

Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos

Patient Beliefs on Their Disease, Eating Habits, Physical Activity, and Treatment in a Group of Mexican Subjects with Diabetes

López-Amador KH,* Ocampo-Barrio P.**

*Especialista en Medicina Familiar. **Especialista en Medicina Familiar. Jefatura de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94, Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Recibido: 12-01-06

Aceptado: 21-04-06

Correpondencia: Dra. Karina H. López Amador. E-mail: drakarinalopezamador@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Identificar las creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). **Diseño:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo. **Material y Métodos:** Entre los meses de Septiembre a Noviembre de 2004, mediante muestreo por conveniencia se aplicó una entrevista no estructurada a personas diabéticas por medio de grupos focales. Los datos fueron sometidos a análisis cualitativo y descriptivo. **Resultados:** Se entrevistó a 60 personas, con edad promedio de 60 ± 11 años, 36 (60%) sexo femenino y 24 (40%) sexo masculino. Consideran a la DM2 como “una enfermedad que les causa una gran carga emocional y los dirige a un destino inevitable de complicaciones fatales”, reconocen como el principal factor etiológico al “susto o coraje”, predominia la idea de una “dieta de castigo”, consideran los beneficios del ejercicio, sin embargo no lo realizan. Automodifican el tratamiento médico y lo complementan con herbolaria. Atribuyen a la insulina como causa de la ceguera en los diabéticos. Son conscientes de que su descontrol glicémico se debe a trasgresión en el plan alimentario no obstante persisten en las trasgresiones. Se detectó poco interés por el autocuidado. **Conclusiones:** Es necesario tener la “evidencia” de los actos y rutinas de los pacientes para poder corregir conductas que llevan a resultados desfavorables.

Palabras clave: Autocuidado, Diabetes Mellitus, Atención Primaria.

ABSTRACT

Objective: Our aim was to identify the beliefs patients associated with their disease, eating habits, physical activity, and treatment in persons with type 2 diabetes mellitus (DM2). **Design:** We conducted a qualitative, exploratory, and descriptive study. **Materials and Methods:** Between the months of September and November 2004, we applied our non-structured interview to patients with DM2 by focus group and submitted the data to qualitative and descriptive analysis. **Results:** We interviewed 60 persons with an average age of 60 ± 11 years, including 36 (60%) females and 24 (40%) males. DM2 is considered “... a disease that causes a great emotional burden and one that leads to an inevitable destiny of fatal complications.” The main etiological factor is recognized as “fright or courage”, the idea predominates of a “punishment diet”, and the benefits of exercise are considered; nonetheless, these are not carried out. Patients self-modify their medical treatment and complement this with herbal medicine. To insulin is attributed the cause of blindness in persons with diabetes. These individuals are aware that their lack of glycemic control is due to transgressions in their eating plans, but nonetheless persist in these transgressions. Little patient interest was detected in self-care. **Conclusions:** It is necessary to have “evidence” of patient actions and routines in order to correct patient behaviors that lead to unfavorable results.

Key words: Self care, Diabetes mellitus, Primary care.

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo2 (DM2) y sus complicaciones ocupan el segundo lugar entre los principales motivos de demanda de consulta en Medicina Familiar y el primero en la consulta de especialidades. Es una de las causas más frecuentes de ingresos y egresos hospitalarios, además de generar un importante deterioro sobre la calidad de vida e ingreso económico individual y familiar, que se ve reflejado en el incremento de días de incapacidad temporal y pensión por invalidez generados por esta causa¹.

La dieta, la actividad física y el manejo farmacológico, son pilares en el tratamiento de la DM2²; los dos primeros entrañan una mayor dificultad y complejidad para su abordaje, al involucrar aspectos culturales y afectivos individuales y sociales, los cuales determinan la adopción de estilos de vida nocivos para la salud³. Esta situación ha originado que las Instituciones de Salud, reconozcan la importancia de estos factores sobre la salud y la enfermedad. Así se explica porque en las últimas décadas, la educación para la salud forme parte fundamental de las estrategias de control y prevención de la DM2. Se espera que a través del proceso educativo, los individuos reflexionen sobre los estilos de vida que han influido sobre su salud, reconozcan de manera temprana los signos y síntomas de la enfermedad así como la aparición de complicaciones⁴.

No obstante que las Instituciones de Salud reportan una alta productividad en educación para la salud sobre la DM2, esta continúa siendo un problema de salud pública importante². Persiste un gran desconocimiento de la población sobre la evolución y complicaciones de la DM2, es evidente que predominan los significados culturales, tal como lo reflejan los múltiples mitos y creencias (en su mayoría erróneos) acerca de la misma. Resulta lógico señalar que para lograr un verdadero control de la DM es necesaria una intervención multidisciplinaria que permita abordar los diversos factores de riesgo. Por desconocer la verdadera naturaleza de su enfermedad las personas diabéticas sufren innecesariamente las complicaciones de su enfermedad, lo que los lleva a tener una mala calidad de vida o una muerte prematura^{4,5}. Hay evidencias que señalan a las prácticas alimenticias como fuertemente influenciadas por creencias y mitos y con un gran arraigo social⁶.

Desafortunadamente la charlatanería ha influido en el manejo de la DM2, no es raro leer en los periódicos ciertos anuncios que aseguran tener la curación para la diabetes. La única manera de evitar estos abusos es reconociendo el impacto que estas creencias y mitos tienen sobre la salud y recuperar estos aspectos vivenciales dentro de los eventos educativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que un proceso de educación para la salud es efectivo, cuando identifica en primer lugar las creencias, mitos y barreras presentes en la población a educar y con base en esta información se establecen los contenidos temáticos⁷.

Según Elliot P. Joslin: “El diabético que más sabe, es el que más vive”, por su parte la OMS puntualiza: “La educación es una piedra angular en el tratamiento del diabético y vital para la integración del diabético a la sociedad”. Por ello, es de suma importancia evaluar los métodos de enseñanza que se imparten a las personas diabéticas, e investigar que tan interesado está el paciente en su enfermedad y elaborar un perfil de su esfera psicosocial, pues se sabe que sobre el control del paciente diabético intervienen algunas variables de ésta esfera, que se correlacionan con las fluctuaciones de la glicemia^{8,9}.

Por las características de la práctica de la medicina familiar, consideramos que este es el sitio ideal para planear y ejecutar programas educativos, con enfoque preventivo primario y secundario que permitan la detección oportuna, el tratamiento temprano y la rehabilitación pertinente¹⁰. Sin embargo para que los programas educativos sean eficientes deben diseñarse a partir de las creencias, costumbres y mitos que predomi-

nan en la población portadora de diabetes, motivo por el cual consideramos importante realizar esta investigación.

Material y Métodos

De Septiembre a Noviembre del 2004 se realizó un estudio del tipo exploratorio y descriptivo, que consistió en realizar una entrevista dirigida a grupos focales de personas diabéticas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad de México; que voluntariamente aceptaron participar, previo consentimiento informado.

Se reunió a un total de 60 personas. Los criterios de inclusión fueron tener el diagnóstico de DM2, sin importar el tiempo de evolución, sexo, edad o tipo de tratamiento. No se incluyeron personas con alguna discapacidad física o mental que les impidiera escuchar o proporcionar información; pacientes que acudieran a algún grupo de autoayuda o al denominado “club del diabético”.

La entrevista fue del tipo no estructurada, abarcó temas sobre la enfermedad como tal, la alimentación, ejercicio, tratamiento y uso de alternativas terapéuticas como la herbolaria, con la finalidad de saber cuáles son las creencias y perspectivas de las personas diabéticas respecto a estos tópicos. Todas las entrevistas fueron audio grabadas; se procedió a la transcripción y organización de los datos con el apoyo del programa (Ethnograph V5.0).

Las categorías de análisis empleadas en general fueron creencias de la diabetes, hábitos de alimentación en el paciente diabético, creencias sobre los efectos del ejercicio, creencias acerca del tratamiento y uso de la herbolaria y creencias sobre las causas del descontrol glucémico. También se recolectaron datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad y años de diagnóstico de DM2. Se interrogó si en alguna ocasión habían recibido alguna plática informativa sobre DM2, estos datos que se analizaron mediante el programa (SPSS).

Resultados

En las características sociodemográficas de la muestra se encontró que la edad promedio fue de 60 años con una desviación estándar de ± 11 años, con un rango de 31 a 84 años. 36 pacientes (60%) correspondieron al sexo femenino y 24 (40%) al sexo masculino.

La moda encontrada en escolaridad fue la siguiente 20 (33.3%) tenían estudios de primaria incompleta, 22 (36.7%) primaria completa, 5 (8.3%) refirieron secundaria incompleta, 6 (10%) secundaria completa, 1 (1.7%) con preparatoria, y el resto 6 (10%) fueron técnicos o profesionales.

En cuanto a los años de diagnóstico con DM2 con menos de un año fueron 6 (10%), de 1 a 9 años 24 (40%), de 10 a 19 años 22 (36.7%), de 20 a 29 años 7 (11.7%), y de 30 a 39 años 1 (1.7%). En cuanto a la asistencia a plática educativa, 41 (68.3%) dijeron haber asistido por lo menos en alguna ocasión y 19 (31.7%) dijo no haber asistido a alguna plática educativa de DM2. Categorías del estudio:

Creencias de las personas con DM2 respecto a su enfermedad

Perciben a la DM2 como una enfermedad peligrosa que los lleva a un destino inevitable de deterioro orgánico en el que algún día tendrán una o varias de las complicaciones de la diabetes sin poder hacer nada por evitarlas o retardar su aparición. Se refieren a la enfermedad, como un malestar crónico, algo que les li-

mita en varios aspectos de su vida. Les causa angustia saber que padecen DM2; los investigadores percibimos en ellos un sufrimiento psíquico permanente. Los pacientes relacionan la diabetes con cambios drásticos en su estilo de vida, sin posibilidades de llevar una vida “normal”, donde una alimentación sana y el autocuidado constituye la mayor carga.

Creencias de las personas con DM2 respecto al origen de su enfermedad

Atribuyen como etiología de la DM2 a un “susto” o “espanto”. Algunos toman en cuenta los factores de riesgo como la herencia, obesidad, malos hábitos de alimentación como una posible causa, pero no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes. Argumentan que la presencia de eventos profundamente estresantes -especialmente momentos de pérdida o fuerte impresión- como factores capaces de desencadenar la enfermedad. Otros refieren no tener idea alguna sobre el origen de la DM2.

Tipo de alimentación que llevan las personas diabéticas entrevistadas

En cuanto a las categorías referentes a la alimentación los diabéticos expresaron comer “de todo” como una falta a la indicación médica, no toman en cuenta el balance del aporte nutricional ni calórico, abocándose solamente a evitar o no consumir en exceso hidratos de carbono simples. No consideran al plan de alimentación como parte del tratamiento integral de la diabetes. El tipo de alimentación que se les recomienda es descrita como prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y en la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implantar y que además no es de su agrado, la consideran muy especial y de elevado costo. Debido a que este tipo de alimentación la reconocen como “extraña” se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos, uno para las personas diabéticas y otro para los demás miembros de la familia o bien se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de éstos.

La familia no considera que las recomendaciones dietéticas para el paciente diabético sean recomendables para la población en general. Tienen la idea que al saberse con DM2, están destinados a que su alimentación se encuentre basada en verduras. El tipo de alimentación no permitida se basa en refrescos, azúcar, grasas y harinas no tomando en cuenta la importancia de una alimentación balanceada.

Creencias sobre los efectos que obtienen las personas diabéticas al hacer ejercicio

Todos sin duda atribuyen efectos benéficos al ejercicio, sin embargo no tienen una idea clara respecto a los beneficios de éste en la hiperglicemia. Por otra parte, no lo consideran como parte del tratamiento integral de la DM2. No tienen el hábito del ejercicio como práctica diaria a pesar de estar conscientes de los beneficios de éste o si se lleva a cabo no es con el ritmo, frecuencia y duración recomendada para que sea efectivo. Se tiene la creencia que las actividades diarias forman parte del ejercicio efectivo.

Creencias de las personas con DM2 acerca del tratamiento de su enfermedad

En cuanto al tratamiento con medicamento, encontramos que todos atribuyen mejoría con el tratamiento a base de pastillas, aunque piensan que a largo plazo tendrán un efecto colateral, afectando principalmente al riñón, no por la propia enfermedad, si no por la cantidad de medicamentos administrados.

Existen modificaciones por parte de los pacientes en cuanto al horario y dosis del medicamento según su percepción de bienestar o sensación de tener hiperglucemia.

Persiste la idea cultural de que la insulina es causante de ceguera, temen su uso; algunas personas difieren de esta idea, principalmente las que la utilizan actualmente.

No obstante la larga de evolución del padecimiento y uso prolongado del medicamento, llama la atención el que no se recuerde el nombre del fármaco, lo cual denota -además- escaso interés por su autocuidado; esta situación conlleva el riesgo de confundir los medicamentos al momento de su ingesta, en especial cuando se realiza el tratamiento de otras enfermedades crónico-degenerativas.

Uso de herbolaria en las personas con DM2 entrevistadas

La mayoría de los pacientes hacen uso de algún tratamiento alternativo, como complemento del tratamiento prescrito por el médico, encontrando con más frecuencia el uso de infusiones, y nopal con *xochonoxtle*; los pacientes tienen preferencia por éstos y en algunas ocasiones suspenden el medicamento “alopático” por tomar el tratamiento alternativo. Algunos otros encuentran confianza únicamente en el medicamento, pues aunque preferirían llevar tratamiento con herbolaria consideran que es necesario el conocimiento adecuado de éstas y su dosificación, y otras personas no lo toman en cuenta.

Creencias sobre las complicaciones de la DM2

En general si tienen una idea clara de las complicaciones de la DM2, aunque las perciben como algo que poco o nada pueden modificar. Manifiestan mucho temor a padecerlas y en la mayoría de los casos las conocen por que las han visto en sus familiares, amistades o en ellos mismos, no informándose por otra fuente -de preferencia de origen médico-. La mayoría está conciente sobre como se pueden evitar o retardar las complicaciones. Atribuyen al tratamiento, al plan alimentario, a la actividad física y sin embargo no presentan un adecuado apego a éstos.

Conocimiento de la última cifra de control glucémico

La mayoría se encuentran con glucemias por arriba de lo que consideramos un control regular y en algunas ocasiones no recuerdan su control, como una negación a todo lo que implica la diabetes y poco interés por su autocontrol. Tienen clara conciencia que la trasgresión en la dieta, ó falta de apego a las indicaciones médicas es causa descontrol glucémico, y sin embargo persisten esos hábitos.

Discusión

El presente estudio busca hacer una reflexión desde la medicina sobre las posibilidades de aplicación del método etnográfico en la práctica de los profesionales de la salud, como una herramienta que enriquece el proceso inductivo de construcción del conocimiento médico, sin excluir otras formas de aproximación al objeto de estudio: la naturaleza humana en toda su expresión.

La investigación cualitativa aporta herramientas útiles al médico que le permiten cualificar su práctica profesional, ser reflexivos y críticos en su actuar, y adquirir información sobre las múltiples situaciones que generan en la vida cotidiana de sus pacientes. La etnografía como análisis de la vida cotidiana, necesariamente abarca lo cultural ya que ésta crea y recrea en los espacios de encuentro de dimensiones y espacios culturales, entre éstos el acto médico es el espacio de encuentro intercultural cotidiano y permite abordar otras dimensiones poco tangibles por los métodos experimentales empírico-analíticos.

Las personas con las que se tuvo contacto perciben a la diabetes como una enfermedad incurable y peligrosa, un malestar crónico que los estigmatiza, percibiendo alteraciones emocionales como talante bajo, resultados que también son descritos por Jáuregui-Jiménez¹¹ y De los Ríos Castillo.¹² En cuanto a las creencias sobre la etiología de la DM2 persiste el arraigo cultural del susto o episodio de fuerte carga emocional como ori-

gen de la diabetes resaltado también en las observaciones de Ledón¹³. Por el tipo de alimentación es necesario orientar al paciente diabético sobre el padecimiento haciéndose énfasis sobre la alimentación como parte del tratamiento de la DM2, involucrando a la familia para que se integre a este tipo de alimentación, este tópico concuerda con Méndez,¹⁴ quien reporta que los diabéticos tiene la necesidad de mantener solidaridad con la familia para poder sobrellevar la enfermedad.

En cuanto al ejercicio nuestros resultados concuerdan con lo reportado por Calderón,¹⁵ ya que los pacientes están de acuerdo en los beneficios del ejercicio físico, sin embargo no lo efectúan, ya sea por que no adquieren el hábito o por presencia de enfermedades concomitantes como osteoartrosis que les impide realizarlo.

En lo que respecta al tratamiento de la DM2, se encontró que utilizan y tienen gran confianza en la medicina alternativa, algunas veces modifican la dosis y el horario del tratamiento médico, según como el paciente perciba su estado general, de bienestar o malestar. “La insulina como causa de ceguera” sigue teniendo un fuerte patrón cultural, hábitos y creencias que describe también Araúz.⁸

Los pacientes están conscientes de que una de las causas más importantes de la hiperglucemia es la constante transgresión dietética o falta de apego al tratamiento, como si existiera un duelo no resuelto debido a la pérdida de la salud. Como consecuencia de la fase de negación y donde no interesa el autocuidado, es necesario enfocar además de la educación como piedra angular en el buen control de a diabetes involucrarse en el estado afectivo del paciente diabético, pues se ha comprobado que el paciente con DM2 que recibe terapia psicológica lleva mejor control glucémico; a diferencia de los que sólo reciben educación, como lo describe Jáuregui¹².

Trabajos como estos se han realizado para abrir líneas de investigación con técnicas metodológicas que profundicen en las creencias que los pacientes tienen de sus enfermedades. Deseamos que la información se utilice como una herramienta de comunicación, factor fundamental en la atención integral en la salud.

En la atención de los pacientes es necesario tomar en cuenta todos los puntos de vista acerca de su realidad. Hay que dirigir la atención hacia sus creencias y prácticas, pues son ellos quienes viven la enfermedad y en pocas ocasiones se les toma en cuenta para buscar alternativas de solución a sus problemas. Ahora que está tan de moda la “medicina basa en evidencia”, se hace cada vez más necesario tener la “evidencia” de los actos y rutinas de condicionan la calidad de vida de las personas y explicar en gran medida el origen de las enfermedades y dar las claves para una intervención más adecuada.

Referencias

1. Botargues M. Diabetes Mellitus. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P, editores. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 1^a edición, Buenos Aires: Panamericana, 2001: 1029-1051.
2. Alpizar SM. Guía para el manejo integral del paciente diabético. 1^a edición, México: Manual Moderno, 2001:285-6.
3. Vega-Franco MS. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Pública de México. 2002; vol. 44(3): 258-265.
4. García VM. El diabético optimista. Páginas de Salud Pública. Revista Salud Pública de México. 1998; vol. 40:1-3
5. Garza EM, Calderón DC, Salinas MA, Nuñez RG, Villarreal RE. Atribuciones y creencias sobre la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med IMSS. México 200; vol. 3:187-191.
6. Salinas MA, Muñoz MF, Barraza de León AR, Villarreal RE, Nuñez RG, Garza EME. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. Salud Pública de México. 2001; Vol. 43(4):324-335.
7. Álvarez CJ. Mitos y realidades sobre la diabetes. Diabetes hoy para el médico y el profesional de la salud. México 2003; vol. 13:20-21
8. Araúz AG, Sánchez GP, Padilla G, Fernández M, Rosello M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev Panam Salud. México. 2001;vol. 9:145-146
9. García GR, Suárez PR, Acosta OM. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Revista Panamericana de Salud Pública. 1997; vol. 2:12-17.
10. Padmalatha B, Meyer P, Kazlauskaite R, Savoy B, Kozik K, Fogelfeld L. Gain in Patients' Knowledge of Diabetes Management Targets Is Associated With Better Glycemic Control. Diabetes Care 2007 30: 1587-1589.

11. Jáuregui JT, De la Torre AS, Gómez GP. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Rev Med IMSS; 40(4):3007-318.
12. De los Ríos CJL, Sánchez SJ, Barrios SP, Guerrero SV. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 109-116.
13. Ledón LL, Chirinos CJ, Hernández YJA, Fabré RB, Mendoza TM. El precio de la transformación: reflexiones desde la experiencia de personas que viven con endocrinopatía. Rev Cubana Endocrinol v.15 n.3 Ciudad de la Habana Sep.-dic. 2004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0188-97962004000300004&script=sci_arttext&tlang=es
14. Méndez LDM, Gómez LVM, García RME, Pérez LJM, Navarrete EA. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2 Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284
15. Calderón DC, Garza EM. El paciente diabético y las atribuciones hacia su enfermedad. Revista de Salud Pública y Nutrición. Edición especial 2000 No. 1. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imms/index.html>