

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
PUEBLA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**



**REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA DIABETES EN PACIENTE
DIABÉTICO CON CONDICIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL**

PRESENTA

RICARDO IBÁÑEZ SANDOVAL

DIRECTOR DE TESIS

MTRO. NICOLÁS MARTÍNEZ VILLASEÑOR

DICIEMBRE DE 2014

A mi padre

Por su disciplina en su afrontamiento a la diabetes

A mi madre

Que enfrenta su condición de hipotiroidismo e hipertensión arterial

A los pacientes diabéticos

Que día a día tienen que enfrentar las adversidades que conlleva su condición

INDICE

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN	8
ANTECEDENTES	11
OBJETIVO	15
A. OBJETIVO ESPECÍFICO	15
HIPÓTESIS TEÓRICA	15

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. <i>La psicología social de la salud</i>	17
B. <i>La teoría de las representaciones sociales</i>	21
1. <i>¿Qué son las representaciones sociales?</i>	24
2. <i>Dimensiones de las representaciones sociales</i>	27
3. <i>Procesos de formación de las representaciones sociales</i>	
3.1. <i>Proceso 1. Objetivación</i>	29
3.2. <i>Proceso 2. Anclaje</i>	30
C. <i>El problema de la adherencia al tratamiento en diabéticos y la teoría de las representaciones sociales. Hacia una construcción teórica del problema.</i>	
1. <i>Diabetes y adherencia al tratamiento.</i>	31
2. <i>Representaciones sociales y la diabetes.</i>	39

CAPÍTULO III

ESBOZO DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

A. <i>Estudio de campo de tipo descriptivo y explicativo</i>	43
B. <i>Diseño de investigación</i>	48
C. <i>Muestra</i>	48
D. <i>Bioética</i>	48

Tratamiento de la información

Análisis de contenido	49
Análisis categorial	51
Análisis temático	52

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Núcleo figurativo	57
Núcleo figurativo: categoría: paciente – dimensión: información o concepto	59
Interpretación del núcleo figurativo	59
Núcleo figurativo: categoría: paciente – dimensión: campo de representación y actitud	61
Interpretación del núcleo figurativo	63
Núcleo figurativo: categoría: características del régimen terapéutico y la enfermedad – dimensión: información o concepto	67
Interpretación del núcleo figurativo	67
Núcleo figurativo: categoría: características del régimen terapéutico y la enfermedad – dimensión: campo de representación y actitud	69
Interpretación del núcleo figurativo	69
Núcleo figurativo: categoría: características de la organización y atención de los servicios de salud – dimensión: campo de representación y actitud	71
Interpretación del núcleo figurativo	73
Núcleo figurativo: categoría: factores psicosociales – dimensión: campo de representación y actitud	75
Interpretación del núcleo figurativo	76
Núcleo figurativo: categoría: consecuencias de la enfermedad en el paciente – dimensión: información o concepto	78
Interpretación del núcleo figurativo	78

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES	80
DISCUSIÓN	83
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	89

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha venido desarrollando un esfuerzo a nivel mundial por prevenir las enfermedades crónico-degenerativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que más de la mitad de las defunciones que se producen en el mundo cada año se deben a enfermedades crónicas tales como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes. Además prevé que las defunciones causadas por estas enfermedades aumenten un 17 % en todo el mundo entre 2005 y 2015, y que en los países en desarrollo se produzcan aumentos espectaculares (OMS, 2007). En el caso de la diabetes el mismo organismo calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas afectadas, y además considera que es muy probable que la cifra aumente a más del doble en 2030. Es decir, a más de 330 millones de personas con este mal. Por otro lado calcula que aproximadamente un 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos o medios. Que la mitad de las muertes ocurren en pacientes de menos de 70 años, y el 55% en mujeres, considerando que si no se toman medidas urgentes, dentro de 10 años las muertes por esta enfermedad aumentarán en más de un 50% y en un 80% en los países de ingresos medios altos (Ibid).

En el caso de México en las últimas décadas las causas de mortalidad encabezadas por las enfermedades transmisibles han sido sustituidas de manera paulatina por padecimientos no transmisibles. Por lo que respecta al caso de la diabetes se considera que nuestro país ocupa el quinto lugar de incidencia, y que alrededor del 11% de la población la padece (Cruz, 2006). Además, en México la mortalidad como causa de la diabetes ha mostrado un

incremento sostenido durante los últimos años, ocupando los primeros lugares de mortalidad. A continuación se presentan datos estadísticos de defunción por diabetes del año 2000 al 2005 en las cuatro entidades federativas de mayor incidencia en México:

Entidad federativa	Hombres						Mujeres							Total
	Año						Año							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
México	2840	3134	3439	3688	3910	4163	3370	3633	3903	4173	4385	4707	45345	
Distrito federal	2961	3050	3345	3505	3761	4026	3480	3682	3733	4102	4123	4244	44012	
Veracruz	1456	1681	1864	1953	2029	2193	1889	2119	2172	2376	2599	2794	25125	
Puebla	1204	1335	1487	1584	1667	1948	1457	1651	1708	1956	2031	2225	20253	
Total	8461	9200	10135	10730	11367	12330	10196	11085	11516	12607	13138	13970	134735	
Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standarization of rates: A new WHO standard.														
Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.														
CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.														

Al mismo tiempo que la diabetes representa un problema de salud pública, la situación se agrava como consecuencia de las múltiples complicaciones que derivan de ella, siendo: la retinopatía diabética, debida al daño en los pequeños vasos de la retina acumulado a lo largo del tiempo; la neuropatía diabética, debida al daño de los nervios; úlceras en los pies, consecuencia de una combinación entre la disminución del flujo sanguíneo y la neuropatía, que puede terminar en la amputación del miembro inferior; insuficiencia renal; riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral. Por tanto, la diabetes tiene consecuencias económicas importantes para los pacientes –más si no cuentan con seguros médicos–, sus familias, los sistemas de salud y los países (OMS, 2007).

JUSTIFICACIÓN

Por su naturaleza epidemiológica –determinada por múltiples factores–, la enfermedad diabetes ha generado la necesidad de estudiarla desde distintas perspectivas científicas. Abarcando desde el modelo médico, biológico, psicológico y social. Estos dos últimos de mucho interés en nuestro caso, pues abarcan las conductas, creencias, actitudes, representaciones, etc., que intervienen en las distintas formas de enfrentarla. Por tanto, consideramos pertinente investigarla desde una de las disciplinas científicas que se centra en estudiar los procesos psicosociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, siendo la psicología social de la salud. Para Rodríguez y García (1996), el objetivo de ésta última es la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco. Puede decirse en consecuencia, que a la psicología social de la salud le interesa estudiar los fenómenos y procesos que tienen un origen psicológico y social, los cuales se expresan en las necesidades de la gente, sus estilos de vida, las formas de afrontar las enfermedades, etc., determinando los comportamientos ligados al proceso salud-enfermedad. Es decir, “la psicología social estudia las interacciones implicadas en el proceso salud-enfermedad; dichas interacciones están formadas por otras personas, por el medio físico o por el imaginario asociadas a la salud y la enfermedad. En este sentido la psicología social se interesa en las conductas sanas y enfermas; en las conductas de aquellas personas y organizaciones implicadas en el cuidado de la salud y que logran influir en las mismas como son, los médicos, y las enfermeras” (Martínez, 2005. p. 11).

El impacto social que actualmente tiene la diabetes nos ha inquietado en abordarla desde la perspectiva de la psicología social de la salud. Para tal propósito la hemos investigado a partir de la teoría de las representaciones sociales, no desde sus características etiológicas y/o médicas, sino desde su génesis como fenómeno psicosocial. Esta teoría propone que el conocimiento denominado de sentido común (o natural) es tan válido como el conocimiento científico; su aportación radica en que la relación que la gente mantiene con un objeto socialmente definido (que en nuestro caso es la diabetes), estará en función de la representación que de dicho objeto se tiene. La riqueza cualitativa que hemos obtenido a partir de la presente investigación ha permitido comprender los procesos psicosociales que le dan su especificidad psicosocial.

La intervención que se ha hecho desde el enfoque médico, señala que uno de los grandes problemas radica en que la gente no tiende hacia la prevención, lo que es muy preocupante pues de seguir así, el número de pacientes con diabetes se incrementará significativamente. Otro dato, es que un porcentaje importante de las personas ya diagnosticadas con tal enfermedad no muestran adherencia a los tratamientos (Salvador y Melgarejo, 2002). Con tal problemática, los costos económicos y sociales se incrementan paulatinamente. La relevancia de la presente investigación, radicó en lo siguiente:

- Conocimiento de la representación social de la diabetes en paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento.
- Los elementos simbólicos, afectivos, cognitivos y sociales que están presentes en dicha representación social.

- Dicho conocimiento puede servir para el diseño de estrategias de intervención en la prevención, tratamiento y control (relacionando al enfoque psicosocial con el médico a través de una incidencia de la teoría y no solamente como un diagnóstico).
- Se demuestra que es indispensable una intervención psicosocial, en el afrontamiento de la enfermedad de pacientes y familiares y/o grupos de autoayuda.
- Conocimiento de las prácticas sociales de prevención, autocuidado y control (adherencia) que se derivan de la representación social.

ANTECEDENTES

La diabetes es una enfermedad que existe desde hace miles de años. El registro más antiguo de ella se encuentra en el papiro de Ebers (1535 a. c.); en él se describe a una enfermedad que se caracteriza por el flujo de grandes cantidades de orina (Chiquete, *et al.* 2001). También se sabe que los egipcios y los romanos se hacían preguntas respecto al origen y las consecuencias de la diabetes, haciendo uso de métodos de diagnóstico como la prueba de orina (Díaz, *et al.* 1993). Esta enfermedad se debe a una incapacidad generalizada del organismo para aprovechar eficientemente su principal fuente de energía, la glucosa (azúcar) presente en la sangre.

Existen dos tipos: diabetes tipo 1, sucede cuando el páncreas produce muy poca o nada de insulina. Generalmente aparece antes de los treinta años, y las personas que la padecen requieren de insulina en su tratamiento. Diabetes tipo 2, es el resultado de la incapacidad del cuerpo para utilizar la insulina adecuadamente. Aparece en personas que padecen obesidad y/o tienen el antecedente de diabetes en la familia. Este tipo representa el 90% de todos los casos de diabetes (Barquera, *et al.* 2005).

Por sus características de ser incurable y progresiva se le ha definido como una enfermedad crónico-degenerativa, y tal es el impacto que ha tenido a nivel mundial que se ha generado un interés multidisciplinario en el estudio científico de la misma. Todo esto, con el fin de tener una comprensión más completa e integral para la prevención, tratamiento y control. Entre los estudios científicos destacan: origen genético (factores hereditarios que la predisponen), evolución de la enfermedad (complicaciones),

tratamiento médico, factores ambientales que inciden en su presencia (estrés y estilos de vida), factores psicológicos (adherencia al tratamiento), entre otros.

Para tener una idea de dichas aportaciones científicas mencionaremos algunos antecedentes: el doctor Miguel Cruz López (1999), coordinador del laboratorio de la unidad de investigación médica en bioquímica del IMSS, trabajó en la creación de un marcador de daño para saber si un paciente de recién diagnóstico va a desarrollar nefropatía, retinopatía, neuropatía o problemas cardiovasculares. También trabajó en la creación de otro marcador para medir el riesgo que tiene una persona con antecedentes familiares de presentar la enfermedad, además de estudiar los genes que la predisponen. Todo esto con el fin de prevenir, modificar o retardar las complicaciones (ciencia y tecnología, 2003). Por otra parte, en una investigación realizada en la unidad de medicina familiar No. 3 del IMSS de Chihuahua, Chih., se realizó un estudio transversal comparativo, efectuado en 150 pacientes con diabetes tipo 2, cuyo objetivo fue establecer la frecuencia de no apego terapéutico, su correlación con el control metabólico, así como aquellos factores de riesgo asociados. En él se encontró que los factores que inciden en el no apego son la baja escolaridad (primaria o menos) y la falta de información de la enfermedad, se mostró una falta de apego al tratamiento del 46 %. Se concluyó que se pueden modificar con educación a los factores relacionados con la falta de apego. Este estudio tuvo como finalidad incidir en el control metabólico a través de la creación de programas tendientes a modificar los factores que inciden en el no apego (Durán, Blanca, Rivera, Blanca y Franco, 2001).

Por otro lado se ha creado el primer instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, este instrumento fue el resultado de un estudio observacional, longitudinal y prospectivo realizado en las unidades de medicina familiar de la delegación Estado de México Oriente, del IMSS. Consistió en diseñar un instrumento de autoadministración, mismo que fue sometido a revisión por un panel multidisciplinario de expertos para su validez lógica y de contenido. Se aplicó en dos días diferentes a 412 sujetos adultos. Con los resultados se obtuvo un cuestionario conformado por 25 preguntas cerradas, distribuidas en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Se concluyó que este instrumento permite identificar conductas de riesgo que pueden ser modificables mediante consejería específica o integración de los sujetos a grupos de autoayuda o intervención específica, con el fin de fomentar estilos de vida favorables para lograr un control metabólico (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003).

En otro estudio realizado en San Antonio Tecomitl, ubicado en la delegación de Milpa Alta, D.F. con un grupo de autocuidado de diabetes, se trabajó con seis pacientes mujeres diagnosticadas con diabetes mellitus tipo dos; todas habitantes de dicha delegación, con un promedio de edad de 36.6 años. En él se aplicó un programa denominado “club del diabético” que consistió en treinta sesiones donde se revisó y desmitificó la mayor parte de los conceptos que el *sentido común* ha generado sobre la diabetes. A cambio se proporcionó información científica sobre la enfermedad, contraponiendo un modelo que analiza las diferencias entre las enfermedades virales, infecciosas, y de origen genético, por un lado, y las crónico-degenerativas, por el otro. La finalidad de este estudio fue

involucrar al paciente en el cuidado de su salud, mediante el conocimiento de la información pertinente sobre su enfermedad, así como el aprendizaje de las habilidades necesarias para discriminar los momentos en que es indispensable un ajuste, tanto comportamental como alimenticio y farmacológico, para mantener sus niveles de glucosa dentro de los límites normales (Díaz, Galán y Fernández, 1993).

Es importante destacar que bajo estas perspectivas se intenta prevenir la enfermedad, así como controlarla para anular las múltiples complicaciones que derivan de ella. Se hace hincapié en que un gran reto en esta materia es incidir en la modificación de estilos de vida inapropiados que repercuten en la prevalencia de factores de riesgo. Todo esto destacando el papel protagónico del paciente en su autocuidado, centrando la atención en generar programas de intervención cuyo fin es capacitarlo en identificar conductas de riesgo para su modificación, favoreciendo estilos de vida apropiados, y así mantener un control metabólico.

Otra perspectiva en la que se han apoyado diversos investigadores para comprender fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad, es el de la psicología social, enmarcada desde la teoría de las representaciones sociales. Tal es el caso de la representación social de la menopausia (Pelcastre, *et al* 2001), representación social del sida (Flores y Leyva 2003), estudio de las creencias, salud y enfermedad (Álvarez, 2002) entre otros. Todos ellos coinciden en que las “*representaciones sociales*” tienen una función social y que ellas sirven como guías a los comportamientos de las personas en relación a dichos fenómenos. Las creencias, los estereotipos, las actitudes, los mitos, las cogniciones, la relación simbólica, etc., determinan en gran medida la forma en que la

gente se explica y enfrenta su realidad social. En este sentido consideramos que muchos de los problemas en el área de la salud, pueden ser abordados desde esta perspectiva, entre ellos: la prevención, los estilos de vida poco saludables, la falta de adherencia al tratamiento, etc., que están incidiendo en la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, y muy particularmente en la diabetes.

Por tanto, ante los avances científicos relacionados con el conocimiento de dicha enfermedad, en cuanto a su naturaleza y evolución, y ante la reflexión del impacto social que de ella se deriva hemos podido comprender la influencia de la representación social que hay en un paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento en la forma de afrontar el tratamiento e indicaciones médicas.

OBJETIVO

- @ Conocer la representación social de la diabetes en paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento.

A. OBJETIVO ESPECÍFICO

- @ Conocer el contenido de la representación social de la diabetes en dicho paciente.

HIPÓTESIS TEÓRICA

- @ Existe una Representación Social de la diabetes en paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento.

Retomando a Denise Jodelet¹ sobre la condición social, consideramos (también) la siguiente hipótesis:

@ El contenido de la representación social de la diabetes estará en función de la condición social que ocupa el paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento.

¹ Para ella las representaciones sociales se vinculan a ésta y a la esfera de la experiencia previa y afectiva de los individuos; así como a la posición social que ocupan y a las funciones que cumplen, quedando determinados por ello los contenidos representacionales y su organización (1989).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. La psicología social de la salud

Los conceptos de salud y de enfermedad han sido tradicionalmente definidos por el enfoque médico, en el que el concepto de “normalidad” juega un papel determinante para la clasificación de los mismos. Bajo este enfoque el concepto de “normalidad” hace referencia a un funcionamiento óptimo –dentro de los parámetros de normalidad establecidos– del cuerpo humano. Por tanto, los conceptos de salud y de enfermedad han estado ligados a parámetros biológicos, en la medida en que la salud es definida como “normalidad” –considerada bajo dichos parámetros–, frente a la “anormalidad” de la enfermedad –considerada como una alteración anatómica o fisiológica del organismo (Rodríguez, 2001). Es probable que esto se deba a los avances del conocimiento del cuerpo humano, de su anatomía y fisiología que se produjeron en el siglo XIX, gracias al invento del microscopio que permitió realizar mejores observaciones. Esto dio como resultado que la enfermedad fuera vista como el resultado de procesos patológicos derivados de lesiones en órganos y tejidos. De esta forma se creó una visión “biologicista” de la enfermedad que aún subsiste en los sistemas de salud (Morales, 1999). Sin embargo, el perfil epidemiológico caracterizado por enfermedades no transmisibles –del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, etc.–, que va en aumento en distintos países, y particularmente en México, han permitido destacar la importancia de los comportamientos que contribuyen en su etiología. Con esto, se hace necesario incorporar al concepto de salud las dimensiones psicológica y social sumadas a la biológica. Ya en

1948 en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la salud, se definió la salud como el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad (Rodríguez y García, 1996). Por consiguiente se da al concepto un enfoque “integral”, resaltando la importancia de diversos factores que convergen en su formación, así como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar, siendo: los factores personales, grupales, sociales y culturales. Por tanto, consideramos que los problemas relacionados con el fenómeno salud-enfermedad deben quedar unificados bajo un enfoque “biopsicosocial” para su investigación e intervención. Esto requiere una participación multidisciplinar en dicho fenómeno. Participación que no se agota en la intervención que pueden hacer los distintos profesionales de la salud en forma aislada – médicos, enfermeras y trabajadores sociales; antropólogos, sociólogos, psicólogos y psicólogos sociales–, sino en la configuración de los mismos, para organizar, planear y elaborar programas de investigación, capacitación e intervención a los problemas de salud.

Como se mencionó, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas ha dejado ver la importancia de los comportamientos que contribuyen en su etiología, y para comprenderlos se hace necesario un análisis de los factores psicosociales que participan en su formación. Estos factores, al igual que el contexto social, determinan los comportamientos ligados a la salud y la enfermedad. Al mismo tiempo las relaciones interpersonales, la pertenencia a grupos y la inserción en la organización social, pueden llegar a ser más importantes que los factores biológicos y los tecnomédicos (Ibid).

En la actualidad el modelo biomédico sigue imperando en las distintas instituciones de salud, centrándose únicamente en los aspectos físicos, biológicos o fisiológicos de la salud, descuidando los factores psicosociales que están presentes en los diferentes niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria. Ante esto, se hace necesario legitimar el papel de la psicología social en la comprensión de los determinantes psicosociales que están incorporados en el nuevo concepto integral de salud. Más aun, el nuevo concepto de salud hace referencia a que ésta no es sólo ausencia de enfermedad, sino que debe ser entendida como el proceso a partir del cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades, llegando a su autorrealización. Dicha autorrealización responde a las condiciones históricas, culturales y sociales en las que se desarrolla el ser humano concreto, otorgando al concepto de salud una propiedad dinámica y cambiante. Su intervención debe caracterizarse por una participación interdisciplinar, en la que se abarque lo biológico, lo psicológico y lo social, fomentando la auto-responsabilidad en las personas para defender, mantener y mejorar su salud (Rodríguez, 2001).

Por tanto, la psicología social de la salud ha de ser entendida como: la aplicación de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño de programas de intervención en ese marco (Rodríguez y García, 1996).

Esto es, se estudian “las interacciones implicadas en el proceso salud-enfermedad; dichas interacciones están formadas por otras personas, por el medio físico o por el imaginario asociadas a la salud y la enfermedad. En este sentido la psicología social se interesa en las conductas sanas y enfermas; en las conductas de aquellas personas y organizaciones implicadas en el cuidado de la salud y que logran influir en las mismas como son, los médicos y las enfermeras” (Martínez, 2005. p. 11).

Con esta definición, se puede considerar que el proceso salud-enfermedad queda enmarcado por una perspectiva en la que se unifican lo psicológico y lo social. Es decir, que las conductas individuales están modeladas por factores psicosociales que surgen en contextos sociales determinados. Y son estos, los que determinan en gran medida las actitudes y comportamientos que se dan en relación al proceso salud-enfermedad, así como las relaciones sociales que se derivan de la posición que ocupan los individuos en la jerarquía social –por ejemplo: obreros, campesinos, profesionistas, etc.–, que son tan importantes como los factores biológicos. Los factores socioculturales son fundamentales en la comprensión de las conductas que asumen las personas enfermas o saludables. También en la comprensión de su función como vehículo socializador de las mismas. Con esto se busca comprender los determinantes psicosociales que están incidiendo en aspectos tanto negativos como positivos en el proceso salud-enfermedad. Se busca promover la salud y prevenir la enfermedad, favoreciendo estilos de vida saludables y anulando factores psicosociales que inciden en la aparición, mantenimiento y/o poco enfrentamiento de las enfermedades.

El papel que hoy tienen las enfermedades crónico-degenerativas –entre ellas la diabetes– por el aumento de morbilidad-mortalidad, hacen que la psicología social de la salud tome una fuerza considerablemente importante por su capacidad de descripción, clasificación y explicación de los determinantes psicosociales que participan en la construcción de realidades sociales, que sirven como guías a los distintos grupos para enfrentar el proceso salud-enfermedad. Dichas realidades son estudiadas por la psicología social en los “estilos

de vida”², que tienen un papel importante para comprender los comportamientos de las personas y, de los grupos como factores saludables o de riesgo de enfermar. Consideramos que uno de los retos más importantes de la psicología social de la salud es la elaboración de métodos para modificar estilos de vida de las personas que van en detrimento de su salud –que pueden estar repercutiendo en la falta de adherencia al tratamiento médico y a los que podríamos llamar círculos viciosos– por estilos de vida saludables –o círculos virtuosos–, que promuevan la salud o adherencia al tratamiento. A continuación presentamos sólo un breve recorrido por la teoría de las representaciones sociales, ya que en la actualidad existe una vasta bibliografía sobre el tema.

B. La teoría de las representaciones sociales

En la vida cotidiana de los diferentes grupos sociales –llámense campesinos, obreros, maestros, pacientes, científicos, amas de casa, etc.–, existe una encrucijada de objetos socialmente definidos –como la enfermedad, la salud, la pobreza, la autoridad, la drogadicción, la violencia, etc.–, cuya naturaleza simbólico-social emanada de cada grupo ejercerá posturas diversas que irán desde lo similar hasta lo opuesto. Dichas posturas estarán determinadas por un sistema de valores, por normas, informaciones, intereses y la condición social de cada grupo. Más precisamente por representaciones sociales que de dichos objetos construyen los grupos en sus relaciones cotidianas. Con ello se puede comprender que los fenómenos sociales –cualquiera que sea– están muy lejos de poderseles enmarcar en fórmulas generales para su comprensión; luego para su

² El estilo de vida lo entendemos como “el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona” (Henderson, Hall y Lipton, 1980 en Rodríguez, 2001) o simplemente como una forma de vivir.

explicación. Finalidad de dos corrientes de pensamiento: el conductismo y la psicología cognitiva. Como alternativa a dichas corrientes surge en los años sesenta la teoría de las **representaciones sociales**, vislumbrándose como una alternativa legítima en la comprensión de dichos fenómenos, con la distinción de que en ella no se trata de enmarcar en fórmulas generales a los fenómenos sociales para su comprensión y explicación.

El creador de dicha teoría, Serge Moscovici, profesor de la escuela de altos estudios de París presentó su tesis doctoral “La psychanalyse, son image, et son public” en 1961 (El psicoanálisis, su imagen y su público. Moscovici, 1979) que no consistió en estudiar el psicoanálisis de Freud, sino de cómo una teoría penetra en un sistema de pensamiento socialmente establecido, a través de lo que él denominó representaciones sociales. En esta investigación Moscovici encontró que el psicoanálisis al que hacen referencia sus unidades muestrales –profesionales y personas legas– era diferente al psicoanálisis de Freud, dando origen a distintas representaciones sociales. Concluye que, “la propagación de una ciencia tiene un carácter creador” (Ibid. p. 15), en la formación de representaciones sociales y, que implica “la formación de otro tipo de conocimiento adaptado a otras necesidades, que obedece a otros criterios, dentro de un contexto social preciso”, donde “el pasaje del plano de la ciencia al de las representaciones sociales implica una discontinuidad, un salto desde un universo de pensamiento y de acción a otro, y no una continuidad, una variación del más al menos” (Ibid. p. 17).

De lo anterior se desprende que las representaciones sociales como modos de reconstrucción social de la realidad tienen una base histórica, cultural e ideológica, que

otorga a la representación elementos sociales –que serán distintos en cada grupo social–, de los que cada grupo sólo utilizará los más esenciales, dando pie a representaciones distintas, propias de cada grupo. He aquí el punto neurálgico de la teoría, pues las representaciones sociales en tanto formas de conocimiento específico reconocen la capacidad “creadora” de un sujeto o grupo en la *construcción* del conocimiento de un objeto. Esto rompe con toda una tradición en la que se considera que el conocimiento esta dado por una separación entre el sujeto cognoscente-objeto conocido, para así pasar a una relación donde el sujeto cognoscente es creador del objeto conocido. Se considera fundamentalmente que no existe separación entre el universo exterior del individuo y el universo del individuo (o del grupo), el sujeto y el objeto se forman conjuntamente. Lo externo no es unívoco, sino que “otorga mucha libertad de movimiento a la actividad mental que se esfuerza por captarlo” (Ibid. p. 17). Por tanto, representarse equivale a reelaborar algo ya hecho, acabado, que necesariamente implica la activación de un sistema de pensamiento constituido en un sistema de valores, de normas; elementos que otorgan al objeto un estatuto nuevo que responde a intereses particulares, propios del grupo, con ello el objeto se *naturaliza* y puede ser compartido por los integrantes del grupo; toma un aspecto concreto, y se ancla en un sistema de pensamiento, es decir, el objeto es *interpretado*. El grupo lo construye en su interacción, lo hace suyo, le da un valor como consecuencia de su necesidad de comprender el mundo social, material e ideal (Jodelet, 1986), pues en este mundo contemporáneo en el que estamos rodeados de innumerables eventos que directa o indirectamente tienen que ver con algún aspecto de nuestra vida siempre existe “la necesidad de saber a qué atenerse ante el mundo que

nos rodea. Es necesario adaptarse, actuar en él, controlarlo física e intelectualmente, identificar y resolver los problemas que nos plantea” (Jodelet, 1989. p. 25).

La función de las representaciones sociales como sistemas de interpretación, de categorización y de explicación va a estar determinado por el grado de implicación que los sujetos tienen con el objeto representado. Por tanto la representación estará también determinada por la naturaleza del objeto, así como por el sujeto –o sujetos– que se lo representan, ya que toda representación siempre es de algo y de alguien (Moscovici, 1979). Pero detengámonos un poco, y aterricemos en dicho concepto.

1. ¿Qué son las representaciones sociales?

*De acuerdo con Jodelet, el concepto de representación social designa una **forma de conocimiento específico**, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de **procesos generativos y funcionales** socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una **forma de pensamiento social**.*

*Las representaciones sociales constituyen modalidades de **pensamiento práctico** orientados hacia la **comunicación**, la **comprensión** y el **dominio del entorno social, material e ideal**. En tanto que tales, presentan características a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.*

*La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las **condiciones y a los contextos** en los que surgen las representaciones, a las **comunicaciones** mediante las que circulan y a las **funciones** a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás (1986. pp. 474-475) [negritas añadidas].*

Ellas están consideradas como formas específicas de conocer nuestra realidad social, como modos de conocer que responden a necesidades dentro de un contexto social. Son

de naturaleza eminentemente social, por tanto elaboradas y compartidas socialmente. Su función principal es la de construir una realidad común. Al mismo tiempo son consideradas como fenómenos complejos, siempre activos y dinámicos que tienen una lógica y un lenguaje particulares que se refieren tanto a valores como a conceptos. Ellas tienen dos fases: la faz icónica y la faz simbólica, dicho de otro modo, que ella hace corresponder a toda imagen un sentido y a todo sentido una imagen.

Es a partir de ellas que los objetos sociales toman un aspecto real, pueden ser vistos por los individuos, a tal grado que están presentes en nuestra vida cotidiana cristalizadas en una palabra o un gesto. Por tanto, ellas determinan las relaciones y la dinámica social. Es decir, que abarcan interacciones desde dos individuos hasta múltiples grupos.

En tanto fenómenos representacionales corresponden a una actividad mental en la que un sujeto se relaciona con un objeto. En el caso de la actividad mental, que varía de sujeto a sujeto sólo determina la intensidad con la que se presenta dicha reacción y no los significados de la misma. Por tanto, la representación estará determinada primero: por una actividad mental que representa al objeto en la mente del sujeto, luego: dicha representación del objeto es sustituida simbólicamente. En el caso del objeto, la representación puede ser de una “persona, una cosa, un evento material, psíquico o social, un fenómeno natural, una idea, una teoría, etc., este objeto puede ser tanto real o imaginario o mítico; en cualquier caso, la presencia del objeto es requerida siempre” (Jodelet, 1989. p. 32). Tienen una función eminentemente social en la medida de que ellas orientan los comportamientos y la comunicación entre los individuos, remodelando y reconstituyendo los elementos del medio en el que tienen lugar estos. Por tanto, ellas

no reproducen comportamientos que se derivan de relaciones o reacciones a estímulos, sino que las producen. La reacción que se puede tener ante estos depende de un doble esfuerzo: el primero que corresponde a la actividad mental que se encarga de percibirlo, y el segundo que se encarga de interpretarlo. Este último es el que le da sentido a las relaciones con nuestra realidad social, física o imaginaria que desembocan en la organización de nuestras conductas y nuestras comunicaciones. También en tanto que fenómenos cognitivos ellas engarzan la pertenencia social de los individuos en grupos específicos que tienen sus implicaciones afectivas, normativas, conductuales y de pensamiento, socialmente transmitidas por la comunicación social (Ibid). Son la expresión viva de individuos y grupos que le han dado origen a través de una definición específica del objeto representado. Esto hace que los miembros de un mismo grupo tengan una visión consensuada de la realidad. “De la misma manera, las representaciones intervienen en procesos tan variados como la difusión y la asimilación de conocimiento, el desarrollo individual y colectivo, la definición de identidades personales y sociales, la expresión de los grupos y las transformaciones sociales” (Ibid. p. 31).

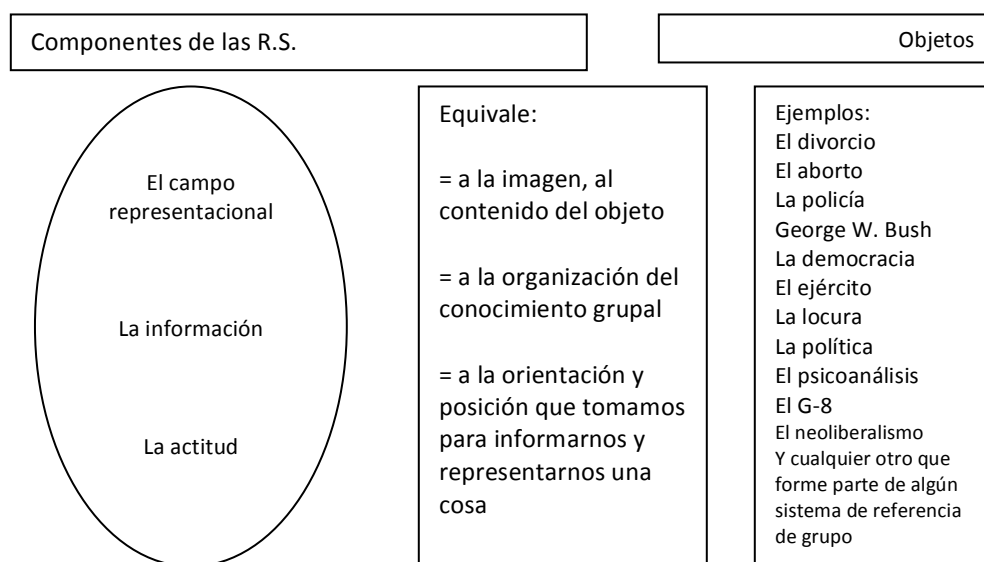
Los procesos de formación de las representaciones sociales –que se verán enseguida–, dan cuenta de mecanismos implicados en su origen, así como en su socialización. La comprensión del pensamiento social a través de la teoría representaciones sociales, ubica a ésta última en un plano científico por su capacidad teórica de describir, clasificar y explicar los mecanismos del mismo.

2. Dimensiones de las representaciones sociales

De acuerdo con Moscovici (1979), el contenido de una representación social está referido a tres dimensiones, a saber: a) **Dimensión de información o concepto:** se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social (Moscovici, 1979. p. 45). Se refiere al cúmulo de conocimientos que se tienen sobre el objeto de representación, pero también a la calidad de éstos. Es decir si está constituido a base de conocimientos que se consideren fijos e inmutables, obvios y comunes, nuevos o ancestrales, sencillos o complejos, etc (Robles, 2000. p. 6). b) **Dimensión campo de representación:** remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación. La noción de dimensión nos obliga a estimar que existe un campo de representación, una imagen, allí donde hay una unidad jerarquizada de los elementos (Moscovici, 1979. p. 46). c) **Dimensión de la actitud:** que consiste en la consideración evaluadora, fundamentalmente axiológica, que de dicho objeto se hace, ya sea en sentido positivo o negativo, de acercamiento o de rechazo y sus respectivas variantes, pero sobre todo denotará la postura, no simétrica, no equidistante de los elementos que se han considerado determinantes en la orientación del grupo hacia el objeto (Robles, 2000. p. 6).

Estas dimensiones nos permiten entender las variaciones que pueden existir en torno a un objeto de representación, esto es, que diferentes personas pueden diferir en alguna de ellas respecto al objeto de representación, propiciando posturas diversas de acuerdo a la naturaleza de las mismas, y a partir de las cuales el objeto adquiere una lógica social.

Por tanto, es necesario destacar que no todo objeto o tema puede considerarse como objeto de representación social, es decir, que para que un objeto sea objeto de representación social deben cumplirse dos condiciones: primero, el objeto debe aparecer en la conversaciones y estar presente en los medios masivos de comunicación. Segundo, el objeto debe hacer referencia a los valores, esto es, debe generar polémica entre diferentes individuos y grupos sociales (Quiroz, 2004). Así, la representación social no puede ser de objetos que carezcan de una valoración social como: piedra, silla, zanahoria, espejo, etc., pero sí de objetos que tengan significación social, por ejemplo, la salud, la enfermedad, la pobreza, el sida, y en nuestro caso la diabetes, entre otros. Para ilustrar esquemáticamente las dimensiones de la representación social nos permitimos tomar de Quiroz (Ibid. p. 63) el siguiente esquema.



3. Procesos de formación de las representaciones sociales

3.1. Proceso 1. Objetivación

La objetivación designa el proceso mediante el cual los significados de la representación se materializan y hacen que éstos puedan ser percibidos por el grupo social al cual pertenecen. En palabras de Moscovici objetivar “es reabsorber un exceso de significaciones materializándolas” (1979. p. 76). Todas las cosas que forman parte de nuestra vida cotidiana y que no tienen propiedades materiales, como es el caso de la salud y la enfermedad, entre otras, toman un aspecto tangible y concreto, pues diariamente las vemos y hablamos de ellas. Así, si antes se creía que los estímulos por su propia naturaleza provocan en nosotros ciertas reacciones, ahora se puede decir que la reacción que se tenga, es producto del doble esfuerzo que se hace de nuestra parte: el primero es un salto en lo imaginario que transporta los elementos objetivos al medio cognoscitivo y le prepara un cambio fundamental de situación y de función (se naturaliza); el segundo es un esfuerzo de *clasificación* que coloca y organiza las partes del mundo circundante y por sus hendiduras introduce un orden que se adapta al orden preexistente, atenuando de ese modo el choque de toda concepción nueva (Ibid).

Parte del proceso de objetivación está también determinado por la formación de un núcleo figurativo, que es una estructura en la cual se concentra la organización de la representación. Es decir, hacer de algo ajeno algo habitual que puede adquirir una estructura de imagen y conceptual o como nos refiere Jodelet (1986. p. 482) “los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlos de forma individual y en sus relaciones”.

La finalidad de este proceso es la de materializar un concepto abstracto; permitiendo a las personas verlo, compartirlo y dominarlo, para que forme parte de nuestra realidad. Lo desconocido se hace conocido, se vuelve familiar.

3.2. Proceso 2. Anclaje

Este proceso designa la forma a través de la cual se incorpora un objeto social novedoso en un sistema de pensamiento constituido. Este último es el que da asilo a los nuevos elementos transformándolos según su naturaleza. “En otros términos, a través del proceso de anclaje, la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del que puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes” (Moscovici, 1979. p. 121).

Así, en el proceso de anclaje se determina el significado que adquiere lo que se está representando según las estructuras mentales que le dan asilo a éste. Para Moscovici el anclaje se hace en dos sentidos: en la generalización y en el sentido de la individualización:

Generalizando reducimos la distancia, anulamos las desviaciones con respecto al prototipo y lo tratamos como una categoría. Se vuelve por así decir, su representante, teniendo los mismos rasgos, los mismos comportamientos y respondiendo a las mismas motivaciones que los miembros de esta categoría. Si esta es positiva se trata de una valorización, si ella es negativa, de una discriminación. Individualizando mantenemos la distancia, consideramos las desviaciones como diferencias con respecto al prototipo, y tratamos al individuo en cuestión como una categoría en sí misma. (1979. p. 25).

En sentido más amplio el proceso de anclaje delimita y a la vez determina la transformación del objeto representado en función de las estructuras en las que se ancla dicho objeto.

C. El problema de la adherencia al tratamiento en diabéticos y la teoría de las representaciones sociales. Hacia una construcción teórica del problema.

1. Diabetes y adherencia al tratamiento.

La incidencia que actualmente tienen las enfermedades crónico-degenerativas en el mundo ha generado una preocupación por crear propuestas de intervención para contener las repercusiones que de ellas derivan. Por tanto, el tema de la adherencia al tratamiento médico ha tomado una importancia medular para lograr dicho objetivo. Las repercusiones médicas, sociales, familiares e individuales dependen en buena medida por las formas de enfrentar a la enfermedad, destacándose los niveles de adherencia que muestran los pacientes como un indicador importante para su conocimiento. Por ello, uno de los problemas que representa un verdadero desafío en el nivel de intervención es el de modificar estilos de vida, así como el de lograr que los pacientes diabéticos se adhieran al tratamiento médico³. En este sentido, los diabéticos que mejor se adhieren al tratamiento médico, así como a sus recomendaciones podrán alcanzar un mejor control de su enfermedad, una buena evolución de la misma e incrementar su calidad de vida.

No es casual que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) señale que el incumplimiento a largo plazo de enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes y el

³ En esta investigación la **adherencia al tratamiento** la entendemos 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” (Martín y Grau, 2004).

cáncer se haya convertido en un problema no sólo sanitario sino también económico. En el mismo sentido, dicho organismo estima que sólo el 50 % de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, agravándose el problema en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos es limitado (Ibid).

En este contexto autores como Martín y Grau (2004) destacan que la falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo, así como de quienes están a su alrededor. A saber: a) en lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas, b) en lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar y c) en lo social, significa un costo excesivo para las instituciones de salud, las cuales son utilizadas de forma inadecuada; se prolongan los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse. Consecuentemente la adherencia no debe ser entendida como una dificultad, sino como un problema complejo, conformado por infinidad de factores de diversa naturaleza, entre los que destacan el sistema de conocimientos del paciente, familia y médicos; creencias relacionadas a la misma; actitudes (de todos los implicados); motivación (especialmente del paciente) y representaciones sociales. Así por ejemplo, “la enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o, incluso, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás” (Ibid), configurando el **rol de enfermo** que adopta el paciente. Por tanto, lo anterior puede tener como consecuencia comportamientos inadecuados para lograr adherencia al tratamiento. Estos son: dificultades para

comenzarlo; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento); ausencias a consultas; rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el afrontamiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación (Ferrer, 1995; Puente, 1984. Citados en Martín y Grau, 2004). De acuerdo con estos autores (Ibid), la aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes del mismo son aspectos muy importantes para la adherencia.

En este sentido la adherencia al tratamiento médico hace referencia a un conjunto de conductas, entre las que destacan: aceptar formar parte de un programa de tratamiento, poner en práctica sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo, incorporar —y si ya los hay conservar— estilos de vida saludables. Para ello es importante que el paciente y familiares⁴ al cuidado del mismo sepan qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer⁵. Por tanto, la adherencia al tratamiento debe ser entendida como un fenómeno complejo organizado en diferentes niveles de la realidad del paciente.

Por otra parte Martín y Grau (2004) sostienen que una gran cantidad de autores plantean la existencia de un amplio grupo de factores que influyen en la conducta de cumplimiento⁶ o incumplimiento⁷ del tratamiento médico, involucrando elementos de diversa naturaleza, a saber:

⁴ La participación de los familiares en el cuidado del paciente toma relevancia cuando éste no tiene las habilidades con diferente grado de complejidad necesarias para ejecutar las indicaciones médicas.

⁵ En este caso es importante la relación médico-paciente. Teniendo el primero la responsabilidad de explicar con claridad las indicaciones médicas, así como de verificar que el paciente haya entendido las mismas.

⁶ En esta investigación el **cumplimiento** lo entendemos como las conductas de los enfermos que coinciden con las recomendaciones médicas o sanitarias. En el mismo sentido coincidimos con Haynes (1979. p. 2, citado en Rodríguez, 2001. p. 152), en definirla como “la medida en que la conducta de una persona (en términos de toma de

1. Las **características de la organización de los servicios de salud**: hay que tener en cuenta las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere o los cambios de médicos. En este sentido Martín (2006) argumenta que la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento o la atención en el propio domicilio del paciente influyen positivamente en el grado de cumplimiento.

2. **Variables propias de la interacción con el profesional sanitario**: aquí se hallan la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las características de la comunicación que éste establece con su médico. Por tanto, la satisfacción del paciente consistirá en un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, en la cual se distinguen la satisfacción específica y global, la primera determinada por la percepción de las características del profesional de salud y la segunda como una apreciación más general que establece el paciente.

3. De carácter médico las **características del régimen terapéutico**: determinadas por la complejidad del tratamiento —el grado de cambio comportamental requerido, como es en los hábitos y exigencia de pautas nuevas—; la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento —pueden ser económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales, etc.,—; la presencia de efectos secundarios —estos pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad.

medicamentos, seguimiento de dietas, o de realización de cambios de estilo de vida) coincide con el consejo médico o sanitario”.

⁷ En el mismo sentido el **incumplimiento** lo entendemos como: una conducta de salud compleja que abarca conductas muy diferentes, tales como “no tomar la medicación prescrita”, “no seguir las recomendaciones médicas”, “no participar en los programas de salud recomendados”, etc., (Ibid).

4. **La naturaleza de la enfermedad:** en este caso se ha demostrado (Amigó y cols., 1998; Friedman y Di Matteo, 1989. Citado en Martín y Grau, 2004) que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, y que ésta es menor en las enfermedades crónicas, sobre todo en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones.

5. **Factores psicosociales:** determinados por las creencias del paciente; autoeficacia percibida del paciente —creencia del mismo de que puede ejecutar la respuesta necesaria—; el apoyo social y familiar que puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones, así como animar al paciente a mantener el régimen médico, entre otros.

Pero, y a qué se deberá que un buen porcentaje de diabéticos no muestren adherencia a las prescripciones médicas. Consideramos que en el caso de la diabetes al igual que en las demás enfermedades crónicas, la poca adherencia al tratamiento se debe por una razón que puede parecer muy simple y que al mismo tiempo se presenta muy compleja, y es que, toda enfermedad crónica en su tratamiento requiere modificar estilos de vida, los que sin duda no sólo afectan al paciente, sino a todo el sistema familiar del que forma parte. En el caso de la diabetes tener adherencia al tratamiento requiere de: cambios en la dieta, sin duda esto representa todo un desafío, toda vez que en nuestra cultura la dieta está formada por comidas ricas en grasas; hacer ejercicio, está comprobado que el ejercicio ayuda no sólo a controlar la enfermedad, sino en prevenirla en aquellas personas que aún no la desarrollan, lamentablemente en México no existe en la mayoría de su

población una cultura para practicar el mismo; la colaboración de familiares en el tratamiento, esta enfermedad requiere de la participación de los familiares para apoyar al paciente en el seguimiento de las indicaciones médicas, no sólo por su complejidad sino por el apoyo emocional que requiere el mismo, etc., en la figura 1 presentamos en forma esquemática las consecuencias de ambas condiciones, es decir, adherencia y poca adherencia al tratamiento.

DIABETES			
Adherencia: Implicación activa y voluntaria del paciente cuyo fin es producir resultados deseables en su tratamiento	Tratamiento médico	Poca adherencia: Ausencia de implicación activa y voluntaria del paciente para producir resultados deseables en su tratamiento	
	Objetivo: a) control metabólico, b) prevenir complicaciones y c) preservar la calidad de vida		
• Aceptación de la enfermedad • Mantenimiento del tratamiento médico • Cumplimiento completo • Asistencia regular a consultas • Cambios en la dieta • Modificación de hábitos de ejercicio • Control de situaciones cotidianas estresantes • Modificación en el estilo de vida • Información clara y adecuada sobre la enfermedad	Paciente	• No aceptar la enfermedad • Dificultad para iniciar y mantener el tratamiento • Suspensión del tratamiento • Cumplimiento incompleto • Ausencia a consultas • Ausencia de cambios en la dieta • Ausencia de actividad física • Ausencia de control de situaciones cotidianas estresantes • Ausencia de conocimientos y habilidades específicas para un adecuado seguimiento del tratamiento • Adaptación del paciente a los síntomas • Información inadecuada o confusa sobre la enfermedad	
• Se emplean términos operativos • Se atiende al estilo de vida del paciente • Hay cambio de contexto para las nuevas conductas • Administración de insulina adecuada • Presencia de sintomatología dolorosa e incomodidad	Características del régimen terapéutico y la enfermedad	• Complejidad en las prescripciones • No se emplean términos operativos • No se atiende al estilo de vida del paciente • No hay cambio de contexto para las nuevas conductas • Dificultad para la administración de insulina • Ausencia de sintomatología	
• Acceso accesible • Presencia del médico en el momento en el que el paciente lo requiere • Presencia de un médico estable • Tiempo de espera corto • Presencia de atención en el domicilio del paciente • Espacios físicos atractivos	Características de la organización de los servicios de salud	• Difícil acceso • Ausencia del médico en el momento en el que el paciente lo requiere • Ausencia de un médico estable • Tiempo de espera elevado • Ausencia de atención en el domicilio del paciente • Espacios físicos poco atractivos • Condiciones laborales poco atractivas	
• Satisfacción del paciente • Comunicación eficiente	Relación médico-paciente	• Insatisfacción del paciente • Comunicación deficiente	
• Creencias que favorecen la adherencia • Presencia de apoyo social y familiar • Actitud positiva hacia la enfermedad • Prejuicios favorables hacia la enfermedad y el tratamiento • Representaciones sociales que favorecen la adherencia	Factores psicosociales	• Creencias que dificultan la adherencia • Ausencia de apoyo social y familiar • Actitud negativa hacia la enfermedad • Prejuicios negativos hacia la enfermedad y tratamiento • Representaciones sociales que no favorecen la adherencia	
En el paciente: • Se preserva su calidad de vida • Menor sufrimiento • Control metabólico • Prevención de complicaciones En la familia: • Estabilidad en su funcionamiento Sociales: • Reducción en los costos de los servicios de salud • Utilización adecuada • Bajos índices de morbilidad y mortalidad	Consecuencias	En el paciente: • Afecta a su calidad de vida • Mucho sufrimiento • Limitaciones incontrolables • Complicaciones y secuelas En la familia: • Alteraciones en su funcionamiento Sociales: • Costo excesivo en los servicios de salud • Su utilización inadecuada • Altos índices de morbilidad y mortalidad	Complicaciones: • Cetoacidosis • Acidosis láctica • Hiperosmolaridad • Hipoglucemia • Infecciones Secuelas de la diabetes (Complicaciones crónicas): a. Macrovasculares (aterosclerosis) • Cardiopatía isquémica • Enfermedad vascular cerebral • Enfermedad vascular periférica b. Microvasculares (microangiopatía) • Retinopatía • Glaucoma • Nefropatía con insuficiencia renal crónica • Neuropatía* c. Metabólicas • Neuropatía • Catarata • Lipoatrofia d. Mixtas • Cardiopatía diabética • Pie diabético • Necrobiosis lipídica • Dermopatía diabética • Neuropatía *Se menciona en varios apartados porque puede tener una patogenia múltiple (Lifshitz, 2008).

Figura 1

Como podemos observar la adherencia al tratamiento médico en pacientes diabéticos representa un cambio estructural en su estilo de vida y dinámica familiar.

Ahora bien, si el problema de la adherencia al tratamiento en diabéticos ha de ser entendido como un fenómeno psicosocial, consideramos necesario tomar en cuenta distintos factores que pueden marcar una diferencia entre la misma población de diabéticos, tales como: características sociales como la edad, el sexo, la educación, el nivel socioeconómico; algunas disposiciones psicológicas como las creencias sobre la enfermedad, la representación social de la misma, las actitudes que asume el paciente sobre su enfermedad, la ansiedad, el control que puede desempeñar en su tratamiento, los trastornos psicológicos que puede desencadenar el tratamiento; el contexto social como es el apoyo social –familiares, amigos, el mismo sistema de salud–, estabilidad en la familia; las demandas situacionales como son los síntomas, complejidad de la acción que el paciente debe efectuar, su duración, interferencia con otras acciones; así como la satisfacción del propio paciente con el sistema de salud, entre otros. Todos estos factores nos hacen pensar que el problema de la adherencia en diabéticos se hace muy complejo toda vez que es necesario tomar en consideración a los diferentes actores sociales que están implicados en el mismo. Siendo estos: los propios enfermos, los médicos, familiares, amigos de los enfermos, que de una forma directa o indirecta tienen una influencia en el cuidado de la salud del paciente.

Ahora pasaremos a exponer la incidencia que a nuestra consideración tiene la teoría de las representaciones sociales con el problema de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.

2. Representaciones sociales y la diabetes.

Tal vez resulte apresurado al lector que consideremos una incidencia de la teoría representaciones sociales y la diabetes. Empero, desde nuestra consideración partimos de la idea –hipótesis teórica– de que existe no sólo una representación social de la diabetes, sino varias, esto es, que la diabetes al ser un problema de salud pública repercute en la vida de diferentes personas. Es decir, que el concepto diabetes ha pasado a formar parte del pensamiento social, donde, seguramente ha sido adaptado a las necesidades de los diferentes grupos sociales y no necesariamente a las necesidades del sector médico. Por tanto, deben existir tantas representaciones sociales de la diabetes, como número de grupos sociales bien definidos que han necesitado aprehenderla o como dice Moscovici (1979) volverla familiar. Existe una construcción social de la diabetes, que en el caso de los pacientes diabéticos debe responder a sus necesidades, intereses, expectativas, creencias, costumbres, etc., más precisamente a la representación social que de ella se han formado los mismos. Por lo que la diabetes ha de ser entendida no sólo desde su naturaleza fisiológica sino también como un fenómeno psicosocial. Se ha hecho pues una representación del concepto, una (s) construcción creadora de los sujetos, en la que han intervenido sin duda, ideologías, representaciones sociales, actitudes, creencias, mitos, estereotipos, etc., y que hacen de la representación el medio a partir del cual se expresa el pensamiento social. Es este pensamiento social el que nos interesa para comprender a la diabetes en su especificidad social (concepto socialmente construido), es decir, ubicar los elementos simbólicos, afectivos, cognitivos y sociales que forman parte del campo representacional, para entender el pensamiento social de los pacientes con

diabetes. Además de conocer el **sentido subjetivo** que tiene para el paciente su enfermedad en la relación que éste guarda consigo mismo y los demás. Esto es, que la representación social ha de ser entendida como una producción simbólico-social en su génesis y al mismo tiempo como un espacio donde los sujetos en forma individual introducen un sentido a la representación compartida, el cual es el responsable de la emocionalidad que ese espacio simbólico tiene para los individuos que la comparten (González, 2004).

A partir de la teoría de las representaciones sociales hemos podido entender el pensamiento social, saber qué mecanismos sociales e individuales intervienen en la forma de enfrentar la enfermedad en un paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento. Si bien es cierto que hemos centrado nuestra atención en un paciente que muestra adherencia al tratamiento como consecuencia de uno de los objetivos primordial en la intervención, también es cierto que debemos centrar nuestro análisis hacia los pacientes diabéticos que no muestran adherencia al tratamiento, pues en ambos grupos existirán factores psicosociales que marquen la diferencia para ambas condiciones. Por tanto, consideramos que la intervención con pacientes diabéticos debe ser integral, es decir, que ella debe estar constituida por la intervención médica, así como un análisis e intervención psicosocial que responda a la naturaleza del pensamiento social en el cual se inscribe el problema de la adherencia. Para ello, consideramos pertinente hacer uso de los tres componentes de la teoría “representaciones sociales”:

1. información o concepto: en el análisis psicosocial es necesario saber qué información tiene el diabético de su propia enfermedad. Es posible que la información que tengan los

diabéticos de la enfermedad no sea necesariamente la más indicada de acuerdo al enfoque médico, sino que ésta simplemente responda al contexto social en el cual se ubica. Esto dará los indicadores sociales sobre los que la intervención psicosocial se ha de centrar, es decir, que la intervención se ha de adaptar a la información que tiene el enfermo y no a la inversa como se acostumbra desde el enfoque médico. Obviamente que parte de la intervención debe tener como finalidad que el paciente diabético (o familiar responsable del cuidado del mismo) conozca las características principales de dicha enfermedad, así como las indicaciones más importantes para su control.

2. Actitudinal: aquí es necesario saber qué valoración le da el paciente (y responsable al cuidado del mismo) a la enfermedad, ésta puede ser de aceptación o de rechazo. En este caso consideramos que los pacientes que muestran poca adherencia no se sienten implicados con la enfermedad, es decir, que no se ven ellos mismos como enfermos o que la responsabilidad del control de su enfermedad la ven como algo que depende de factores externos a su persona y no como una responsabilidad de ellos mismos.

Consideramos que dependiendo de la valoración que se trate, la intervención debe centrarse en que la valoración de dicha enfermedad por parte del paciente o persona al cuidado del mismo sea de aceptación, es decir, que asuman la responsabilidad que ésta conlleva en los cambios necesarios que habrán de enfrentar en su vida cotidiana. Además de generar una valoración positiva hacia la misma.

3. Campo de representación: tomar en consideración todo lo que el paciente, persona al cuidado del mismo o familia, relacione con la enfermedad. Este componente es de vital importancia al ser el puente que enlaza a la enfermedad con el pensamiento social del

paciente (s). Esto es, para que la intervención tenga impacto sobre el diabético y, éste empiece a tener adherencia al tratamiento, debemos tomar en consideración los aspectos de la vida del paciente (s) que entran en juego cuando enfrenta a la enfermedad. Es decir, los factores psicosociales que están configurando la representación social de la diabetes, en los que consideramos, pueden radicar las causas que están determinando las prácticas de autocuidado de la salud.

CAPÍTULO III

ESBOZO DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

A. Estudio de campo de tipo descriptivo y explicativo

La metodología de la presente investigación consistió en hacer un estudio de campo, es decir, “se intereso más en una descripción completa de los procesos investigados, de esta manera, proporcionó una imagen más detallada y más natural” de la representación social (Festinger y Katz, 1993. p. 68).

La investigación es de tipo descriptivo y explicativo ya que su propósito fue dar un panorama lo más preciso posible del **contenido** de la representación social de la diabetes que tiene un paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Para tal propósito fue necesario utilizar métodos cualitativos, aplicándolos de la siguiente manera:

1. Contactar e invitar a un paciente diabético que cumpla con la condición de adherencia al tratamiento. Para ello se localizó a un paciente del ISSSTEP a través de un conocido que de acuerdo a su información cumplía con las características de un paciente con adherencia al tratamiento. Por tanto, se procedió a invitarlo vía telefónica, recibiendo respuesta favorable. Se visitó al paciente el día 7 de septiembre del presente año en su domicilio particular para efecto de la entrevista. Se informó el objetivo de la investigación, así como de su participación. El paciente firmó una carta de consentimiento (anexo 1), avalando su disposición en la presente investigación.

2. Se aplicó el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG de Martín, Bayarre y Grau (2008) al paciente. Este cuestionario fue diseñado para evaluar la adherencia en pacientes con hipertensión arterial, sin embargo, también ha sido utilizado por uno de sus autores para evaluar la adherencia en pacientes diabéticos (Martín), además, consideramos que el mismo fue pertinente para la evaluación de la adherencia en paciente diabético ya que el cuestionario parte de una definición operacional de adherencia terapéutica, la cual se ajustó a las condiciones de la enfermedad diabetes. Consideramos que la propuesta de los autores en la definición operacional de la adherencia y las categorías incluidas para su evaluación fueron las idóneas para nuestra investigación. A saber:

Definición operacional de adherencia terapéutica:

- Implicación **activa y voluntaria** del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento **aceptado de mutuo acuerdo con su médico**, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.

Categorías que componen la definición de adherencia terapéutica:

- a. **Cumplimiento del tratamiento:** es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas.
- b. **Participación activa en el cumplimiento:** es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- c. **Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento:** es la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

- d. **Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico:** es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para elaborar la estrategia a seguir para garantizar el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

Se contó con autorización para la aplicación del cuestionario en nuestra propuesta de investigación. La autora Martin nos hizo sugerencias para adaptarlo a las necesidades de nuestra propuesta de investigación. Dichas sugerencias no modificaron la estructura y objetivo del cuestionario (evaluación de la adherencia terapéutica), sólo se modificó la consigna “solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial” por “solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas por su médico”.

Dicho cuestionario está integrado por: una pequeña presentación en la cual se explica al paciente el objetivo de su aplicación; datos del paciente; tratamiento higiénico-dietético; tratamiento con medicamentos y doce afirmaciones que recorren las categorías que conforman la definición operacional de adherencia terapéutica propuesta por los autores. En las doce afirmaciones se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde siempre hasta nunca, marcando con una X la periodicidad que ejecuta lo planteado. La calificación propuesta por los autores para estas doce afirmaciones consiste en obtener un puntaje total y dividir en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como adheridos totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37

puntos y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se puede cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: total, parcial y no adherido.

Para calcular la puntuación obtenida los autores asignaron el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

Como se mencionó, se respetó la estructura y contenido del mismo, para no perjudicar los criterios de su validación. Por tanto, y de acuerdo a las necesidades de nuestra investigación decidimos la aplicación de algunos reactivos relativos a la diabetes una vez que el paciente respondió el cuestionario, mismos que se anexaron en el cuestionario (ver anexo 2).

3. Finalmente se procedió a realizar la entrevista. Para ello se explicó al paciente sobre la confidencialidad de la información, la cual solo fue para fines de investigación. El propósito de la entrevista fue extraer información cualitativa correspondiente a las tres dimensiones de la teoría “Representación social”, es decir, información o concepto, campo de representación y actitud. Por tanto, obtener el contenido (núcleo figurativo) de la representación social de la diabetes en paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento. Para tal propósito se realizó una entrevista semiestructurada, la cual estuvo constituida por preguntas abiertas y preguntas con algunas opciones de respuesta (a modo de cuestionario). Es importante aclarar que las preguntas tuvieron una función de estímulo, esto es, que en las respuestas del entrevistado se pudo encontrar información relativa a las dimensiones de la teoría “representación social”.

La guía de entrevista está constituida por tres bloques, a saber:

a) El primer bloque recogió datos generales del paciente e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado, además de una presentación que explica al paciente el objetivo del estudio, así como la discreción con que será tratada la información.

b) El segundo bloque está integrado por preguntas abiertas y preguntas que tienen algunas opciones de respuesta. Éstas tienen como propósito extraer información cualitativa correspondiente a las tres dimensiones de la teoría, es decir, información o concepto, campo de representación y actitud. Como ya se mencionó las preguntas tuvieron una función de estímulo, por lo cual se pudo encontrar información relativa a las dimensiones teóricas.

c) El tercer bloque lo integró el mismo contenido de las doce afirmaciones del cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica. En este caso el paciente mencionó algunas situaciones, eventos o acontecimientos que le permiten realizar cada una de las indicaciones, así como las que no se lo permiten. Con ello se conoció las situaciones, eventos o acontecimientos que generan comportamientos intermedios, mismos que consideramos importantes para entender situaciones que ponen en riesgo el control del tratamiento y, por ende su efectividad.

Finalmente se procedió a realizar análisis de contenido a la entrevista, a partir de las tres dimensiones de la teoría (información o concepto, campo de representación y actitud). Por tanto, se obtuvo el contenido (núcleo figurativo) de la representación social de la diabetes en paciente diabético con condición de adherencia al tratamiento.

B. Diseño de investigación

Para el presente estudio se eligió un diseño de una muestra independiente. Es decir, un paciente diabético con condición de adherencia al tratamiento. El interés principal fue conocer la experiencia de un paciente diabético que muestra adherencia al tratamiento. La razón radicó en conocer la especificidad de los procesos psicosociales implicados para tal condición. Se consideró de vital importancia lo anterior para demostrar que desde la experiencia de un paciente con dicha condición de adherencia se pueden explicar procesos implicados, como son: características psicológicas y sociales del paciente; características del régimen terapéutico y la enfermedad; características de la organización de los servicios de salud; factores psicosociales implicados y consecuencias de la enfermedad.

C. Muestra

El tipo de muestra adecuada para nuestra investigación fue la intencional o no probabilística ya que el objetivo de la investigación fue obtener riqueza, profundidad y calidad en la información cualitativa, que es la conveniente según las bases teóricas que respaldan nuestra investigación (Rojas, 2009).

D. Bioética

La presente investigación tuvo como propósito fundamental conocer la representación social de la diabetes en un paciente diabético con condición de adherencia al tratamiento. Esto es, conocer el contenido de dicha representación. Por tanto, la naturaleza de la misma no puso en peligro —en ninguna etapa del proceso investigativo—, la integridad del paciente.

Tomando en consideración lo anterior y de acuerdo con la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial consideramos puntualizar lo siguiente, a saber:

- a. Que el presente proyecto de investigación fue un estudio psicosocial de campo de tipo descriptivo y explicativo, es decir, no fue un estudio experimental.
- b. No hubo manipulación de variables, sólo se limitó a realizar entrevista al paciente diabético con condición de adherencia al tratamiento.
- c. Por ningún motivo se puso en riesgo la salud, la intimidad y la dignidad del paciente.
- d. En ningún momento de la misma estuvo en riesgo el tratamiento médico del paciente.
- e. Se procedió a realizar la entrevista una vez que el paciente dio su consentimiento para formar parte de dicha investigación.
- f. El objetivo de la investigación fue conocer la representación social en un paciente diabético con condición de adherencia al tratamiento. Por tanto, se respetó la integridad y la confidencialidad de la información que el paciente aportó de forma individual. Resguardando su integridad física y mental, así como su personalidad.

Tratamiento de la información.

Análisis de contenido.

El análisis de contenido se puede considerar como un método de estudio de las comunicaciones (Vinacua, 1989) y está destinado a dar forma analizable a una información no estructurada (Krippendorff, 1990). Su función es conocer con exactitud el

sentido que tiene una emisión verbal. “Parte del principio de que las representaciones cognoscitivas tienen un sentido, el cual es comprensible gracias a que el grupo social hace referencia a idénticos objetos, circunstancias y situaciones, es decir que el lenguaje posee un significado consensuado” (Robles, 2000. Pág. 28).

Para identificar con exactitud el sentido del contenido se tomó en cuenta aparte del lenguaje utilizado, el tono de voz, los tartamudeos, las muletillas, las repeticiones y los silencios, para lo cual fue necesario escuchar en repetidas ocasiones la entrevista grabada. Cualquier cosa que nos ayudara a rectificar y a establecer claramente el significado de lo que nos hablaba el entrevistado. Se trata pues de una descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones que tiene por objeto interpretar (Berelson 1953. Citado en Vinacua, 1989).

También debe considerarse que todo análisis de contenido se basa en una hermenéutica controlada, basada en la deducción: la inferencia (Laurence, 1986. Pág. 7. Citado en Robles, 2000). Se trata de una técnica objetiva, en el sentido de que presupone el empleo de procedimientos de análisis que pueden ser reproducidos por otras investigaciones, de modo que los resultados obtenidos sean susceptibles de verificación o replicación por otros estudios distintos a aquellos que llegaron a identificarlos (Vinacua, 1989).

Para el análisis de contenido de la entrevista se realizaron dos tipos de análisis: uno categorial y otro temático.

Análisis categorial

Este tipo de análisis consiste en una clasificación de las unidades de análisis bajo un título genérico, es decir, elementos o dimensiones que sirven para clasificar y agrupar según ellos las unidades del análisis de contenido (Vinacua, 1989). En la presente investigación el análisis categorial empezó a partir de un preanálisis de la entrevista, a partir de éste se obtuvieron las categorías que nos sirvieron para clasificar todos los elementos. Cada elemento fue cuantificado para obtener el número de frecuencias que corresponden a cada categoría, de tal modo que se cumplió con el principio de exhaustividad, es decir que ningún elemento quedó sin ser clasificado por falta de términos descriptivos adecuados (Krippendorff, 1990. Pág. 109).

Las categorías cumplieron con los requisitos de exclusión mutua, homogeneidad, pertinencia y objetividad (Vinacua, 1989). La primera se refiere a que cada elemento (unidad de análisis) no puede ser clasificado en dos categorías distintas, la segunda consiste en que el conjunto de elementos que integran una categoría cumplan con el mismo principio de clasificación, la tercera se refiere a que cada categoría sea adaptada al material de análisis seleccionado y pertinente al cuadro teórico elegido, en nuestro caso la teoría de las representaciones sociales con sus respectivas dimensiones: información o concepto, campo de representación y actitud.

Las categorías que se obtuvieron en el análisis categorial y a partir de las cuales se concentraron todos los elementos son (cuadro 1):

Categorías	• Paciente • Características del régimen terapéutico y la enfermedad • Características de la organización y atención de los servicios de salud • Factores psicosociales • Consecuencias de la enfermedad
------------	--

CUADRO 1. Análisis categorial.

Análisis temático

Este fue el análisis que siguió al anterior y consistió en no limitarse al contenido “sino que tomó en cuenta el continente y se encaminó más que el otro, al sentido de los significados para quien los emite” (Robles, 2000. Pág. 30). Este análisis nos pudo comprobar el significado y sentido de las categorías, ya que fue necesario respetar lo que se obtuvo a partir de la entrevista, es decir, lo que para el entrevistado es la diabetes, más no lo que es para el investigador. De esta forma se reflejó el sentido que cada categoría tiene para el entrevistado. Cada categoría se dividió en subcategorías y sus respectivos indicadores y frecuencias. Estas últimas fueron ordenadas acorde con lo que establecen las dimensiones de la representación social: información o concepto; campo de representación y actitudes. El cuadro 2 (en las páginas 53-56) muestra los resultados del análisis categorial y temático.

RESULTADO DEL ANÁLISIS CATEGORIAL Y TEMÁTICO DE LA ENTREVISTA							
CATEGORÍA	DIMENSIONES	SUBCATEGORÍAS		INDICADORES	FRECUENCIA		
Paciente	Información o concepto	Sobre la enfermedad	Es...	"...la diabetes como enfermedad es progresiva y degenerativa no tiene ninguna forma de remedio, solamente se puede controlar con las indicaciones médicas y dieta , además de otros factores..."	2		
				"...no se ha descubierto cura ..."	1		
			La causa...	"...los excesos y desorden de la alimentación ..."	1		
			Síntomas	"...una persona diabética presenta cansancio , mucha sed , orina mucho , pero sobre todo cansancio. Cuando a mí me dio, yo me sentía ¡ cansadísimo! ..."	2		
			Control farmacológico	"...al principio me la controlaron con fármacos como el obinese y el diabinese , al principio, hace treinta y tantos años..."	1		
				"...una vez que terminaron su función estos fármacos eh... mis médicos decidieron que me debía yo de inyectar insulina y... he pasado por distintos estadios en cuanto a la cantidad de insulina que yo me inyecto, actualmente estoy inyectándome treinta unidades de insulina diarias ..."	1		
				"...utilizo la... este... insulina de liberación prolongada que es la glargina ..."	1		
			Campo de representación y actitud	Mantenimiento y cumplimiento del tratamiento médico	Es...	"...es una enfermedad de disciplina ..."	1
					causas	"...en mi caso por el trabajo , que no me permitió tener una buena alimentación por falta de tiempo. Desayunaba galletas y café, y después antojitos como gorditas, pero no siempre..."	4
					Aceptación	"...yo sabía que en cualquier momento podría tener diabetes, mi madre murió de eso . Así que ¡ya me tocó!, ¡ya ni modo!, lo mismo pasó con la insuficiencia renal y consecuentemente con la diálisis ..."	1
	"...¡Procuró no suspender el tratamiento!..."	2					
	Control de los niveles de glucosa	"... todos los días al levantarme me tomo la prueba del azúcar . Llevo un control todos los días, registros por mes..."			9		
		"...cuando los niveles de azúcar llegan a los doscientos controlo la alimentación para que no se ¡dispare! (los niveles de azúcar), es cuando debo comer menos ..."			3		
		"...mantener un rango menor a los ciento cuarenta ..."			4		
		"...a veces descanso unos días el no tomar la muestra de sangre, lo hago para descansar un poco los dedos de tantos piquetes ..."			3		
	Dieta	"...mi dieta generalmente es más rica en la mañana, a medio día, un poco de sopa, un poco de guisado y ya, a veces me como un poquito de frijoles si es que los apetezco y si no, no, pero en la noche generalmente mi cena es una manzana hervida, un pan tostado y se acabó, un tarro de leche..."			1		
		"...mantener una alimentación que me haga menos daño ..."			2		
		"...no tengo problemas ni para dormir ni para nada porque es el alimento suficiente para amanecer al día siguiente ..."					
	Valoración positiva	"...ya son muchos años de ser diabético , más de treinta, pero estando como estoy, ¡a mí me parece muy bien! , ¡fantástico! ..."			2		
		"...yo realmente no puedo decir que haya tenido una mala experiencia con la diabetes , la he sorteado lo mejor que puedo con la alimentación y los fármacos..."			1		
	Asistencia regular a consultas	"...un mes antes de cada consulta, mayor control en el registro de indicadores como: niveles de azúcar, presión y peso..."			1		
		"...no asistiría a consulta solo si estuviera enfermo, imposibilitado para salir de casa, pero ¡menos no! , y eso le avisaría a mi médico, porque ¡yo! , ¡procuro no perder una consulta! ..."			4		
		"... ¡tengo que ir forzosamente! ..."			1		
	Situaciones que sí permiten llevar a cabo el tratamiento	"...no tengo problema, yo sí comprendo lo que tengo que hacer ..."			1		
		"...por el momento lo puedo seguir yo solo , pero cuando esté más acabado necesitare el apoyo en todo..."			2		
		"... el tratamiento no necesita de grandes esfuerzos , no necesito recordatorios, no es complejo..."			5		
		"...las personas con un nivel de educación sí comprenden las indicaciones que le da el médico..."			8		
	Situaciones que no permiten llevarlo a cabo	"...la única manera de que no tome los medicamentos es que este yo enfermo , por ejemplo, diarrea, vómito, o que tenga que salir a consulta rápida. Los suspendo momentáneamente..."	1				
		"...la complejidad viene por la falta de educación , de cultura , a saber leer y escribir bien , comprender lo que se les dice o por la edad..."	9				
		"...no me permitiría llevar la dieta situaciones como estar en una fiesta, o si estoy de visita..."	2				
		"...sobre todo los viernes y los sábados se me antoja un molote o se me antoja una este... una cosa así extra (se rompe con la dieta)..."	2				

Características del régimen terapéutico y la enfermedad	Campo de representación y actitud	Información o concepto	Tratamiento de diálisis	Procedimiento	“...me doy la libertad de comer un poquito más... la comida que más me gusta...”	3		
					“...de vez en cuando se puede tomar uno una copa de vino o un tequila pero sin exceso...”	1		
					Peligros	“...hay que tener cuidado con las cortadas, pues se infecta y puede venir una gangrena, que te corten una extremidad...”	1	
					“...cortarme una uña implica un riesgo, o un raspón, cualquier cosa...”	1		
					Modificación de hábitos de ejercicio	Situaciones que sí me lo permiten	“...tener el ánimo de hacer ejercicio, de caminar...”	2
						Situaciones que no me lo permiten	“...¡la flojera! (risas)...”	2
					Modificación en el estilo de vida	Familiar	“...se afecta a la familia porque no se pueden hacer muchas cosas...”	1
						Sexual	“...sí afecta a la vida sexual...”	1
						Emocional	“...a mucha gente sí la afecta, pero a mí no, cuento con el apoyo de mi familia...”	1
						Laboral	“...te impide dar el cien por ciento en el trabajo, ausentarse por enfermedad, tener una caída...”	1
						Social (amigos)	“...te limita a poder tomar bebidas y comidas en reuniones con los amigos...”	1
						Económico	“...afortunadamente cuento con el servicio del ISSSTEP, pero para alguien que no cuenta con el servicio médico está perdido...”	1
						Palabras que vienen a la mente con la diabetes	“...¡ya no soy libre para comer lo que más me gusta!...”	5
					“...¡es una esclavitud!, porque vas a tener que tomar medicamentos, poner inyecciones ¡toda la vida!...”	4		
					“...¡ya no voy a ser el mismo!, cada vez me siento más limitado para hacer cosas que a mí me gustan. Puedo sufrir un accidente como consecuencia de pérdida de la agudeza visual...”	3		
					Historia de vida	Valoración positiva	“...mi padre fue un gran ejemplo que me enseñó a soñar, desear, aspirar. Él fue modelista, me dio el ejemplo de superarse...”	2
						“...trabajando como obrero me di cuenta de que no iba a poder mantener a mi familia, por eso decidí seguir estudiando y ¡lo logre!...”	1	
	“...logré romper las cadenas de la tradición familiar, fui el único de mis hermanos que hizo una profesión para que mis hijos la siguieran, y así fue...”	1						
	“...me hubiera gustado seguir con una maestría, pero significaba hacer sacrificios en el ingreso económico de la casa...”	1						
	“...me gustaría vivir más tiempo para ver crecer a mis nietos y no morir en poco tiempo...”	1						
	Campo de representación y actitud	Información o concepto	Tratamiento de diálisis	Procedimiento	“...cuando te entregan tu línea, te la dan con un capuchón, es muy peligroso que se te caiga pues se puede infectar. A mí se me cayó como en tres ocasiones...”	1		
					“...cada seis meses me cambian la línea para la diálisis, esto es para prevenir una infección...”	2		
					“...la diálisis no es solamente para los pacientes diabéticos...”			
					“...me entregan un cuaderno para llenarlo (en la clínica) porque yo debo de mostrar cuanto fue la cantidad de líquido que mi abdomen tiene, el drenaje inicial, la uff que es la ultra filtración que tuvo mi organismo durante la... el trabajo de la máquina y el tiempo en que está dentro el líquido durante la noche, entonces, este... yo debo reportar todo eso, la cantidad de azúcar, la presión y... este, cómo se llama, el peso, cuánto pese en la noche, cuánto pese en la mañana y... la cantidad de azúcar...”	2		
					“...debe ser bien cuidada...”	1		
					“...como consecuencia de la diálisis hay ocasiones en que los niveles de azúcar están entre 68 y 75, entonces me como una gelatina entera, para nivelar el nivel de azúcar en la sangre, es cuando puedo comer un poco más...”	1		
					Valoración positiva	“...cuando entre al tratamiento de diálisis mi doctora me dijo que yo tenía un pronóstico de larga vida por mi condición física...”	1	
					“...creo que fue una acertada medida de la doctora para que yo entrara a diálisis, a tiempo, para prevenir complicaciones a causa de que mi riñón ya no funciona bien...”	1		
					“...me está salvando y seguir adelante, mejor otros compañeros se han muerto...”	1		
					“...en noviembre cumplo 6 años del tratamiento de diálisis y hasta este momento estoy bien...”	2		
					“...¡Hasta el momento todo ha funcionado perfectamente!...”	1		
					“...puede ser que me consideren una excepción a la regla...”	1		
					“...mi doctor general me decía, “si usted no me dice que está enfermo yo lo veo a usted bien” ...”	1		
					“...cuando voy a la sala de diálisis muchas personas me preguntan si voy a aprender el manejo de la	1		

				máquina, se sorprenden de que ya tengo mucho tiempo dializándome...	
			Experiencia con otros pacientes	"...cuando llegué a la zona de diálisis encontré a una chica de veintitrés años con Lupus, al poco tiempo ella murió. De los cinco que empezamos el tratamiento de diálisis solo yo sobreviví... "	1
			Costo económico	"...es una enfermedad cara , implica la compra de muchas cosas para tener un control (tiras reactivas)..."	2
				"... yo compro cosas para el tratamiento de diálisis..."	1
			Percepción de pacientes que se someten a diálisis	"...generalmente el paciente de diálisis va caris bajo , se ve enfermo... "	1
Características de la organización y atención de los servicios de salud	Campo de representación y actitud	Recursos que otorga el ISSSTEP	Valoración positiva	"...en el hospital llevan un control de mi estado como paciente..."	1
				"...me proporcionan materiales para el tratamiento de diálisis , además del tratamiento farmacológico... "	3
		Presencia de un médico estable	Valoración positiva	"...¡sí!, siempre me atienden los mismos médicos , los mismos especialistas... "	1
			Ideal para los pacientes	"...considero que todas las instituciones de salud deberían de ser iguales en la atención de los pacientes..."	3
			Valoración negativa	"...la empleada de farmacia es muy necia , a veces me quiere dar menos cantidad de insulina para mi tratamiento, me dice "es que se lleva usted mucho medicamento..."	2
		Relación : paciente /profesionales de salud	Valoración positiva	"...mi médico revisa todos los indicadores y puedo manifestar si estoy de acuerdo con las indicaciones que me da..."	1
				"...todos tienen calidad humana, profesional con todos los pacientes..."	1
				"...son personas entregadas a su profesión..."	1
				"...con la rapidez con la que me han atendido han hecho que no perdiera la vista , que me hayan atendido la insuficiencia renal... "	2
				"...son cosas que uno agradece porque ¡aplican sus conocimientos en beneficio de uno!..."	3
				"...¡ magníficas personas! ..."	1
				"...con ellos puede uno platicar extensamente del problema que uno tiene..."	1
				"...¡ah! Y además, si uno se lo gana, lo regañan a uno , sobre todo con la doctora Juanita con la cuestión de la insuficiencia renal... "	1
				"...¡ bastante a gusto! ¡ todos me tratan muy bien! ..."	1
				"...¡ muy buena! , me llevo muy bien con él (médico). Siempre que llevo dice " ya llegó el maestro "..."	5
				"...con mi médico general ¡también! Hay confianza para decirle todo en cuanto al tratamiento..."	1
				"...mi médico me ha explicado todo con claridad desde que me empezaron a entender la diabetes..."	1
		Oftalmólogo		"...¡ muy buena! ¡excelente! ..."	1
		Nefrólogo		"...¡ ah, perfecta! ¡excelente con mi nefróloga! ..."	1
		Psicóloga		"...fue buena... "	1
		Personal de enfermería		"...yo llevo bromeando con las chicas (enfermeras), y ellas me revisan todo, ¡me tratan muy bien! ..."	1
Factores psicosociales	Campo de representación y actitud	Presencia de apoyo social y familiar	Valoración positiva	"...es un compromiso de vida , la persona que va a estar al cuidado del paciente debe ser solidaria, sacrificar muchas cosas para que uno viva..."	3
				"...a causa de la pérdida en la visión mi mujer me ayuda en todo , registro de los indicadores como nivel de azúcar, presión, peso, etc., ir al hospital, entrar a consulta, ir por el medicamento a la farmacia, que todo esté higiénico para la diálisis..."	6
				"... con el apoyo de la familia y en mi caso de mi compañera puede sobrevivir uno bien, en buenas condiciones..."	2
				"...¡ es fundamental el apoyo familiar! ..."	1

Consecuencias de la enfermedad en el paciente	Ausencia de apoyo social y familiar	Consecuencias	"...si no hay apoyo familiar en poco tiempo se va uno (se muere), se les infecta el peritoneo, les da peritonitis..."	3
			"...he notado resistencia en las personas que van a apoyar en el tratamiento de diálisis, porque requiere de sacrificios (aprendizaje, responsabilidades, sacrificar fiestas)..."	3
			"... decae el estado de ánimo del paciente ..."	2
			"...conocí a un taxista que no tuvo apoyo para realizarse la diálisis, él ya no veía, al poco tiempo murió..."	
			"...otro caso como el de mi compañero el pato (profesor que así lo apodaron), que al no recibir un buen apoyo de familiares murió..."	1
			"...mi vieja entra al internet para investigar las dudas que tengamos sobre el tratamiento..."	1
	Aceptación de morir	Actitud positiva	"...nunca he tenido problema por aceptar que me voy a morir, sé que en cualquier momento me puede tocar, ¡no le tengo miedo! ..."	3
			"...sé que ya los dejo hechos como hombres , como seres humanos (refiriéndose a sus hijos)..."	1
			"...yo pensaba hacer más en mi vida, pero tuve muchos hijos, pero con lo que hice en mi vida me parece ¡muy bien! ..."	1
	Información o concepto	En el paciente	"...si no se mantiene un nivel de ciento cuarenta de azúcar se lesionan los vasos sanguíneos..."	1
			"... me operaron del corazón como consecuencia de que se me taparon las arterias , se lesionan los vasos sanguíneos..."	1
			"...Como consecuencia de la diabetes padezco la insuficiencia renal , la soriasis y la vista ..."	1
			"...he perdido la calidad de la visión ..."	1
			"...como consecuencia de la diabetes te mueres de todo menos de la diabetes, complicaciones intestinales, la vista, del corazón , etc..."	1
	Campo de representación y actitud	Condición laboral	"...si toda la vida hubiera sido obrero ¡ya estaría muerto! Como consecuencia de la diabetes..."	1

Cuadro 2.

Con ello se procedió a la elaboración de los núcleos figurativos de cada categoría, siendo: paciente, características del régimen terapéutico y la enfermedad, características de la organización y atención de los servicios de salud, factores psicosociales y consecuencias de la enfermedad en el paciente. Mismos que se presentan en el capítulo de resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Núcleo figurativo

De acuerdo con la teoría, el contenido de toda representación social está configurado por un núcleo figurativo, el cual permite comprender los conceptos de la representación a partir de una imagen y/o estructura gráfica (Jodelet, 1989). Él está constituido por lo esencial de la representación, por lo cual estará presente en la mayoría de las explicaciones necesarias para una apropiación concreta del objeto, en nuestro caso la diabetes. Del mismo modo el pasado y la experiencia de los sujetos sociales en los que necesariamente está inmerso el núcleo figurativo hacen que él esté determinado por una dimensión histórica, la cual da cuenta de su especificidad con base en la historia individual del sujeto, así como del espacio social en el que sirve.

Del mismo modo los procesos en la génesis de la representación social, objetivación y anclaje, permiten que los sujetos puedan materializar significados, así como garantizar la función cognitiva básica de la representación (conocer) y su función social (hacer) (Jodelet en Moscovici, 1979).

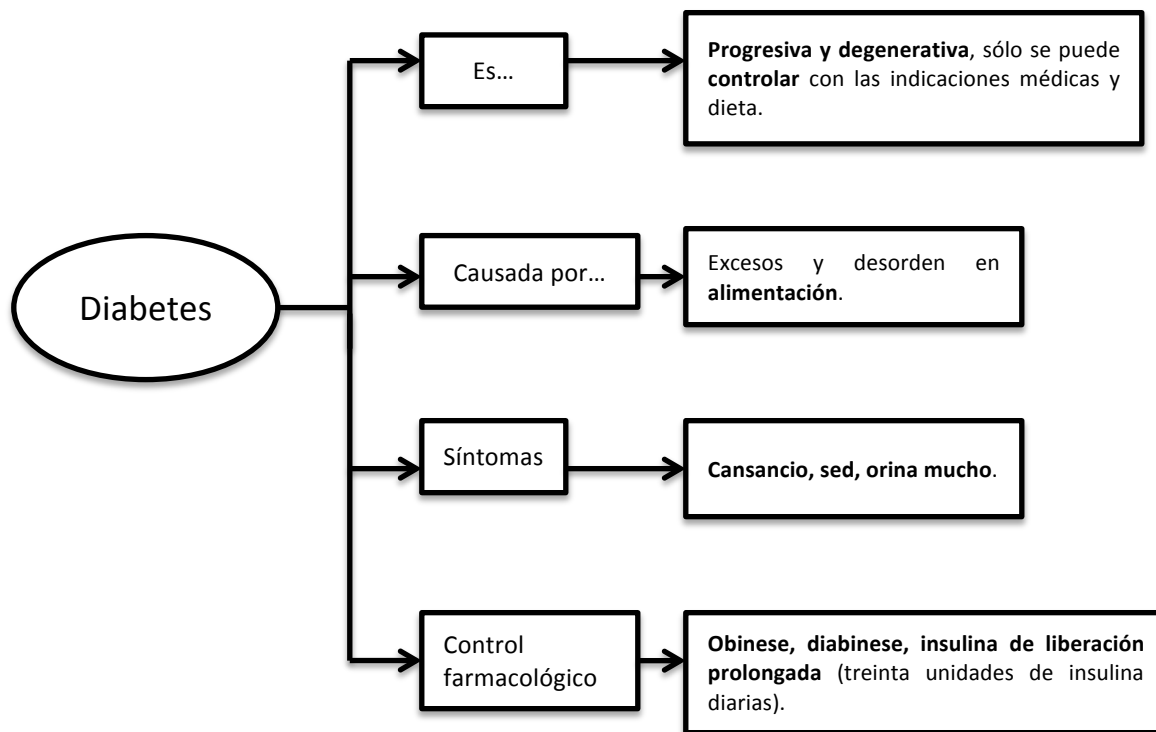
En este sentido, al analizar una representación social es fundamental comprender los elementos que en el núcleo figurativo concentran la significación del objeto representado, así como su articulación con la práctica cotidiana.

A continuación se presentan en forma esquemática los núcleos figurativos correspondientes a las categorías que permitieron organizar el análisis de contenido, siendo: paciente; características del régimen terapéutico y la enfermedad; características

de la organización y atención de los servicios de salud; factores psicosociales y consecuencias de la enfermedad, además de su respectiva interpretación.

Cada categoría fue organizada por las respectivas dimensiones teóricas (información o concepto, campo de representación y actitud). Los elementos de cada categoría fueron organizados con base al sentido que tienen para el paciente entrevistado, por tanto, no todas contienen elementos en las tres dimensiones teóricas.

Núcleo figurativo: categoría: Paciente – dimensión: información o concepto



Interpretación del núcleo figurativo

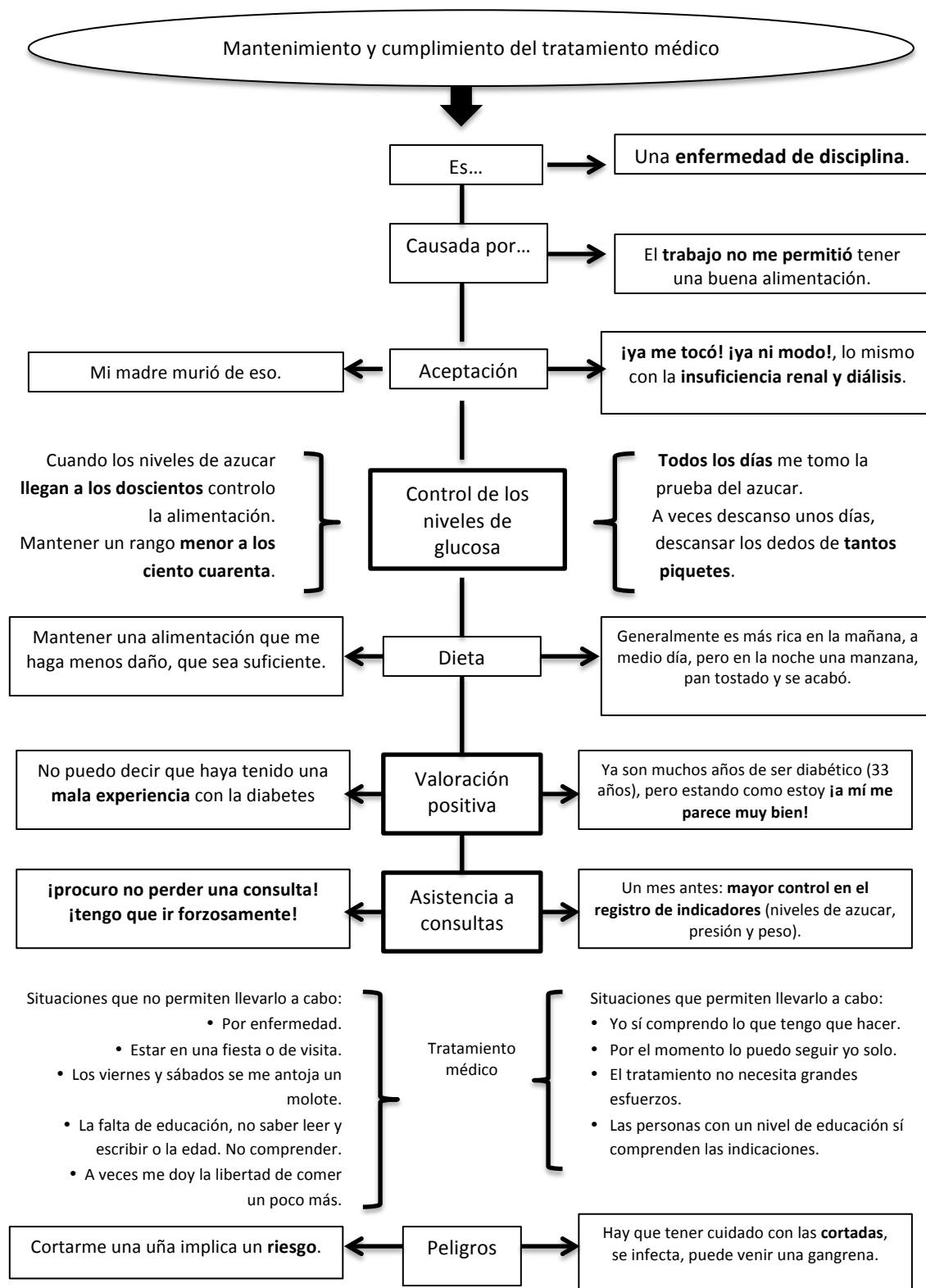
Categoría: paciente – dimensión: información o concepto

Los indicadores del presente núcleo figurativo permiten observar que el paciente cuenta con **información relativa a la enfermedad**. Sabe que es **degenerativa y progresiva**, y que sólo se puede controlar con medicamento y dieta. En cuanto a su etiología considera que es consecuencia de una mala alimentación, producto de excesos y desorden alimenticio. Identifica algunos síntomas que se presentan para su identificación como es presentar mucha sed, cansancio y necesidad de orinar con frecuencia. Tiene claridad respecto a los medicamentos que han sido prescritos durante su atención, es decir, en un inicio del tratamiento el paciente fue tratado con los medicamentos obinese y diabinese respectivamente. Después de que éstos terminaron su función el tratamiento consistió en

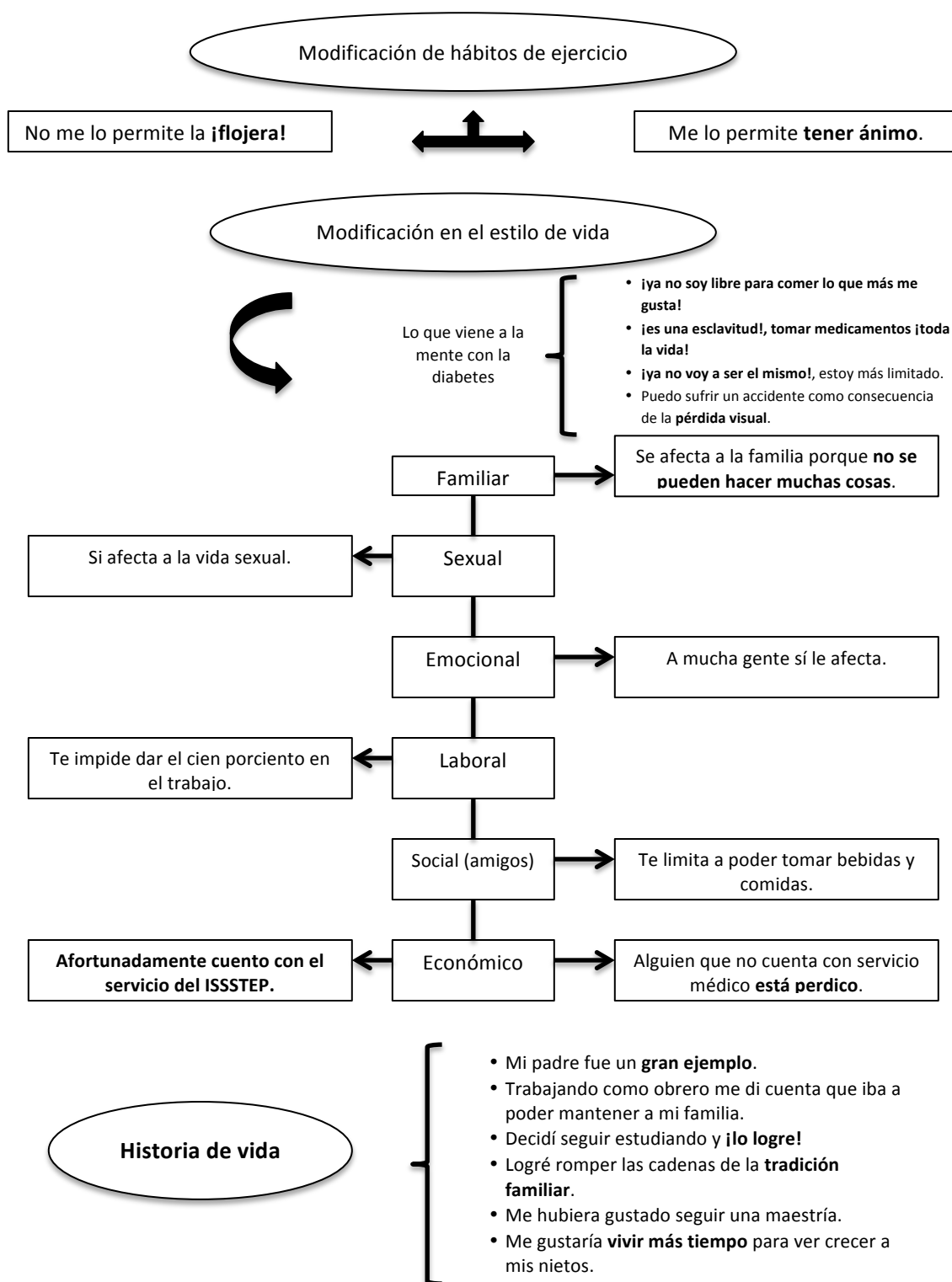
la administración de insulina, el cual sigue vigente en la actualidad, teniendo una administración de treinta unidades de insulina diarias.

Es importante destacar la capacidad del paciente para el manejo de la información de su tratamiento, situación que le ha permitido tener control sobre el mismo.

Núcleo figurativo: categoría: Paciente – dimensión: campo de representación y actitud



Núcleo figurativo: categoría: Paciente – dimensión: campo de representación y actitud (continuación)



Interpretación del núcleo figurativo

Categoría: paciente – dimensión: campo de representación y actitud

En este núcleo figurativo se encontró la presencia de varios indicadores que se ubican en torno a diferentes subcategorías, siendo: mantenimiento y cumplimiento del tratamiento médico; modificación de hábitos de ejercicio; modificación en el estilo de vida e historia de vida. En el discurso del paciente es claro inferir una actitud positiva respecto a su condición de padecer la diabetes.

En relación al ***mantenimiento y cumplimiento del tratamiento médico*** resalta la idea de que la enfermedad requiere de **disciplina** para tener un control de la misma. Situación que se materializa en conductas que el paciente lleva a cabo todos los días, como es la medición de los niveles de azúcar en sangre por las mañanas, además de llevar un registro por día. Esta práctica en ocasiones es suspendida por el paciente dado las consecuencias negativas que conlleva el picarse los dedos para la prueba del azúcar. Llevar a cabo la medición de los niveles de azúcar en sangre le permite tomar decisiones en cuanto a la dieta, siendo el objetivo mantener un rango de azúcar menor a los ciento cuarenta.

Por otro lado, el paciente considera que la causa de su padecimiento es producto de una mala alimentación como consecuencia de su trabajo, el cual no le permitió tener una alimentación más adecuada. Al mismo tiempo existe la idea de que la heredó de su madre, quien murió por lo mismo. La condición actual de padecer insuficiencia renal que ha derivado en tratamiento de diálisis es consecuencia de ello.

Como se mencionó, existen muchos elementos para sostener que el paciente tiene una actitud positiva respecto a su condición de padecer la diabetes. Esto último, pues él hace

todo lo que está en sus posibilidades para no suspender el tratamiento, así como el no faltar a sus consultas de seguimiento. Indicadores como **“¡tengo que ir forzosamente!”** o **“¡procuro no perder una consulta!”**, son prueba contundente de una disposición en él para mantener y cumplir con el tratamiento.

El nivel de preparación se hace presente como un determinante para la comprensión del tratamiento. Considera que es indispensable saber leer y escribir, además de poseer la capacidad para comprender las indicaciones que le da el médico. Asegura que el tratamiento no requiere de grandes esfuerzos. Además, tiene conocimiento del peligro que puede ocasionar una herida, la cual puede desembocar en una gangrena.

A pesar de que el paciente muestra una disciplina importante para efecto de llevar a cabo las indicaciones médicas, se da la libertad en ocasiones de comer un poco más o de romper con la dieta los fines de semana como consecuencia de que se le antoja un molote.

Por otra parte, el paciente ha hecho un esfuerzo importante en la **implementación de realizar actividad física**, situación que no formaba parte de sus hábitos cotidianos. En su momento salía a caminar fuera de su casa (laguna de San Baltazar), pero a partir de que ha perdido la capacidad visual sólo realiza actividad física en casa. Considera que en su caso es indispensable tener mucho **ánimo** para realizar el mismo y que **¡la flojera!** es un gran obstáculo para realizarlo.

Finalmente la esfera emocional se hace presente en el paciente a partir de su reflexión respecto a la **modificación en el estilo de vida** a causa de la enfermedad. Considera que a partir de la presencia de la misma **ya no es libre de comer lo que más le gusta**, que **es**

una esclavitud a causa de tener que tomar medicamentos e inyectarse insulina todos los días, además de **verse limitado** en realizar diferentes cosas que le gustan como consecuencia de la pérdida visual (al él le gusta leer y escribir; realizar trabajos de carpintería; entre otros).

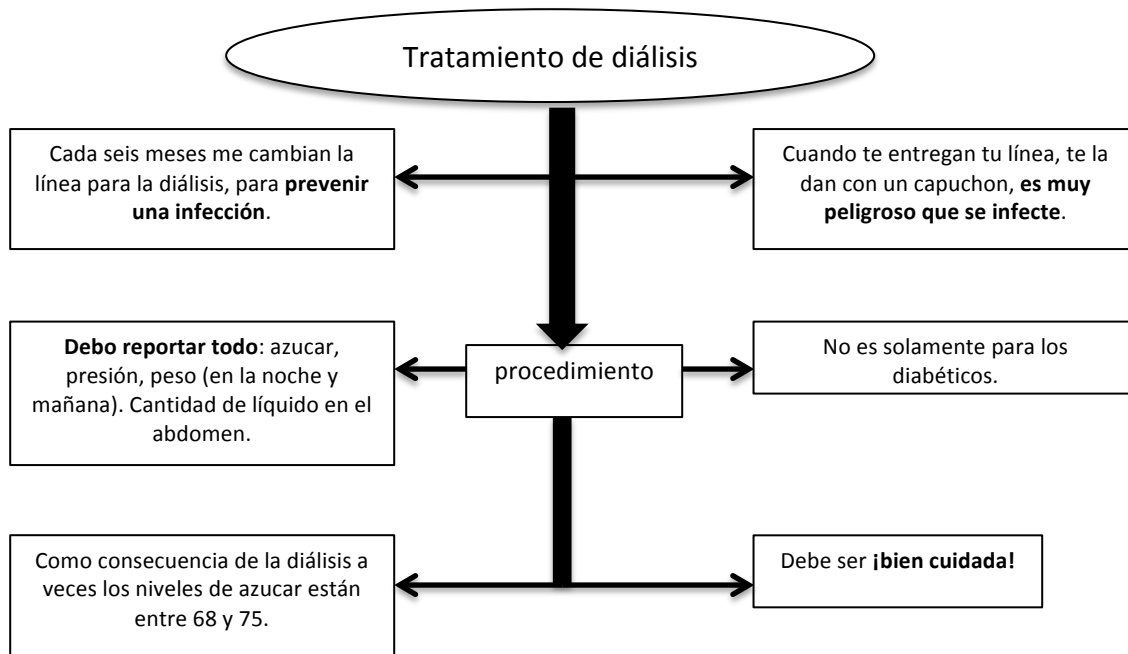
Emocionalmente se siente a gusto como consecuencia de tener apoyo familiar, el cual se ha manifestado por la atención a los cuidados que requiere y por adaptarse a las necesidades que demanda el tratamiento. Esto último ha repercutido en las actividades de la **familia**, la cual ha dejado de hacer algunas cosas (por ejemplo salir de viaje, ir a fiestas, etc.). También se han visto afectados la vida sexual, laboral, y social del paciente por los limitantes que le ha ocasionado la enfermedad. Toma relevancia en su discurso el **apoyo que recibe por parte del ISSSTEP**, el cual le da la atención a su padecimiento, y considera que las personas que no cuentan con este apoyo **están perdidas** pues es una enfermedad que requiere de muchos recursos de asistencia médica.

Por último se hace presente una evaluación de su **historia de vida**, siendo ésta un referente importante en la valoración de su condición de enfermedad. El recuerdo de su padre le permite hacer una valoración positiva de lo que aprendió de él. Aprendió a soñar, desear, aspirar y superarse en la vida, en sus palabras, “logro romper las cadenas de la tradición familiar” para superarse a través del estudio, siendo el único de sus hermanos que logro obtener estudios de licenciatura en historia. La vida que tuvo como obrero le hizo darse cuenta de que no iba a poder mantener a su familia, además de que no iba a ser un buen ejemplo para sus hijos. Por ello, a partir del logro de estudios

universitarios pudo ser un ejemplo para ellos, quienes en su mayoría han logrado obtener estudios de posgrado.

Ante la inminente **condición de morir** como consecuencia de la evolución de su enfermedad la emocionalidad se hace presente pues a él le gustaría vivir el tiempo suficiente para ver crecer a su nietos.

**Núcleo figurativo: categoría: características del régimen terapéutico y la enfermedad –
dimensión: información o concepto**



Interpretación del núcleo figurativo

**Categoría: características del régimen terapéutico y la enfermedad – dimensión:
información o concepto**

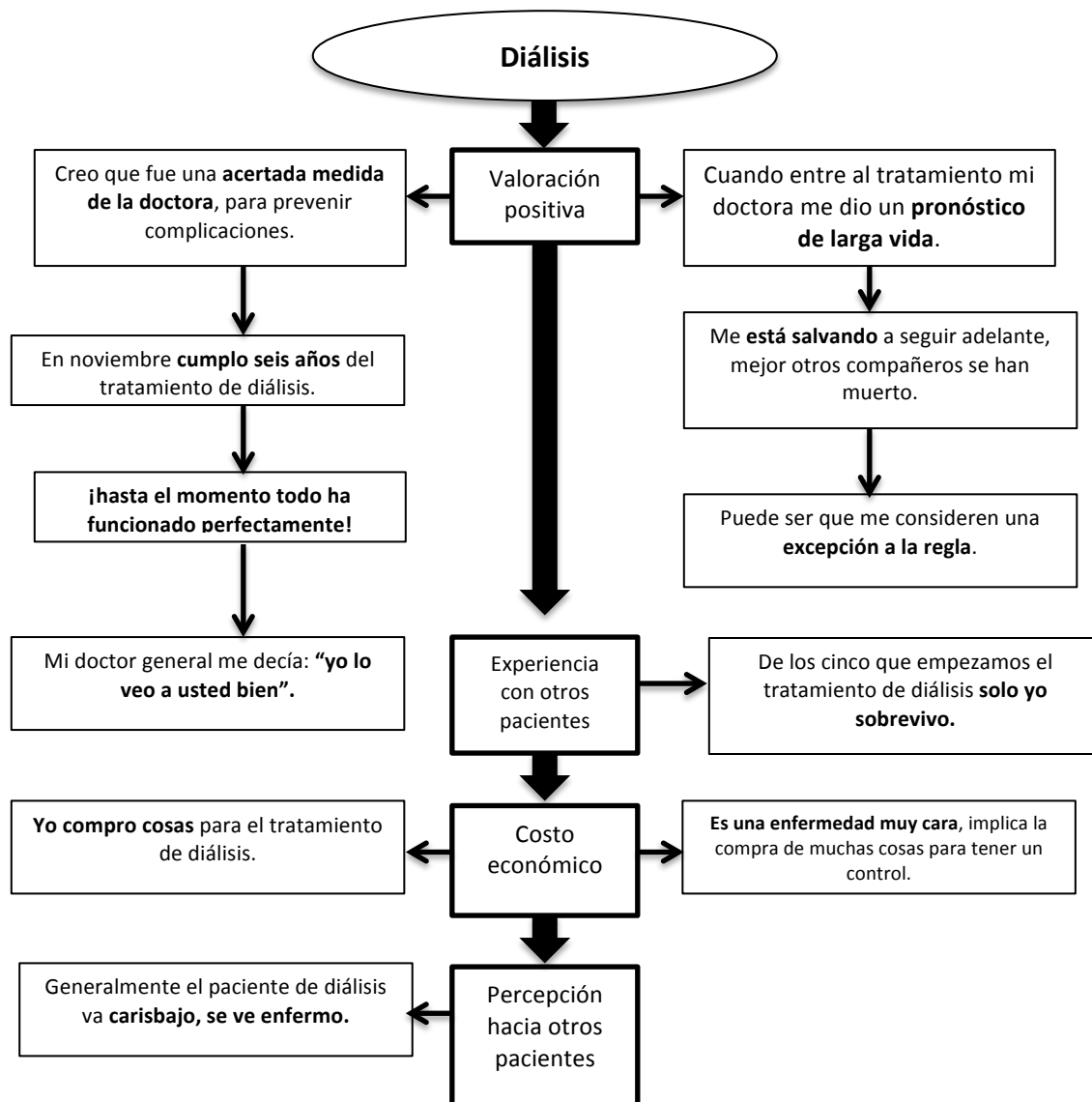
Los elementos que organizan este núcleo figurativo se centran en el **tratamiento de diálisis** que desde hace casi seis años fue incorporado al tratamiento del paciente. Tiene bien presente los riesgos que implica una infección en la línea que le incorporan (capuchón), para conectarse a la máquina de diálisis. En su caso se le ha caído en tres ocasiones, poniendo en riesgo que se infecte. **Para prevenir una infección** en el hospital le cambian la línea cada seis meses.

El tratamiento de diálisis demanda en el paciente un esfuerzo de considerable importancia para el reporte del mismo. El paciente reporta varios datos que son

importantes para el doctor a cargo de este tratamiento. Entre los datos que reporta están los siguientes: en un cuaderno reporta la cantidad de líquido que tuvo su abdomen durante el procedimiento, así como el tiempo que éste permaneció dentro; cantidad de azúcar, presión y peso (el peso del paciente en la noche y en la mañana). Además, sabe que como consecuencia de este tratamiento en ocasiones sus niveles de azúcar pueden variar de 68 a 75, lo cual le permite tomar algunas medidas para equilibrar el nivel de azúcar, entre ellas, comer una gelatina entera o permitirse comer un poco más de lo acostumbrado.

Es importante destacar que el paciente cuenta con el apoyo de su pareja para llevar a cabo este procedimiento todos los días, además de que tiene las condiciones de higiene necesarias para el mismo (habitación amplia y limpia).

**Núcleo figurativo: categoría: características del régimen terapéutico y la enfermedad –
dimensión: campo de representación y actitud**



Interpretación del núcleo figurativo

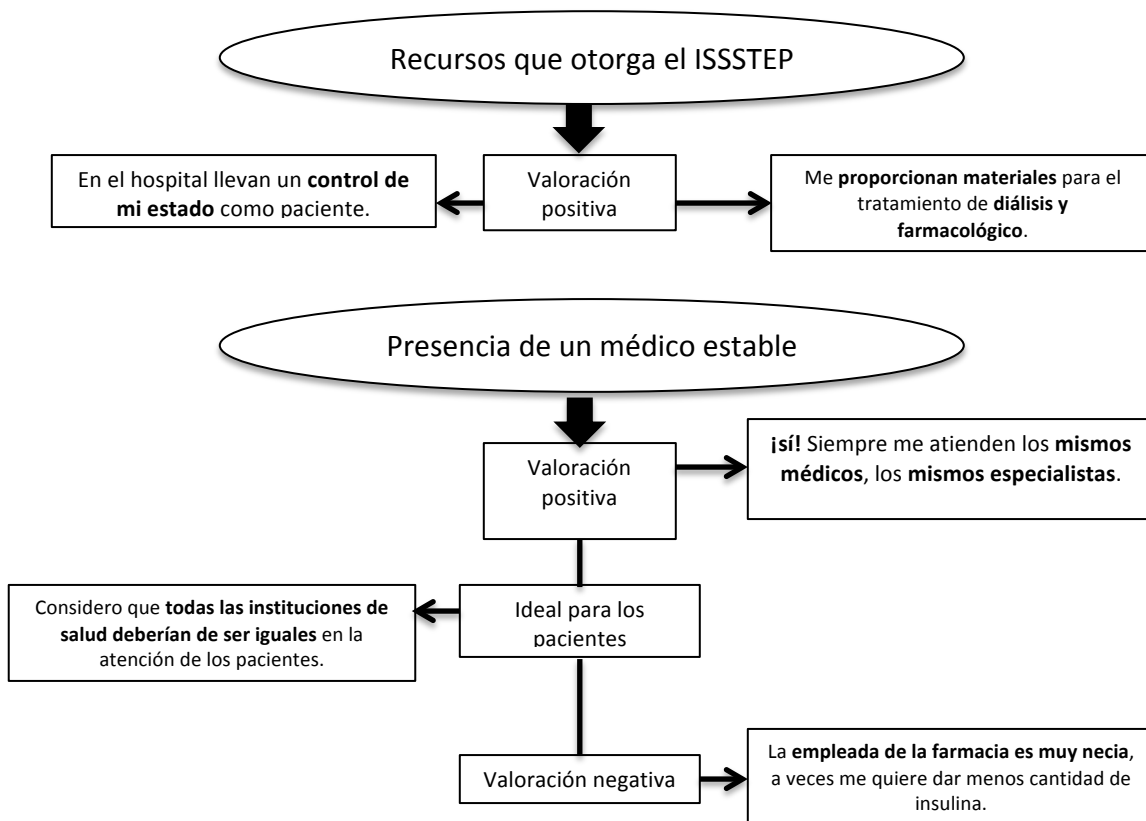
Categoría: características del régimen terapéutico y la enfermedad – dimensión: campo de representación y actitud

De la misma forma que en el núcleo figurativo anterior los elementos están organizados en el **tratamiento de diálisis**. Este último toma una relevancia muy significativa en el

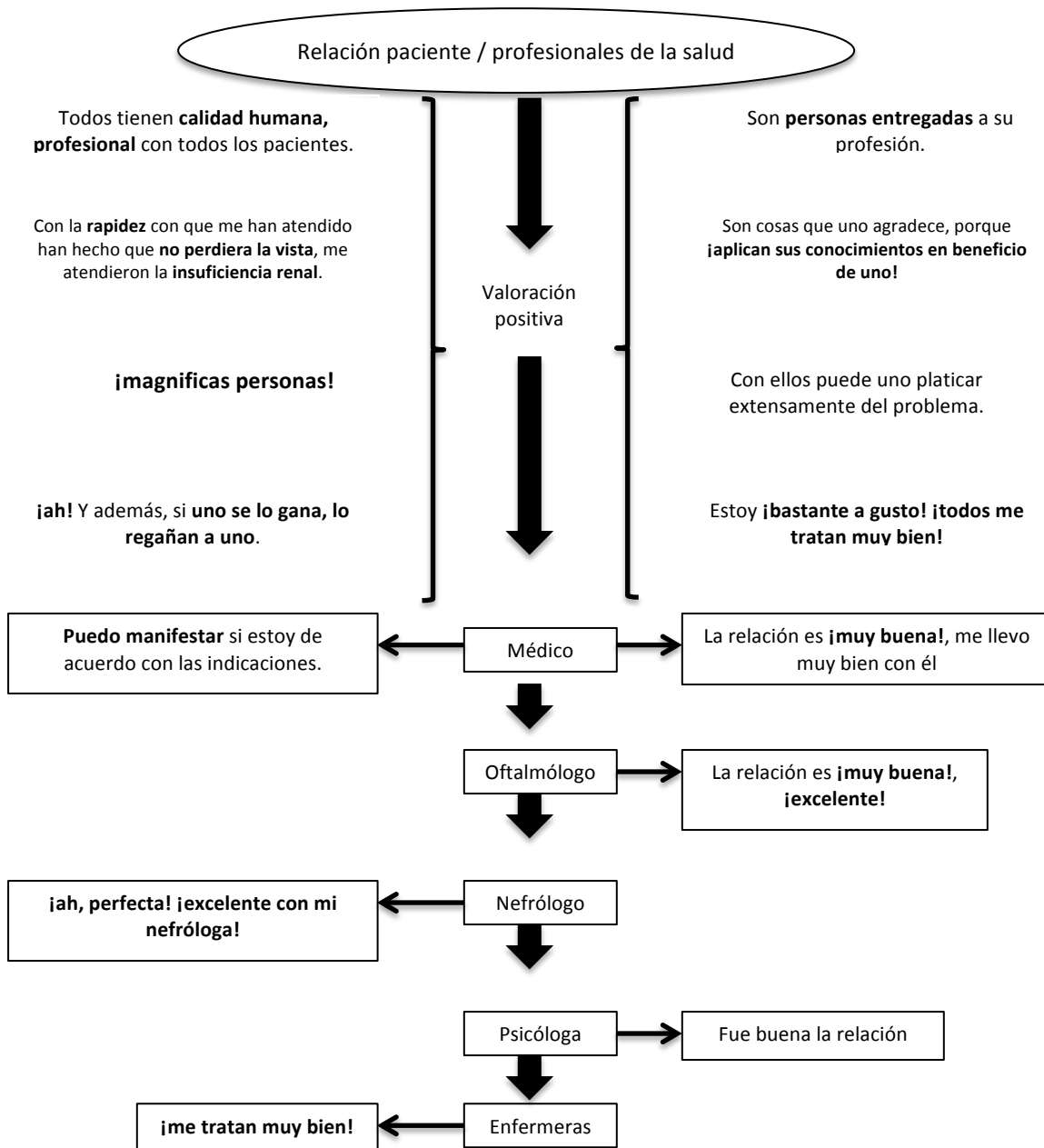
campo de representación en el paciente. Son varios los indicadores que dejan ver una valoración positiva hacia el tratamiento, a saber: desde que la doctora del paciente le sugirió incorporarse al tratamiento de diálisis el paciente no mostró rechazo, su doctora le informó que tenía un pronóstico de larga vida, situación que en la actualidad (después de casi seis años) es valorada positivamente por el paciente, pues considera que le ha permitido evitar complicaciones a causa de que sus riñones ya no funcionan al cien por ciento. Esta medida **le ha permitido seguir con vida** y considera que **todo ha funcionado perfectamente**. De acuerdo a su experiencia con pacientes y médicos percibe que lo consideran una excepción a la regla pues ya son varios años de dializarse (en noviembre del 2014 cumple 6 años).

La incorporación del paciente al tratamiento de diálisis le ha permitido tener varias experiencias, algunas muy impactantes pues recuerda el momento en el que se incorporó al grupo de personas que iban a iniciar el tratamiento de diálisis. Recuerda con emotividad a sus compañeros, los cuales **ya han fallecido** (él es el único sobreviviente de ese grupo), pero resalta la experiencia de haber conocido a una joven de veintitrés años que se incorporó a dicho tratamiento por padecer la enfermedad “Lupus”, quien falleció al poco tiempo de iniciar la diálisis. Ha percibido que los pacientes que se dializan y que asisten a consulta presentan un semblante de enfermedad, en sus palabras **“generalmente el paciente de diálisis va caris bajo, se ve enfermo”**.

Núcleo figurativo: categoría: Características de la organización y atención de los servicios de salud – dimensión: campo de representación y actitud



Núcleo figurativo: categoría: Características de la organización y atención de los servicios de salud – dimensión: campo de representación y actitud (continuación)



Interpretación del núcleo figurativo

Categoría: características de la organización y atención de los servicios de salud –

dimensión: campo de representación y actitud

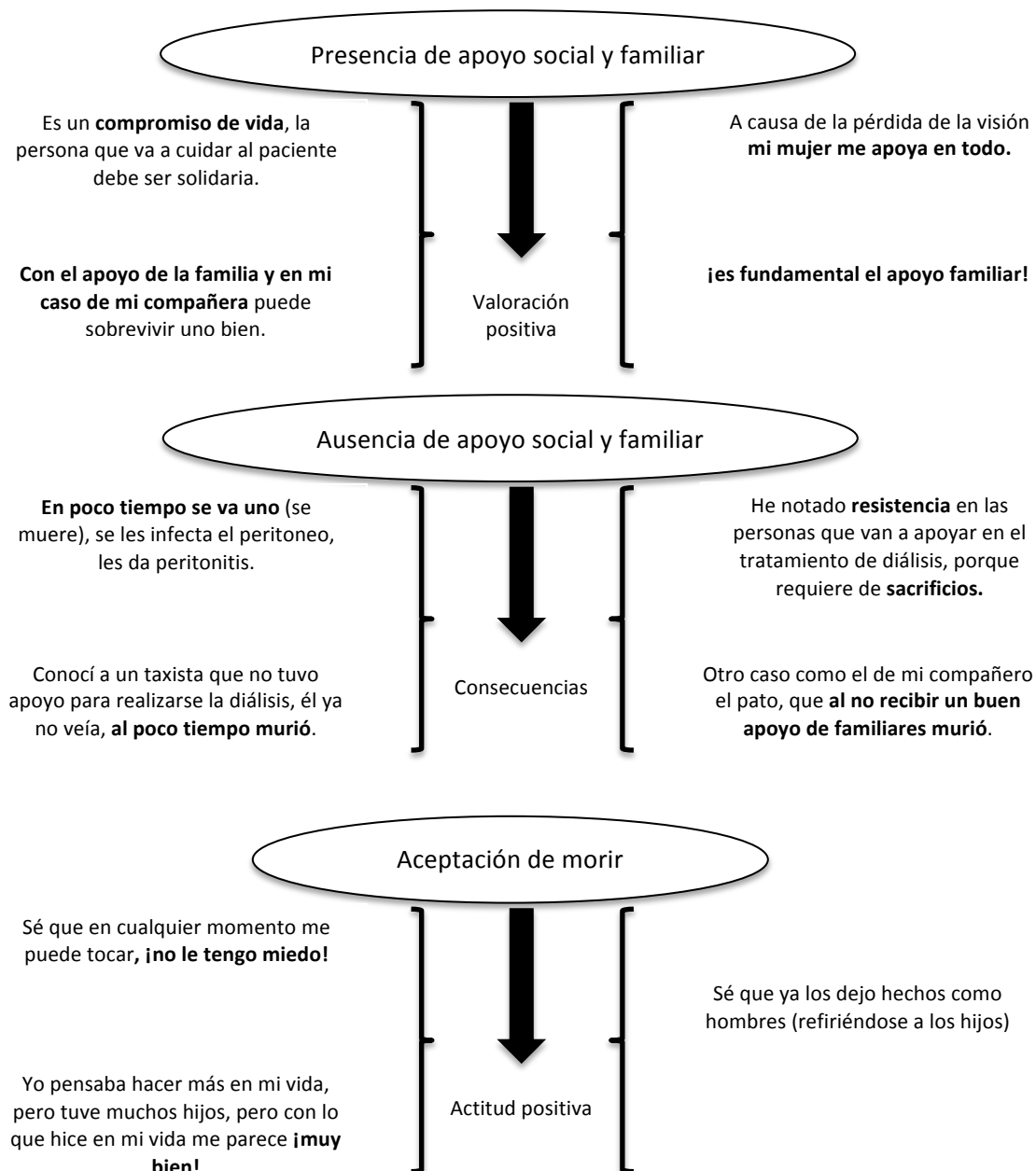
Nuevamente se observa la constante como en los anteriores núcleos figurativos. Es decir, una valoración positiva por parte del paciente hacia diferentes subcategorías que dan sentido a su representación. La institución de salud (ISSSTEP), en la cual es atendido el paciente le brinda un control de su enfermedad, además de proveer los medicamentos y materiales para el tratamiento de diálisis. La presencia estable de los diferentes especialistas le permiten mantener una comunicación firme y de confianza. Cada uno de ellos ha respondido a las expectativas del paciente, se siente muy a gusto con el trato y comunicación que se ha establecido entre ellos y él. Esto último se materializa en su discurso a través de frases como las siguientes: **“todos tienen calidad humana, profesional con todos los pacientes”, “son personas entregadas a su profesión”, “¡aplican sus conocimientos en beneficio de uno!”, “¡magnificas personas!”, “¡bastante a gusto!, ¡todos me tratan muy bien!”**. Pero muy especialmente con su oftalmólogo y nefróloga para quienes expresó **“¡muy buena, excelente!” y “¡ah, perfecta!” “¡excelente con mi nefróloga!”**, respectivamente. Son elementos que tienen un peso muy valorado y hacen que la representación se muestre a través de una imagen con una carga de evaluación positiva por parte del paciente. Empero, también existe la posibilidad de que los especialistas regañen al paciente si éste no cumple con las recomendaciones y tratamiento. Sobre todo con lo relativo al procedimiento de diálisis (insuficiencia renal),

situación que es valorada positivamente, pues finalmente sería para beneficio del propio paciente.

Por otra parte, considera que todas las instituciones de salud deberían brindar la misma calidad de atención.

Sólo existe presencia de un indicador con carga negativa, siendo la calidad de atención de una empleada de farmacia, quien en ocasiones no quiere proveer la cantidad de insulina necesaria para el tratamiento, argumentando que es mucho medicamento el que se lleva el paciente.

Núcleo figurativo: categoría: factores psicosociales – dimensión: campo de representación y actitud



Interpretación del núcleo figurativo

Categoría: factores psicosociales – dimensión: campo de representación y actitud

La organización del presente núcleo figurativa se da a partir de tres subcategorías, siendo, la ***presencia y ausencia del apoyo social y familiar, y la aceptación de morir.***

La presencia de apoyo social y familiar que ha tenido el paciente para enfrentar las demandas del régimen terapéutico, así como, de las complicaciones propias de la evolución de la enfermedad, nos permiten afirmar que han determinado en buena medida la experiencia del paciente en relación a su padecimiento. Es decir, han incidido en una notable capacidad de adherirse al tratamiento, así como, de enfrentarla con una madurez positiva. De acuerdo con el paciente el apoyo familiar es un **compromiso de vida**, una muestra de **solidaridad** para enfrentar en comunión (paciente y familiar) las demandas del régimen terapéutico, además de las complicaciones de la enfermedad.

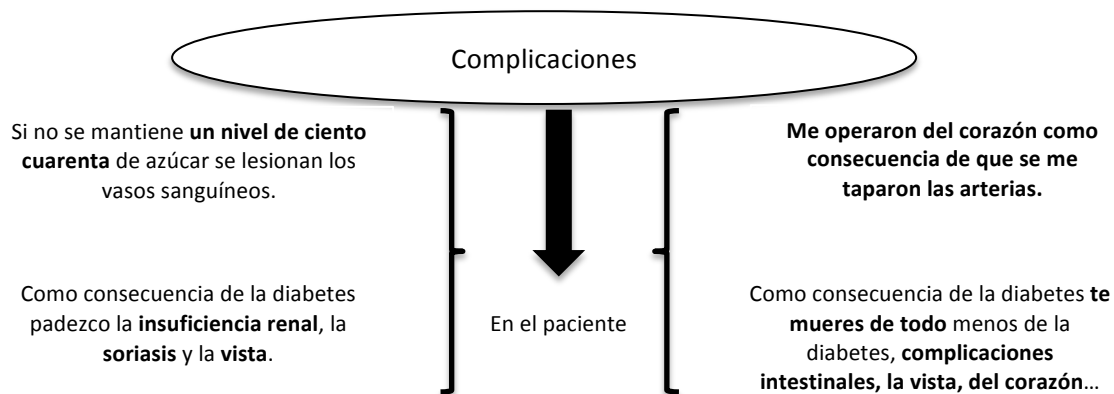
El apoyo de su pareja le ha permitido contrarrestar las limitantes de su condición visual, siendo un apoyo para el registro de indicadores como es el nivel de azúcar, presión, peso; además de acompañarlo al hospital, de entrar con él a las consultas, de auxiliarlo en la recepción de medicamentos en la farmacia y de preparar el procedimiento para la diálisis, el cual debe cumplir con normas estrictas de higiene. Lo anterior le permite considerar que ha sobrevivido en **buenas condiciones**. Por el contrario considera que la ausencia de apoyo por parte de la familia tiene repercusiones bastante negativas en el paciente diabético. De acuerdo con la experiencia de conocidos y pacientes del hospital con el mismo padecimiento, y que también se encontraron bajo tratamiento de diálisis, al no contar con el apoyo familiar encontraron la muerte de forma prematura. Lo anterior

queda objetivado en dos personas que conoció (un taxista y un compañero de trabajo) que al no recibir un apoyo adecuado para llevar a cabo el tratamiento de diálisis murieron.

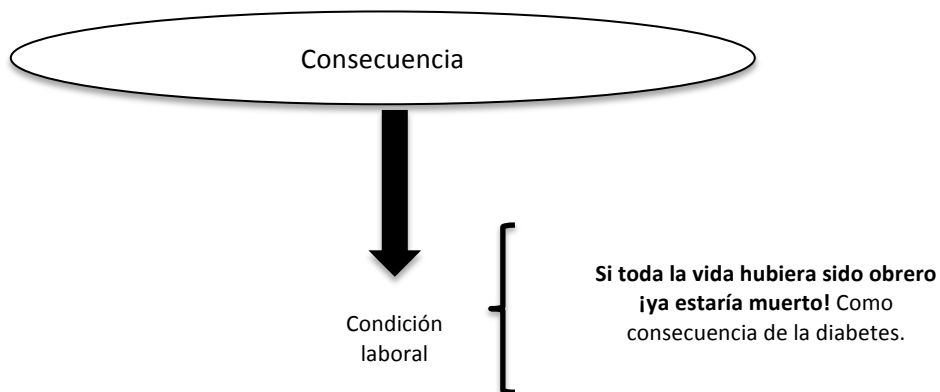
Además, ha percibido resistencia de familiares de pacientes que acuden a consulta para capacitarse en el procedimiento de diálisis, repercutiendo negativamente en el estado de ánimo de los pacientes.

Finalmente la idea de morir se hace presente a través de una resignación positiva. Sabe que en cualquier momento puede fallecer como consecuencia de alguna complicación, sin embargo, se siente conforme con lo que ha vivido y logrado, siendo sus hijos un referente importante para ello.

**Núcleo figurativo: categoría: consecuencias de la enfermedad en el paciente –
dimensión: información o concepto**



Campo de representación y actitud



Interpretación del núcleo figurativo

Categoría: consecuencias de la enfermedad en el paciente – dimensión: información o concepto y campo de representación y actitud

Este último núcleo figurativo nos permite conocer las **complicaciones** que ha tenido el paciente a causa de la enfermedad. En junio del año dos mil el paciente fue sometido a cirugía de corazón abierto como consecuencia de obstrucción en arterias coronarias; en noviembre del año 2008 fue incorporado al tratamiento de diálisis como consecuencia de insuficiencia renal; ha perdido la calidad de la visión y padece de soriasis (problema

dermatológico). Considera que la diabetes provoca diferentes complicaciones que pueden ocasionar la muerte.

Finalmente como elemento de representación se presenta la condición laboral. Considera que si se hubiera dedicado a trabajar como obrero, a estas alturas ya estaría muerto como consecuencia de la enfermedad, es decir, que la condición laboral y ahora de jubilado le han permitido enfrentar de la mejor manera su padecimiento.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación nos permiten afirmar que existen elementos simbólicos, afectivos, cognitivos y sociales que forman el contenido de la representación social de la diabetes en el paciente diabético. Dicha representación social está vinculada a la condición social del paciente, así como a su experiencia previa y afectiva. Se constata que su condición de adherencia está determinada por el significado que él le da a la vida y a la enfermedad (diabetes). Además, existe la presencia de elementos que organizan lo esencial del campo de representación, dando lugar a la puesta en marcha de acciones que han favorecido el control de la diabetes, así como el enfrentamiento de las complicaciones que se han presentado como consecuencia de la evolución de la misma.

Es importante destacar que existe una constante en los elementos que organizan el contenido de la representación social, siendo una actitud positiva del paciente hacia la enfermedad. Las categorías que nos permitieron llevar a cabo el análisis del contenido de la representación permiten comprender que el fenómeno de la adherencia terapéutica es complejo y que debe ser abordado a través de todos los elementos que lo integran en su especificidad como fenómeno social. Es decir, la diabetes entendida como un fenómeno social está incorporada en la dinámica del mismo y es atravesada por diferentes niveles de la realidad, siendo: el individual (características psicológicas y sociales en el individuo); grupal (características psicológicas y sociales de las personas que forman parte del grupo de apoyo del paciente); institucional (características de la organización de los servicios de

salud); profesional (calidad en la atención de los profesionales de sistema de salud), entre otros.

La implicación activa y voluntaria del paciente cuyo fin ha sido producir resultados deseables en su tratamiento está ligada a sus deseos de vivir y de reducir las complicaciones de la enfermedad. Su condición económica, social, profesional y laboral (jubilado), nos permiten afirmar que han sido determinantes en el afrontamiento de la misma.

La condición de adherencia terapéutica en el paciente es consecuencia de la incidencia de varios factores, entre ellos: 1) aceptación de la enfermedad: fue fundamental para el inicio de acciones destinadas a su control; 2) mantenimiento del tratamiento: disposición permanente del paciente y familiares para el cumplimiento de las indicaciones médicas; 3) asistencia regular a consultas: compromiso para no faltar a las mismas; 4) cambios en la dieta y hábitos de ejercicio: adaptación del paciente y familiares al nuevo régimen de alimentación, voluntad para iniciar actividades físicas; 5) capacidad del paciente y familiares para comprender las indicaciones del tratamiento médico, además del procedimiento de diálisis: el paciente mostró mucha capacidad de comprensión respecto a su tratamiento farmacológico y procedimiento de diálisis; 6) calidad en la atención del servicio de salud: la institución de salud en la que es atendido el paciente (ISSSTEP) otorga los insumos necesarios para la intervención, incluido el tratamiento de diálisis; 7) calidad en la relación paciente – profesionales de la salud: el paciente se siente a gusto con la atención que ha recibido de los diferentes especialistas, la considera excelente; 8) presencia de apoyo social y familiar: ha sido determinante para el afrontamiento de la

enfermedad, así como del estado de ánimo del paciente y 9) consecuencias: con más de treinta años de haber sido diagnosticado el paciente se siente a gusto y sabe que ha logrado enfrentar las adversidades de las complicaciones de la mejor manera. La idea de morir se hace presente, sin afectar la evaluación que él hace de su vida.

Como se ha podido constatar, en la representación social de la diabetes, el paciente introduce su sentido subjetivo, el cual está configurado por su historia de vida. La experiencia con la enfermedad le ha permitido hacer una valoración positiva de las personas que sin padecerla lo han acompañado en el proceso de afrontamiento, condición *sine qua non* para mantener una calidad de vida.

Esta investigación nos ha permitido tener una imagen social, cuyo sentido se ubica en el tema de la adherencia al tratamiento en un paciente diabético. Los procesos psicosociales presentes en el discurso del paciente nos invita a seguir trabajando el problema de la adherencia terapéutica desde la visión psicosocial para ubicar al tema de estudio desde una epistemología de complejidad, la cual abra espacios de inteligibilidad.

DISCUSIÓN

Consideramos que todo cambio epistemológico requiere de un cambio ontológico. Toda investigación debe tener un compromiso social, es decir, la producción del conocimiento social debe permitir visualizar los procesos implicados en los diferentes problemas de estudio. Coincidimos con Ovejero (2008), en sostener que toda disciplina que no cuestiona al sistema se pone al servicio de ella. Del mismo modo compartimos con Martín Baró (1989) los principios que edifican su propuesta de una psicología liberadora. A saber:

1. el problema de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos está atravesado por procesos psicosociales que la determinan en su especificidad (entre ellos las representaciones sociales). Por tanto, debe ser comprendida desde una epistemología de complejidad que permita visualizar los procesos implicados que le dan una cualidad en el plano ontológico.

2. con base en lo anterior, se deben abordar los procesos implicados en el origen del problema de la adherencia al tratamiento. Es decir, las políticas estructurales de los gobiernos en México han generado la distribución desigual de la riqueza del país. La dinámica de vida de un porcentaje importante de personas les exige mantener círculos viciosos que van en detrimento a su salud. Situación que en el caso de pacientes crónicos les dificulta tener recursos psicológicos, sociales y económicos para el afrontamiento de la enfermedad.

3. la Psicología Social de la Salud debe desmitificar aquellas propuestas que justifican y explican el problema de la adherencia como consecuencia de factores individuales, que solo se ubican en los sujetos.

4. se debe favorecer principios axiológicos a través de la investigación de problemas sociales que repercuten en la mayoría de la población. En la presente investigación se observa la importancia del apoyo familiar como un determinante en la calidad del afrontamiento. En este sentido nos preguntamos ¿por qué muchos pacientes no cuentan con el apoyo familiar para enfrentar las demandas del régimen terapéutico?. Consideramos que es posible por la pérdida de valores y desintegración familiar.

Podríamos seguir enumerando diferentes problemáticas que a la luz de la presente investigación abren muchas aristas para futuras investigaciones. Los problemas económicos, sociales, políticos y culturales por los que atraviesa nuestro país nos permiten sostener que el problema de la adherencia terapéutica seguirá incrementándose, pues ella sólo es un síntoma de la problemática social. Empero, debemos emprender acciones que desde diferentes niveles de intervención ayuden a reducir las consecuencias negativas que tienen las enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Bermúdez, Javier. (2002). Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial. México, D.F.: Trillas.
2. Cruz, Ángeles. (2006. 30 de junio). Falló el control de la diabetes y ya es una pandemia: científicos. La jornada (ciencias), p. 9a.
3. Festinger L. Katz D. (1993). Los métodos de investigación en las ciencias sociales. México: Paidós.
4. Flament, C. (1986). L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. En W. Doise y A. Palmorani. (Comps). L'étude des représentations sociales. París, Francia: Delachaux et Niestlé, pp. 139-156.
5. González, Rey Fernando. (2004, Septiembre). La subjetividad como definición ontológica del campo psi. Conferencia magistral en el congreso al encuentro de la psicología VII. Congreso latinoamericano de alternativas en psicología III. Acapulco, Guerrero.
6. Hernández, Sampieri R., Fernández, Collado C., Baptista, Lucio p. (2006). Metodología de la investigación. (4ª edición). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
7. Jodelet, Denise. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. Psicología social II. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
8. Jodelet, Denise. (1989). Representaciones sociales: un área en expansión. En Jodelet, D. (Dir) (pp. 25-56). Paris: PUF.
9. Krippendorff Klaus. (1990). Metodología de análisis de contenido. Barcelona, España: Paidós.
10. Martínez, V. N. (sin año). ¿qué es la psicología social de la salud y la enfermedad? (primera parte). Ventana Abierta, revista de la facultad de psicología BUAP. No. 0, 8-11.
11. Morales, C. F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

12. Moscovici, Serge. (1979). Coloquio de Representaciones Sociales. Traducción: Laboratorio de Psicología Social: U.A.M.
13. Moscovici, Serge. (1979). El Psicoanálisis su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina: Huemul.
14. Ovejero, Anastasio. (2008). Conferencia Magistral dictada en el IV congreso internacional de psicología social, BUAP. Puebla, México. Material inédito (grabación en cinta magnética).
15. Padua, Jorge. (1993). Técnicas de aplicación aplicadas a las ciencias sociales. (5ª reimpresión): Fondo de cultura económica.
16. Quiroz, Palacios Abraham. (2004). Actitudes y representaciones. Temas actuales de psicología social. Puebla, México: BUAP.
17. Robles, Cabral Paulina T. (2000). La representación social de la autoridad. Tesis de grado inédita. BUAP.
18. Rodríguez, Marín Jesús. (2001). Psicología social de la salud. Madrid, España: Síntesis, S. A.
19. Rodríguez, Jesús y García, José A. (1996). Psicología social de la salud. En Álvaro, José Luis et al. Psicología social aplicada. España: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
20. Rojas, Soriano Raúl. (2009). Guía para realizar investigaciones sociales. D.F. México: Plaza y Valdés editores.
21. Salvador, Carulla Luis y Melgarejo, Ochoa Matilde. (2002). Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI. Barcelona, España: Asr Medica.
22. Vinacua, Bienvenido Visauta. (1989). Técnicas de investigación social. I. Recogida de datos. Barcelona, España: Promociones Publicitarias Universitarias.

MEDIOS ELECTRÓNICOS EN INTERNET

23. Barquera, Cervera Simón. et al. (2005, noviembre). Diabetes mellitus. Instituto Nacional de Salud Pública. México. [en línea]. Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Cuidados_salud/diabetes-INSPI.pdf [2007, 26 de agosto].

24. Chiquete Erwin, Nuño González y Panderero Arturo. (2001, marzo). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [en línea], vol. III. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14239902>
[2007, 26 de agosto].
25. Ciencia y tecnología. (2003). [en línea]. Disponible en:
<http://www.invdes.com.mx/forma01.cfm?id=216&publicant=Jun%202003-20k> –
[2007, 6 de septiembre].
26. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (2001). [en línea]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2001/e-gm01-4/em-gm014n.htm> [2008, 12 de mayo].
27. Díaz Nieto, Galán cuevas y Fernández Pardo. (1993, marzo-abril). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. Salud pública de México. [en línea], vol. 35, no.2. Disponible en:
<http://www.insp.mx/salud/35/352-6s.html> [2007, 26 de agosto].
28. Durán-Varela, Blanca Rosa, Rivera-Chavira, Blanca y Franco-Gallegos Ernesto. (2001, mayo-junio). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México. [en línea], vol. 43, no. 3. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n3/a09v43n3.pdf>
[2007, 6 de septiembre].
29. Flores-Palacios, Fátima y Leyva-Flores, René. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. Salud pública de México. [en línea], vol. 45. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s5/v45s5a07.pdf>
[2007, 6 de septiembre].
30. INEGI. Mortalidad. (2000-2005). [en línea]. Disponible en:
<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> [2007, 7 de julio].
31. López-Carmona, Juan Manuel, Ariza-Andraca, Cuauhtémoc Raúl,

- Rodríguez-Moctezuma, José Raymundo y Munguía-Miranda, Catarina. (2003, julio-agosto). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México. [en línea], vol. 45, no. 4. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf> [2007, 6 de septiembre].
32. Martín, Alfonso Libertad y Grau, Abalo Jorge A. (2004, enero-junio). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Rev. Psicología y salud. Universidad Veracruzana. [en línea]. Vol. 14, no. 1. Disponible en:
http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_14_1/index.html [2007, 7 de julio].
33. Martín, Alfonso Libertad. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev. Cubana Salud Pública. [en línea]. Vol. 32, no. 3. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm [2008, 2 de diciembre].
34. Martín, Baró Ignacio. (1989). Hacia una psicología de la liberación. Ponencia en el XI Encuentro de Estudiantes De Psicología en la Universidad de Guadalajara, México. [en línea]. Disponible en:
https://www.youtube.com/watch?v=XDlsRfq_DyU
35. OMS. Diabetes. (2007). [en línea]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> [2007, 7 de julio].
36. Pelcastre-Villafuerte, Blanca, Garrido-Latorre, Francisco y Leon-Reyes, Verónica. (2001, septiembre-octubre). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. Salud pública de México. [en línea], vol. 43, no. 5. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n5/6719.pdf> [2007, 6 de septiembre].

Anexo 1

Asunto: carta de consentimiento

RESPONSABLE DEL ESTUDIO SOBRE DIABETES

PRESENTE:

A través de la presente el/la que suscribe (Nombre) _____

(Dirección) _____

(Teléfono de casa y celular) _____

doy mi consentimiento para que la información que proporcionaré al responsable del estudio sobre diabetes que se está realizando en la Maestría de psicología social de la BUAP, sea utilizada sin perjuicio a mi persona y el de mi familia, resguardando en todo momento mi intimidad y dignidad personal.

Con base a lo anterior doy mi consentimiento para que se me entreviste tanto en la clínica como en mi domicilio particular.

H. Puebla de Z., a _____ de _____ de 2014.

Firma

Anexo 2

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas por su médico. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____

Años de diagnosticada la diabetes: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

Del siguiente cuadro marque con una X la opción que mejor exprese su situación:

¿Cómo considera usted su condición de diabetes?			
Nada enfermo ☐	Poco enfermo ☐	Muy enfermo ☐	Totalmente enfermo ☐

¿Tiene o tuvo familiares de primer grado (abuelos, padres, hijos) con diabetes (quiénes)?

¿Tiene otra enfermedad aparte de la diabetes (cuál)?

¿Usted hace uso de otro tipo de tratamiento (medicina alternativa) para su diabetes? Si es así ¿cuál?

De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico:

Indicaciones	
a. Dieta	
b. Realizar actividad física	
c. Administración de insulina	
d. Administración de medicamentos orales	
e. Checar el nivel de glucosa	
f. Acudir con el nutriólogo	
g. Acudir cada año con el oftalmólogo	
h. Acudir cada año con el podólogo	

Por último:

¿Podemos contar con su participación para una segunda etapa del presente estudio?

Sí	☐
No	☐

De antemano agradecemos mucho su participación
Muchas gracias

Anexo 3

GUÍA DE ENTREVISTA									
Bloque A: Datos generales del paciente e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado									
Estimad@ paciente: Estamos realizando una investigación acerca del cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con diabetes, así como de la experiencia que viven los mismos con esta enfermedad, por tal motivo solicitamos su colaboración para responder con la mayor sinceridad la presente entrevista. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, mismos que son de gran valor para el presente estudio, pues con ellos se obtendrá información cualitativa que servirá para tomar futuras decisiones en beneficio de los pacientes con esta enfermedad. Muchas gracias. A) 1. Nombre: _____ 2. Edad: _____ 3. Sexo: _____ 4. Teléfono: _____ 5. Cel.: _____ 6. Dirección: _____ 7. Nivel de escolaridad: _____ 8. Ocupación: _____ 9. Años de diagnosticada la enfermedad diabetes: _____ 10. ¿Tiene o tuvo parientes con la enfermedad (quiénes)? _____ 11. ¿Tiene otra enfermedad aparte de la diabetes (cuál)? _____ 12. ¿Usted hace uso de otro tipo de tratamiento? Si es así ¿cuál? _____ 13. De las indicaciones que escuchará a continuación, diga cuál o cuáles le ha indicado su médico: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">a. Dieta:</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b. Realizar actividad física:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">c. Administración de insulina:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">d. Administración de medicamentos orales</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		a. Dieta:		b. Realizar actividad física:		c. Administración de insulina:		d. Administración de medicamentos orales	
a. Dieta:									
b. Realizar actividad física:									
c. Administración de insulina:									
d. Administración de medicamentos orales									
Bloque B:									
B) a. Concepto: 14. ¿Usted cómo definiría a la diabetes? _____ _____ 15. ¿Qué manifestaciones considera usted presenta una persona con diabetes? _____ _____ 16. ¿Qué complicaciones de salud considera usted puede presentar una persona diabética? _____ _____									

b. Campo de representación:

17. Mencione las tres primeras palabras que le vienen a la mente cuando escucha la palabra “diabetes”:

18. ¿Usted a qué cree que se deba que algunas personas padezcan esta enfermedad?

19. A continuación usted escuchará algunas áreas de la vida, por favor, diga cuál o cuáles han resultado afectadas en su caso a causa de la diabetes:

Familiar	Sexual	Emocional	Laboral	Social	Económica	Otras (mencionar)

20. ¿Por qué sí? O ¿por qué no?

21. ¿Usted considera que la enfermedad diabetes se puede curar?	Sí	No
---	----	----

22. ¿Por qué?

c. Actitud:

23. ¿Usted está de acuerdo en tener la diabetes?	Sí	No
--	----	----

24. ¿Por qué?

A continuación usted escuchará diferentes especialistas de la clínica. Le voy a pedir que me indique cómo ha sido la comunicación con cada uno de ellos, siendo las opciones: muy mala, mala, regular, buena y muy buena.

Especialista	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
25. La comunicación que ha tenido con el/la médico es...					
26. La comunicación que ha tenido con el/la nutriólogo/a es...					
27. La comunicación que ha tenido con el/la podólogo/a es...					
28. La comunicación que ha tenido con el/la oftalmólogo/a es...					
29. La comunicación que ha tenido con el/la nefrólogo/a es...					
30. La comunicación que ha tenido con el/la psicólogo/a					

es...

31. de las siguientes opciones mencione cuál expresa mejor la experiencia que usted ha tenido con la diabetes:

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena

32. ¿Por qué?

Bloque C: situaciones, eventos o acontecimientos que permiten/no permiten realizar las indicaciones

D. A continuación usted escuchará un conjunto de afirmaciones sobre el régimen terapéutico. Por favor, mencione tres (o más) situaciones, eventos o acontecimientos que según su experiencia le permiten realizar las mismas, así como las que no se lo permiten:

Afirmaciones del régimen terapéutico	Situaciones, eventos o acontecimientos que no me lo permiten	Situaciones, eventos o acontecimientos que si me lo permiten
33. Tomar los medicamentos en el horario establecido	a. b. c.	a. b. c.
34. Tomar todas las dosis indicadas	a. b. c.	a. b. c.
35. Cumplir las indicaciones relacionadas con la dieta	a. b. c.	a. b. c.
36. Asistir a las consultas de seguimiento programadas	a. b. c.	a. b. c.
37. Realizar los ejercicios físicos indicados	a. b. c.	a. b. c.
38. Acomodar los horarios de medicación, a las actividades de mi vida diaria	a. b. c.	a. b. c.
39. Decidir con mi médico el tratamiento a seguir	a. b. c.	a. b. c.
40. Cumplir el tratamiento sin supervisión de mi familia o amigos	a. b. c.	a. b. c.
41. Llevar a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	a. b. c.	a. b. c.
42. Utilizar recordatorios que faciliten la realización del	a. b.	a. b.

tratamiento	c.	c.
43. Analizar con mi médico cómo cumplir el tratamiento	a. b. c.	a. b. c.
44. Tener la posibilidad de manifestar mi aceptación del tratamiento que ha prescrito mi médico	a. b. c.	a. b. c.

Por último:

45. ¿Podemos contar con su participación en caso de que el presente estudio lo requiera?

Sí	
No	

De antemano agradecemos mucho su participación

Muchas gracias