentación del producto y la forma en que se aplica, pues una de las participantes comento: *“Con ella se pone la insulina”*. En lo que se refiere a composición se incluyen términos que implican repercusiones adversas para el organismo; así como la aceptación, el temor y la renuencia hacia este tratamiento. Cabe destacar las expresiones de algunos de los informantes tales como: *“mi padre era diabético y se estuvo poniendo insulina luego fue que perdió la vista”*; *“se quedan ciegas, he oído que la persona que esta empleando la insulina le empieza a fallar”*

la vista”; otra persona comento que “no tiene retroceso la enfermedad, y ya es lo último”; “grado mas alto de enfermedad, porque ya no me hace la medicina y uno ya esta mas enfermo”; “me la han recetado y no me la aplico”; “la utilizaría si me la recetan”;entre otros comentarios de los participantes.

En la subcategoría de vecindad se incluyeron términos que pueden estar relacionados con el vocablo de insulina, como carencia de información, disciplina, mitos, resignación y falta de medicamento; respecto a estos los entrevistados enuncian las siguientes afirmaciones: “no me han informado que existe la insulina”; “hay que cumplir las indicaciones, llevarlas al pie de la letra”; “muchas personas dicen que es malo ponérsela”; “no hay remedio cuando las pastillas ya no funcionan y por eso ponen la insulina”. En cuanto a la categoría de prácticas clasificadas en las acciones y funciones de la insulina se consideraron términos tales como: *control, aumento de peso y molestias*, entendidas como efectos indeseables de la insulina. Uno de los pacientes menciona “reduce el azúcar y me siento bien” al preguntarle porque refería la palabra control; otros señalan que al aplicarse la insulina “aumente de peso”; “me engorda” y refieren diversas molestias al aplicársela: “me la pusieron y me salieron bolitas”, “se me nubla la vista”, “me mareo”, “me siento débil”, entre otras expresiones. Con relación a la categoría de atributos asociados con la insulina se ubicaron las siguientes palabras: *buena, daño, medicamento de por vida, ultimo medicamento, costosa y necesaria*. Los informantes señalaron entre otras acepciones: “es buena para la salud”, “daña al organismo”, “ultimo medicamento”, “medicamento para siempre”, “cuando no me la surten se tiene que comprar y es cara”, “es necesaria porque el cuerpo la necesita”, “es un medicamento que necesita el páncreas”.(ver Tabla 3)

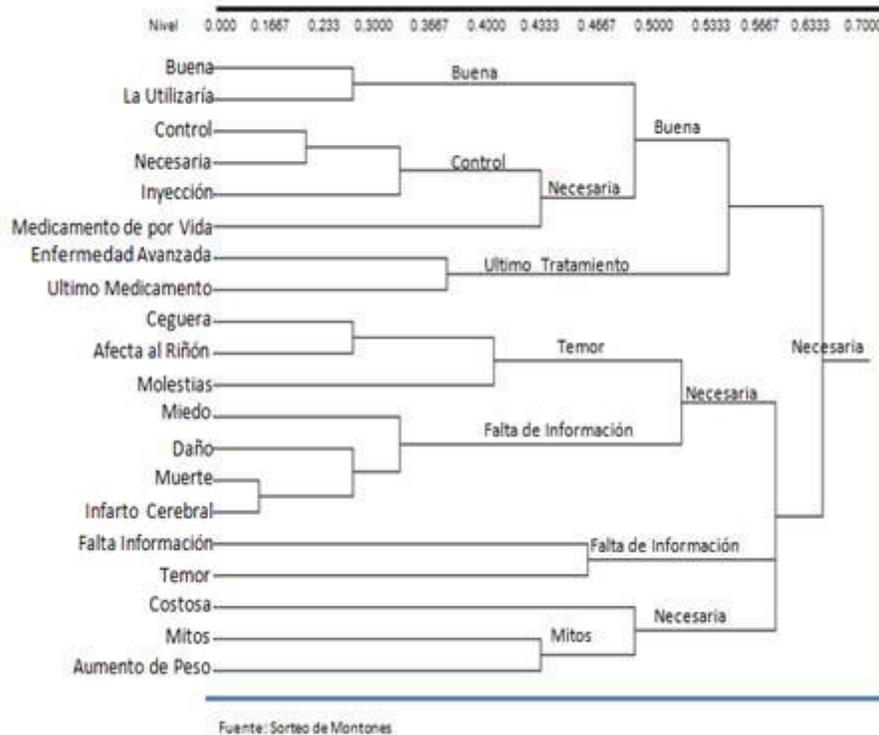
Tabla 3. Clasificación en categorías de los listados libres sobre la palabra insulina

Categorías		Clasificación de términos	
ELEMENTOS - - - Vecindad	DESCRIPTIVOS Léxico Composición	Inyección Ceguera Enfermedad Muerte Afecta Amputación Rechazo Problemas Infarto Temor La Falta Disciplina Mitos Resignación Falta de medicamento	Avanzada al riñón cardiacos cerebral de utilizaría información
PRACTICAS Clasificadas en acciones y funciones		Control Aumento Molestias (efectos secundarios)	de peso
ATRIBUTOS		Buena Daño Medicamento Ultimo Costosa Necesaria	de por vida medicamento

En la Figura 1 se presentan las dimensiones conceptuales sobre insulina de pacientes diabéticos del grupo de edad de 40 a 59 años. Una dimensión que sobresale es la de *último tratamiento* relacionada con los términos de *enfermedad avanzada* y *medicamento de por vida*, pero sin dejar de reconocer las bondades y la necesidad de la insulina para el control de la enfermedad. Esto evidenciado en los siguientes comentarios emitidos por los informantes: “la insulina es lo ultimo para controlar mi enfermedad”; “la insulina es el ultimo tratamiento de la diabetes pero es muy buena”; “es una enfermedad que ya no se quita y se debe de controlar con insulina”; “porque cuando la diabetes avanza hay que tomarla de por vida”; “si nuestro medicamento ya no lo tolera nuestro

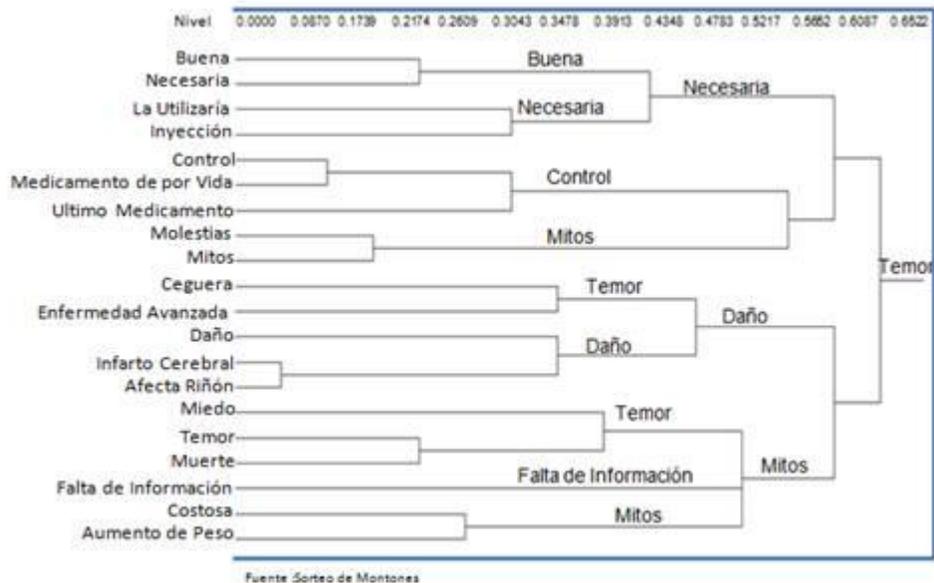
cuerpo, sentiría miedo por utilizar la insulina, que sería nuestra última esperanza”; la insulina es de por vida y necesaria cuando la diabetes está avanzada”; “la insulina es necesario aplicarla de por vida”; “último medicamento que tomaría porque lo recomienda un amigo no un médico” (ver Figura 1).

Figura 1. Dimensiones del concepto de insulina por conglomerados jerárquicos en el grupo de diabéticos de 40 a 59 años de edad. San Luis Potosí, México, noviembre de 2010.



En el grupo de 60 años a más se encontró que la dimensión que sobresale es el *temor* relacionado con las subdimensiones de *daño*, *mitos* y *falta de información*. También se ubicó la dimensión de *necesaria* que implica el reconocimiento de sus beneficios para el control del padecimiento; o bien la aceptación para utilizarla por resignación como última opción de tratamiento. Algunas expresiones de los informantes relativas a lo anterior son las siguientes: “siempre daña a la salud pero si la recetan la utilizaría”; “si la utilizaría si fuera necesaria como último medicamento por temor a muerte”; “poca es la información que he recibido”; “daña el cuerpo y es de por vida, me da miedo la insulina por lo que dicen que produce”; “buena pero falta información”; “daña al riñón”; “nos da una muerte lenta”; “porque sería el último recurso para controlar la enfermedad”; “acepto el medicamento, por miedo de quedarme ciego”; “pienso que la insulina daña, pero si la necesito la utilizaría”; es una hormona que sirve para controlar la glucosa en sangre y prolonga la vida del ser humano”; “muchas personas por desconocimiento y por creer en los mitos no se la aplica y muere por infarto” (ver Figura 2).

Figura 2. Dimensiones del concepto de insulina por conglomerados jerárquicos en el grupo de diabéticos de 60 y más años de edad. San Luis Potosí, México, noviembre de 2010.



La organización conceptual de las diversas dimensiones del término insulina mostró consenso cultural. Se obtuvo un nivel de razón de 19.1 en la población total y en el grupo de edad de 40 a 59 años fue de 10.8 y en el de 60 a más de 8.4. Según el criterio de bondad para la obtención del consenso cultural implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, como los resultados alcanzados en este estudio, (8.0, 6.2 y 10.9 veces mayor respectivamente) lo que significa que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes. (ver Tabla 4). El porcentaje acumulado de la varianza para la razón entre los factores 1 y 2 fue mayor a 80% en los grupos estudiados, la media de la competencia cultural individual fue cercana a 0.6 (0.56, 0.54 y 0.58); tales valores confirman el consenso cultural. Los valores mayores a 0.3 en la media de acuerdo grupal: 0.314, 0.301 y 0.337 describen homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

Tabla 4. Niveles de consenso cultural sobre el término insulina (expresado en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal) San Luis Potosí, Noviembre de 2010

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

DE: Desviación estándar

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

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

Fuente: Análisis de consenso del sorteo de montones

Las dimensiones descritas en los conglomerados jerárquicos tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados (stress menor a 0.28) dado que el valor obtenido para la población total fue de 0.14; para el grupo de 40 a 59 años fue de 0.12 y finalmente para los informantes de 60 y más, el valor de stress fue de 0.18. Una de las hipótesis generadas a partir de los resultados es que la educación para la salud que reciben estos pacientes no impacta favorablemente en su aprendizaje, pues las dimensiones que predominaron fueron el temor, daños y mitos relacionados con la falta de información respecto a la insulino terapia.

Discusión

Este trabajo da cuenta de las concepciones de los diabéticos sobre la insulina, el cual aspira a contribuir al conocimiento de un tema poco estudiado, donde prevalecen mitos, creencias, comportamientos, conductas y emociones derivadas de la condición crónica de la enfermedad con que viven dichos pacientes. Asimismo, tales resultados permiten la identificación de elementos clave para la estructuración de programas de promoción de la salud, prevención y atención integral de la diabetes. Los hallazgos muestran consenso en las visiones de los informantes con DM2, tanto en el grupo de 40 a 59 años como en el de 60 y más años de edad. En tales concepciones se ubican expresiones con sentido tanto positivo como negativo (*buena, control, ceguera, miedo y enfermedad avanzada*) lo que hace referencia a repercusiones del medicamento, las cuales se señalan con base en la experiencia personal o por información de sus allegados.

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

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

Otros términos que sobresalen en función de su frecuencia y lugar promedio son *enfermedad avanzada, ceguera, miedo, daño, último medicamento y temor*; tales concepciones denotan falta de información, mitos o creencias erróneas y emociones que surgen en algunos casos porque los informantes externan su propia vivencia respecto a las molestias y efectos secundarios de la insulino terapia; o bien porque indirectamente cuentan con información real o distorsionada de diferentes fuentes. Entre los datos significativos asociados a sus concepciones es que al 73.4 % de los participantes no han utilizado insulina y el tiempo de evolución de la enfermedad es de más de 10 años en el 15 % del grupo de 40 a 59 años y de 54.3% en el de 60 a más. También se hace notar que una gran parte de los informantes (60) no participa en los grupos de ayuda mutua establecidos en los centros de salud.

Ante tal información es importante recuperar los referentes teóricos que indican que la DM es una enfermedad progresiva con deterioro al paso del tiempo de la función y de la cantidad de las células beta. Un porcentaje alto de pacientes necesitarán de tratamiento con insulina en los siguientes 5-10 años después del diagnóstico (20); sin embargo, la insulino terapia en la DM2 ha sido largamente considerada como el último recurso terapéutico, aunque a la luz de los nuevos conocimientos ésta debería incorporarse más precozmente en el algoritmo del tratamiento. La experiencia clínica en el manejo de la DM2 ofrece evidencia convincente de los beneficios de la insulinización temprana. El efectivo manejo de la DM puede disminuir significativamente las complicaciones microvasculares y macrovasculares, ambas así reducen la morbimortalidad de la DM (21).

Entre los aspectos relevantes que deben considerarse en torno a la atención de las personas con DM2 se ubican: la complejidad del régimen de tratamiento, las creencias erróneas sobre su salud y enfermedad, (22) el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional que en conjunto le impiden al paciente tomar control sobre su conducta (23). Usualmente se sospecha de un pacto no hablado entre el médico y paciente, que prolonga más allá de lo adecuado el tratamiento con hipoglucemiantes orales. Se tiene evidencia de que el cambio a tratamiento con insulina se hace con HbA1c cercana al 9% (24).

En tal sentido, es fundamental el rol que asume el individuo afectado, la aceptación de su padecimiento, los trastornos afectivos y de ansiedad que le genera, sin dejar de lado, las actitudes, creencias y emociones que son determinantes a la hora de iniciar o intensificar las medidas terapéuticas, ya que su manejo adecuado

también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento (25). Ante los diversos inconvenientes, barreras o mitos en torno a la terapia insulínica, es importante enfatizar que las actitudes, creencias y emociones del paciente, juegan un papel relevante a la hora de mantener la resistencia para iniciar el tratamiento con insulina y representan una barrera para conseguir el control glucémico óptimo. El aprendizaje para superar estas barreras es un desafío prioritario en la atención actual de la DM2 que puede ayudar a mejorar aún más su control y la calidad de vida (26).

Como lo mencionan López-Amador y Ocampo-Barrio, en el cuidado de estos pacientes es necesario considerar todos los puntos de vista sobre su realidad, a fin de dirigir la atención hacia sus creencias y prácticas, pues son ellos quienes viven la enfermedad y en pocas ocasiones se les toma en cuenta para buscar alternativas de solución a sus problemas (27). Ante el potencial epidémico que muestra la DM2, es necesario replantear estrategias que impacten en su solución; sin soslayar que se involucra el comportamiento del paciente y los factores que aporta el sistema de salud para su prevención y control.

Las políticas sobre educación sanitaria que establece el sector salud se dirigen a transmitir información relativa a la enfermedad y su manejo; esperando aprendizajes significativos de parte de los usuarios, traducidos en modificación de hábitos y estilos de vida saludables. Como se señala en el estudio de Alcántara y colaboradores en que se concibe a las disposiciones en materia de educación para la salud como universalistas y ajenas a la cultura en que se encuentra inmersa la población enferma (28). Ante las reiteradas manifestaciones de los participantes respecto a la falta de información sobre la insulina como terapéutica, es fundamental conocer la forma en la que los individuos responden ante una problemática y las razones por las cuales lo hacen de esa manera, a fin de contar con más posibilidades de modificar sus referentes teóricos, sus actitudes, conductas y acciones encaminadas al control de la enfermedad y a potenciar su calidad de vida. Por otra parte, en el grupo etáreo de 60 años a más se encontró que la categoría que resalta es el *temor* congruente con las subcategorías de *daño, mitos y falta de información*. Ello se relaciona con algunas características físicas, psico-emocionales y socioculturales de los adultos mayores, pues los enfrenta ante una diversidad de cambios y pérdidas que repercuten de una u otra manera en la calidad de vida, estabilidad emocional y trae consigo la consciencia de saber que la muerte esta cada vez mas cerca; que por lo general se le evade y se asocia con miedo a lo desconocido, al dolor y sufrimiento (29). Así mismo, se generan en el adulto mayor un sinnúmero de sensaciones por la evolución de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento, que se traduce en incertidumbre y el temor al no saber el momento y la forma en que van a morir. Además, Vilches considera que el temor se dirige a la enfermedad prolongada, a la invalidez, el deterioro e incapacidad. Por ello con la llegada de esta etapa, al estar mas cerca de la culminación de la vida, conduce a que surjan con mayor precisión dichos temores, originando ansiedad y tensión en el adulto mayor (30). Por lo anterior, se puede decir que aunque la adultez mayor pone de cara al ser humano al tema de la muerte, resulta de vital importancia establecer un sistema de apoyo sanitario, social y familiar que les permita comprender la historia natural de su enfermedad y tratamiento; lo que podría a su vez compensar sus dolencias y cambios.

Otros términos notables fueron los de *enfermedad avanzada, ultimo tratamiento y medicamento de por vida*, los dos primeros son percibidos por los pacientes como una opción terapéutica final ante la gravedad del padecimiento e incluso lo asocian con etapa terminal y muerte. Respecto a la expresión de *medicamento de por vida* se relaciona con determinada cantidad de cuidados que exigen un reajuste sistemático en su estilo de vida, que son particularmente difíciles en personas de edad avanzada. Lo que implica el desarrollo de habilidades para el uso de la insulina, tales como la autoaplicación y autoajuste de dosis, así como el manejo de instrumentos para la automedición de la glicemia.

Los problemas para el cumplimiento del tratamiento se observan siempre que se requiere de su autoadministración, independientemente del tipo y gravedad de la enfermedad; así como de la accesibilidad a los servicios de salud. Aunque algunos de estos problemas se relacionan con el paciente, influyen también notoriamente las características de la enfermedad y su evolución, además de los atributos del sistema de asistencia sanitaria y de prestación de servicios (31). Según las expresiones de algunos participantes se identifico la incorporación del referente biomédico sobre la enfermedad y la insulina en su léxico, lo que refleja que posiblemente han recibido educación para la salud en su forma tradicional (información) sobre el padecimiento y su manejo; dejando de lado los estímulos intrínsecos que fortalecen su motivación enfocada a modificar favorablemente estilos de vida que les permita sobrellevar de mejor manera la enfermedad. Las percepciones del personal prestador de servicios de salud acerca del paciente y su situación se sustentan en la visión de enfermedad como el objetivo central y su papel protagónico de expertez como la mejor vía de solución al problema y se excluye la perspectiva del enfermo por considerarla carente de autoridad y validez.

El personal de salud que interactúa con los pacientes debe desarrollar habilidades diversas para encauzarlos hacia otra forma de ser que les permita la aceptación de su problema de salud con todas sus implicaciones para

el autocuidado, de tal modo que los conduzca hacia una existencia más plena y satisfactoria. Un aspecto decisivo es el acercamiento y la interacción entre el personal y el paciente a fin de despertar en éste un deseo genuino de autoconocimiento, es decir que se plantee interrogantes como: ¿Quién soy?, ¿Cómo soy?, ¿Por qué soy de una manera y no de otra?, ¿Por qué soy diferente?, Como quiero ser?, ¿Que estoy dispuesto a hacer para lograrlo?, ¿Qué me gusta y me disgusta?, ¿Cuales son mis razones profundas para vivir?, entre otros; lo anterior propiciara la auto aceptación y el convencimiento de la necesidad y disposición de asumir nuevos hábitos en su vida cotidiana (32). En función de lo anterior es fundamental recuperar las concepciones, significados, experiencias y percepciones del sujeto a fin de lograr mejores resultados, pues aun y cuando las recomendaciones del personal de salud estén debidamente sustentadas no obtendrán su cometido mientras se excluya al paciente como protagonista en las decisiones relativas a su propia vida, tanto en la salud como en la enfermedad, pues en la medida en que se facilite al individuo enfermo a asumir el rol principal surgirá el interés, motivación y cambios deliberados en su estilo de vida.

Resumen

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

Palabras clave: Paciente diabético, concepciones culturales, insulina.

Abstract

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

Key words: Diabetic patient, cultural conceptions, insulin.

Referencias

1. Vázquez Castellanos J.L. y A. Panduro 2001. Diabetes Mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México. Investigación en Salud. [serie en Internet]. [consultado 13 Feb 2011]; III Universidad de

2. Froján, M.X. y R. Rubio 2004 Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulino dependiente. Redalyc-Psicothema. [serie en Internet]. [consultado 20 Mar 2011]; Vol. 16 No. 004: 540-554. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3030.pdf>

3. Rodríguez Lay, G 2003. Insulinoterapia. Rev Med Hered. [serie en Internet]. [consultado 20 May 2011]; Vol. 14 No. 3: 104-144. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n3/v14n3tr1.pdf>

4. *Idem*

5. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México. 2001. Manual para el manejo de las insulinas.

6. Terrés-Speziale A.M. 2006. Evaluación de tres estudios internacionales multicéntricos prospectivos en el estudio y manejo de la diabetes mellitus. Rev Mex Pat Clin. [serie en Internet]. [consultado 21 May 2011]; Vol. 53 No. 2: 104-113. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt062f.pdf>

7. Instituto Nacional de Rehabilitación. [página en Internet]. México. Tratar con insulina a diabéticos reducirá 50% de muerte por ese mal. Jul 2005 [consultado 25 May 2011]; Rendón G. Disponible en: <http://www.cnr.gob.mx/n117.htm>

8. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Uso de insulinas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2. Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de Diabetes Mellitus. Rev Mex Cardiol. [serie en Internet]. Abr-Jun 2007 [consultado 25 May 2011]; Vol. 18 No. 2: 57-86. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2007/h072b.pdf>

9. Rodríguez Lay, G., *Op.cit.*

10. Sáez de la Fuente, J., V. Granja, M.A. Valero, J.M. Ferrari y A. Herreros 2008. Insulinoterapia en el medio hospitalario. Nutr. Hosp. [En Internet]. [consultado 26 May 2011]; Vol. 23 No. 2:126-133. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n2/original9.pdf>

11. Froján, M.X., *et al, Op. Cit*

12. Ortiz, M., y E. Ortiz 2007. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Méd Chile [serie en Internet]. [consultado 21 May 2011]; Vol. 135 No. 5: 647-652. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>

13. Lauritzen, T., y V. Zoffmann 2004 Barreras psicológicas a la terapia contra la diabetes. Diabetes Voice [serie en Internet]. [consultado 21 May 2011]; Vol. 49 No. Especial: 16-15. Disponible en: http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_266_es.pdf

14. Salcedo-Rocha, A.L. y J.E. García de Alba-García 2008 Dominio cultural Del autocuidado en diabéticos tipo2 con y sin control glucémico en México. Rev Saúde Pública [serie en Internet]. [consultado 21 May 2011]; Vol. 42 No. 2: 256-264. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n2/5961.pdf>

15. Borgatti, S.P. 1992 Anthropac 4.4. Matik: Analytic Technologies. Carolina del Sur Columbia.

16. Torres, T.M., C. Aranda, M. Pando y J.G. Salazar 2007 Dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos. RESPYN. [serie en Internet]. [consultado 22 May 2009] Vol. 8 No. 4. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/viii/4/articulos/bienestar.htm>

17. Lozano A.F., T.M. Torres y C. Aranda 2008 Concepciones culturales Del VIH/Sida de Estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. Rev. Latinoam.cienc.soc.niñez juv. [serie en Internet].

[consultado 25 May 2011]; Vol. 6 No. 2: 739-768. Disponible en:<http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/Vol6/No.%202/Concepvihsida.pdf>

18. Salcedo-Rocha A.L., *et al*, *Op. cit*.

19. Weller, S.C 2007. Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked Questions. *Field Methods*. [en Internet]. [consultado 22 May 2009] Vol. 19 No. 4: 339-368. Disponible en:<http://fm.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/4/339>

20. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, *Op. Cit*.

21. Fundación escuela para la formación y actualización en diabetes y nutrientes. Buenos Aires. [página en Internet]. Insulinoterapia en el diabético tipo 2: cuándo y cómo comenzar. Argentina [consultado 25 May 2011]; Hermida S.G. Disponible en: http://www.fuedin.org/Actualizaciones/Diabetes/act_06-02/Insulinoterapia.html

22. García-Fernández, M. y M. Peraldo-Uzquiano 1999. Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad. En *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* [M.A. Simon] Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, S.A; p.115-132.

23. Beléndez, V., y M. Xavier. 1999. Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* [Simon, M.A (Ed)]. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, S.A. p. 469-498.

24. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, *Op. Cit*.

25. Vázquez, F., F. Arreola, G. Castro, J. Escobedo, S. Fiorelli, C. Gutiérrez, E. Junco, S. Islas, A. Lifshitz, J.D. Méndez, G. Partida Hernández, C. Revilla y B. Salazar 1994. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. Vol. 32 No 3: 267-270.

26. Snoek, F 2001. Resistencia psicológica a la insulina: ¿Qué es lo que más temen los pacientes y los profesionales de la salud? *Diabetes Voice* [serie en Internet]. [consultado 26 May 2011]; Vol. 46 No. 3: 26-28. Disponible en:http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_214_es.pdf

27. López-Amador, K.H. y P. Ocampo-Barrio 2007. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar* [serie en Internet]. [consultado 26 May 2011]; Vol. 9 No. 2: 80-86. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072c.pdf>

28. Alcántara, E., L.M. Tejada, F. Mercado y A. Flores 2004. Perspectivas de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México. *Investigación en salud*. Vol. VI No. 3: 146-153. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/alcantara.pdf>

29. Uribe, A.F., L. Valderrama y S. López 2007. Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico* [serie en Internet]. [consultado 26 May 2011]; Vol. 3 No. 8: 109-120. Disponible en:<http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/ojs/index.php/pensamientopsicologico/article/view/250/239>

30. Vilches, L 2000. Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior. *Revista de Psicología, Universidad de Chile* [serie en Internet]. [consultado 26 May 2011]; Vol. 9: 1-15. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/264/26409106.pdf>

31. Pérez, V.T. 2010. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serie en Internet]. [consultado 26 May 2011]; Vol. 26 No. 2: 309-320. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n2/mgi11210.pdf>

32 Viniegra-Velázquez, L. 2006. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.; Vol. 44 No.1: 47-59