



**UNIVERSIDAD DE ARTES, CIENCIAS Y COMUNICACIÓN**  
**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Carrera de Psicología**

**Título del Trabajo**

***“Creencias sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II”***

**Trabajo para optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología y al  
Título Profesional de Psicólogo**

**Profesora Guía: Ps. Víctor Figueroa Guíñez**

**Estudiante (s):**  
**Marcelo Cortes Cañete**  
**Mauricio Sanhueza Kegan**  
**Alvaro Seguel Sanhueza**

**Santiago de Chile, Noviembre de 2018**

## 1. Resumen

El propósito de este estudio fue conocer las creencias de 9 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, sobre su adherencia al tratamiento prescrito. Se recurrió a la metodología cualitativa para realizar entrevistas semiestructuradas, información que posteriormente fue analizada mediante la Teoría Fundamentada. El análisis condujo a la identificación de dos categorías: el incumplimiento parcial y la adherencia parcial de los pacientes al tratamiento. Dentro del incumplimiento parcial, existe una percepción de no gravedad de la enfermedad y una escasa comprensión de la enfermedad respecto a sus causas. En relación al tratamiento, se observó una actitud despreocupada hacia éste, la percepción de rigurosidad y una escasa comprensión de la dieta y del ejercicio, así como la percepción de alto costo de la dieta. Otra dimensión que surgió a propósito de la dieta es la del craving alimenticio, identificándose tanto síntomas de abstinencia como pensamientos facilitadores. Respecto a la adherencia parcial, se encontró una percepción de amenaza de la enfermedad,

una valoración positiva de los efectos del fármaco, una valoración positiva de la atención y de las prestaciones en salud, así como la relevancia de los vínculos familiares.

**2. Palabras Clave:** Incumplimiento parcial, adherencia parcial, craving alimenticio, diabetes mellitus tipo 2, creencias.

## 3. **Abstract**

The purpose of this research was to get to know the beliefs of 9 patients diagnosed with diabetes mellitus type 2, regarding their adherence to their prescribed treatment. A qualitative methodology with semi-structured interviews was used. The data gathered was analyzed using the grounded theory. The analysis revealed the existence of two categories: a partial noncompliance to treatment and a partial adherence to treatment. Within the partial noncompliance category, there is a perception of their disease not being serious and lack of understanding regarding the causes of their disease. In relation to treatment, an unconcerned attitude toward

treatment was observed, as well as a perception of strictness and lack of understanding of the diet and exercise. A perception of the diet being too expensive was also observed. Another dimension that emerged related to the diet was the existence of a food craving, withdrawal symptoms and facilitating thoughts. Regarding partial adherence, we found a perception of threat regarding the disease, a positive value towards the effects of medication, the health care system and family bonds.

4. Key words: Partial compliance, partial adherence, food craving, diabetes mellitus type 2, beliefs.

## **5. Introducción**

### **5.1 Planteamiento del Problema**

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico crónico de etiología múltiple, que se caracteriza por la alteración del metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y lípidos, inducida por defectos en la secreción de la insulina, la acción de la insulina o ambas situaciones (Ministerio de Salud - MINSAL, 2010).

Dentro de los principales tipos de diabetes, la Asociación Americana de la Diabetes, refiere la diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2, y la diabetes gestacional, entre otros (American Diabetes Association, 2017).

La diabetes tipo 1, es una enfermedad autoinmune, que se caracteriza por la destrucción de las células beta de los islotes pancreáticos mediada por linfocitos T, por lo que la persona afectada tiene una dependencia absoluta de la insulina proporcionada en forma exógena para poder sobrevivir y mantener su salud. Las causas de la diabetes tipo 1 no se conocen bien, pero se sabe que están implicadas en la susceptibilidad genética, y desencadenantes del medio ambiente como infecciones virales, toxinas o algunos factores dietéticos (Libman, 2009).

La diabetes tipo 2, anteriormente conocida como diabetes no insulino-dependiente, o diabetes del adulto, resulta del defecto de la secreción de insulina, casi siempre con una importante contribución de resistencia a la acción de la insulina por el tejido muscular hepático y adiposo (MINSAL, 2010). La etiología de la diabetes tipo 2, es multifactorial,

incluyendo factores genéticos y ambientales, lo que trae como consecuencia, un aumento de la resistencia a la insulina del tejido adiposo visceral, y una disfunción progresiva de las células, lo que acarrea cambios cualitativos y cuantitativos de la secreción de insulina, como de glucagón de las células. Los factores ambientales más importantes, o factores de riesgo, que se asocian a la aparición de la diabetes tipo 2 son la obesidad y el estilo de vida sedentario (Libman, 2009). Por lo tanto, en el tratamiento de la diabetes tipo 2, el cambio en el estilo de vida, como el ejercicio físico y la dieta alimenticia, son fundamentales para su tratamiento y evitación de las graves consecuencias a largo plazo, que pueden causar inclusive la muerte.

### **5.2 Consecuencias de la diabetes**

De acuerdo a Guzmán y Madrigal (2003), las complicaciones de la diabetes tipo 1 y tipo 2 son similares. Estas pueden manifestarse en nefropatía, neuropatía y retinopatía. Por otra parte, el mal control metabólico de la diabetes, junto a otros factores de riesgo, aumentan el riesgo de muerte respecto a los no diabéticos.

Según Sapunar (2016), en Chile, el 35% de los casos totales de insuficiencia renal crónica, están relacionados con la diabetes. Además, la principal causa de amputaciones no traumáticas de miembro inferior es la diabetes. Por otro lado, la retinopatía diabética es la principal causa de ceguera y la enfermedad cardiovascular es 2,6 veces más frecuente en pacientes con diabetes.

### **5.3 Prevalencia**

La diabetes mellitus, según datos de la Federación Internacional de la Diabetes (International Diabetes Federation, 2017), afecta a una población de alrededor de 451 millones de personas en todo el mundo, esperando que para el año 2045 afecte a 693 millones de personas entre los 18 y 99 años de edad.

La diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de muerte a nivel mundial, que junto a otras tres enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer y respiratorias), representa más del 80% de las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles (International Diabetes Federation, 2017).

Por otra parte, se estima que el número de personas que murieron durante el 2017 de

diabetes fue de aproximadamente 4 millones de personas a nivel mundial, entre los 20 y los 79 años de edad. Para salvar vidas y prevenir o poder retrasar en forma significativa las complicaciones derivadas de la diabetes, es necesario que se produzcan cambios en el estilo de vida de la población, se detecte y diagnostique la diabetes en forma precoz.

En América del Sur y Central, se estima que habría 29,6 millones de personas con diabetes, y se proyecta que para el año 2040, esta cantidad sea de 48,8 millones de personas, es decir, uno de los mayores aumentos de prevalencia a nivel mundial.

#### **5.4 Prevalencia de la diabetes en Chile**

A la fecha, Chile lidera el ranking latinoamericano de diabetes. En particular, la prevalencia de la diabetes tipo 2, es ligeramente más alta en la población femenina, alcanzando un 10,4% versus un 8,4% en varones (Encuesta Nacional de Salud 2009-2010). De acuerdo a la Federación Internacional para la Diabetes (2015, citado por Sapunar, 2016), en Chile habría 1.372.700 personas con diabetes, lo que representa el 11% de la población adulta entre 20 y 79 años.

A nivel nacional, según datos del MINSAL, durante el año 2010, las muertes ocurridas por causa de la diabetes fueron 3.269, siendo 1.607 varones y 1.662 mujeres, con una tasa de 19.5 por 100.000 habitantes (MINSAL, 2010).

#### **5.5 Tratamiento de la diabetes**

Hernández y Sánchez (2007), al referirse a las estrategias de intervención terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2, mencionan que el tratamiento médico para el manejo y mejoría es mantener el control glucémico dirigido a prevenir y/o retardar la progresión de las complicaciones crónicas de esta enfermedad, por medio de fármacos (como la insulina), aunado a dietas y ejercicio físico, que se erigen como la base para lograr concentraciones de glucemia significativamente más bajas. Los autores agregan que existen pruebas de que un buen control glucémico, puede evitar o retardar las complicaciones microvascular y la neuropatía en pacientes con diabetes mellitus; además de evitar el deterioro tanto físico como emocional.

La dieta, útil para controlar los niveles de grasas y lípidos en sangre, que con frecuencia son muy elevados en las personas con diabetes, consiste en

balancear de modo correcto los alimentos y nutrientes necesarios para mantener un buen estado de salud y controlar los niveles de glucemia (Hernández & Sánchez, 2007). Dentro de las recomendaciones nutricionales proporcionadas por el Minsal (2010), debieran incluirse en una consejería personalizada e intensiva se encuentran:

- Reducir la ingesta de: Grasas saturadas (<7% de las calorías totales), grasa total (<35% del total de las calorías) y azúcar.
- Aportar 50-60% de las calorías totales en hidratos de carbono complejos (frutas, verduras y cereales integrales).

El ejercicio físico, es fundamental para el tratamiento de la diabetes debido a sus beneficios sobre el metabolismo de la glucosa. En el caso del paciente diabético, hacer ejercicio le permite utilizar y asimilar mejor la insulina para disminuir la concentración de azúcar en la sangre y depender de dosis menores de insulina o de medicamentos por vía oral (Hernández & Sánchez, 2007). Por esta razón, el MINSAL (2010) recomienda a toda persona diabética sedentaria hacer un mínimo de treinta minutos de actividad

física de intensidad moderada (por ejemplo, caminata rápida) la mayoría de los días de la semana, pudiendo acomodar los treinta minutos diarios en bloques de diez minutos cada vez. Respecto a aquellos que se encuentran realizando los treinta minutos de actividad física de intensidad moderada, deben ser estimulados para aumentar la intensidad o la duración de la actividad física para aumentar sus beneficios y su acondicionamiento cardio respiratorio.

La educación para la salud es otro aspecto importante, pues contribuye a que el paciente conozca las características básicas de la enfermedad, se mantenga enterado de los riesgos que implica el descontrol y de los beneficios que conlleva el tratamiento, y comprenda los síntomas, y las consecuencias de un manejo inapropiado de la dieta, el ejercicio y los medicamentos (Hernández y Sánchez, 2007).

## **6. Adherencia al tratamiento**

La adherencia de los pacientes al tratamiento de enfermedades crónicas se considera un problema de salud pública mundial. La OMS (2004) informa que en los países desarrollados los pacientes que

adhieren al tratamiento de diversas enfermedades alcanzan al 50%, mientras que en los países subdesarrollados alcanzan tasas menores. Se trata de un problema que crece día a día al igual que la incidencia de patologías crónicas.

Martín y Grau (2004) definen la adherencia al tratamiento como un fenómeno complejo condicionado por factores de diversa índole. Se trata de un comportamiento humano que es influido por elementos de naturaleza subjetiva, por lo que a partir de tal subjetividad debe ser investigado.

Para la OMS (2004), la adherencia es el grado en que la conducta de un paciente, relacionado con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o el cambio en los hábitos de vida, guarda relación con las recomendaciones acordadas con el profesional.

Por otro lado, la OMS (2004) invita a considerar las diferencias entre adherencia farmacológica y adherencia no farmacológica. La adherencia farmacológica se entiende como el grado en que el comportamiento de un paciente corresponde a las indicaciones hechas por el personal de salud para uso de fármacos. La adherencia no farmacológica, por su

parte, alude a esta misma correspondencia tratándose de la dieta, el ejercicio y evitar el consumo del alcohol y cigarrillos (Figueroa, 2010).

La no adherencia, es conceptualizada como la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos (Silva, Galeano y Correa, 2005).

De acuerdo a Peralta y Carvajal (2008), la no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento:

- Incumplimiento parcial: En esta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos).
- Incumplimiento secuencial: El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo

reestablece cuando aparecen síntomas.

- Incumplimiento completo: Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
- Cumplimiento de bata blanca: Sólo se adhiere al tratamiento cuando está cercana la visita médica.

Una segunda forma de clasificación de la no adherencia al tratamiento, siguiendo a Peralta y Carvajal (2008) es la intencionalidad:

- Incumplimiento intencionado: Se refiere a dejar el tratamiento debido a los efectos adversos o el costo elevado.
- Incumplimiento no intencionado: Olvido de la dosis.<sup>1</sup>

### **6.1 Estudios sobre la adherencia al tratamiento de la Diabetes tipo 2**

Existen varios estudios relacionados con la diabetes tipo 2 y respuesta de los pacientes a su tratamiento, los cuales han mostrado la existencia de factores psicológicos y sociales que impactan en la adherencia del paciente al tratamiento de esta enfermedad (Chlebowy & Garvín, citado en Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez, 2011). Así, por ejemplo, una investigación realizada por Bolaños y Sarría-Santamera (2003), en un centro de salud de Madrid exploró la percepción de los pacientes respecto a la diabetes tipo 2 y sus complicaciones, la vivencia de la enfermedad y la percepción sobre la relación con los profesionales sanitarios. El estudio encontró que el hecho de no presentar síntomas dificulta que los pacientes perciban la diabetes como una enfermedad grave. Además, los aspectos más valorados en la relación con los profesionales sanitarios son que éstos proporcionen información clara y adaptada, construyan un contexto de confianza, presten apoyo para el cambio y consideren sus perspectivas y circunstancias existenciales.

Por su parte, Terechenko, Baute y Zamonsky (2015) indagaron la

---

<sup>1</sup> Las anteriores clasificaciones corresponden exclusivamente a no adherencia farmacológica.



adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes de un centro de salud perteneciente a una ciudad de Uruguay. Respecto a los hallazgos se destacó que la adherencia al tratamiento farmacológico coincidió con los datos de la OMS en cuanto a que el 50% de la población que acede a la medicación adhiere al tratamiento farmacológico. En relación a la adherencia no farmacológica, se identificó que la mayor falencia en la población encuestada, se vinculaba a la adquisición de hábitos saludables, tales como la dieta sana y la práctica de ejercicio, razón por la cual los profesionales de la salud reforzarían la necesidad de adquirir tales hábitos.

## **6.2 Estudios sobre la adherencia a la diabetes en Chile**

En el caso de Chile, Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez (2011) estudiaron factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus. El énfasis en la investigación estuvo en los diversos estilos para afrontar el estrés, así como en la sintomatología depresiva y la percepción de apoyo social. El estudio encontró, por un lado, que existe una correlación inversa del estrés con el cumplimiento de

la dieta en general y, por otro, que altos niveles de estrés se asocian a altos niveles de hemoglobina. Respecto a las variables apoyo social percibido y sintomatología depresiva, no se asociaron significativamente a la adherencia del tratamiento, con excepción de la correlación encontrada entre el factor apoyo social y el factor consumo de frutas y verduras.

Por otro lado, Troncoso, Delgado y Rubilar (2012) realizaron un estudio de adherencia farmacológica y no farmacológica al tratamiento de diabetes tipo 2 en la comuna de Hualpén de la Región del Bio Bio. El estudio buscó interpretar las percepciones de los factores que determinan la adherencia al tratamiento de adultos con diabetes. El estudio concluyó que, una inadecuada adherencia de los pacientes a su tratamiento no farmacológico, se relacionaba a diversos factores tales como la falta de adhesión a las indicaciones dieto terapéuticas o a la falencia de interpretación del ejercicio físico como parte de su terapia.

Finalmente, un estudio que resulta de particular interés para nuestra investigación es el realizado por

Mora2015), el cual buscó relacionar las creencias y la motivación de pacientes que dejaron de asistir a un programa de actividad física. El estudio profundizó en las razones que pudieron llevar a un grupo de pacientes diabéticos del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, en Santiago de Chile, a desertar del programa de actividad física. Uno de los guiones temáticos de la investigación tenía relación con la historia personal de la enfermedad desde la visión de los pacientes, y dentro de la subcategoría creencias se encontró que los pacientes tenían la percepción de que la diabetes era una enfermedad grave.

Si bien el estudio de Mora (2015) intenta vincular las creencias de los pacientes con su decisión de adherir a un tratamiento para su enfermedad crónica, resulta insuficiente para conocer el fenómeno de la no adherencia, puesto que se limita a una dimensión específica del fenómeno, como, por ejemplo, los factores que influyen en la decisión de los pacientes de no cumplir algún aspecto de su tratamiento. El estudio concluye que los pacientes conocen como información que la actividad física contribuye al bienestar general, pero tal creencia no se

aplica a que el ejercicio físico es un tratamiento para la diabetes.

Tal como ha quedado establecido luego de la revisión de la literatura, las investigaciones vinculadas a la adherencia al tratamiento de diabetes se han centrado en factores vinculados a las percepciones de los pacientes respecto al personal de salud, a la importancia del apoyo social, el apego a las indicaciones dieto terapéuticas e incluso en la autoeficacia. Por lo que aún se requiere investigar sobre las percepciones o las creencias de los pacientes respecto de la enfermedad o el tratamiento, no sólo farmacológico, sino que también no farmacológico, incluyendo el ejercicio físico, la dieta.

### **6.3 Modelos teóricos sobre la adherencia al tratamiento**

Los estudios de la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus, han sido abordados bajo distintos modelos teóricos de tipo cognitivo. A continuación, revisaremos algunos de esos modelos.

Respecto al *Modelo de Creencias en Salud*, Moreno y Gil (2003) expresan que sus componentes básicos se

desprenden de la idea de que la conducta de los individuos se fundamenta en dos variables: a) la valoración que una persona realiza de una meta particular y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una determinada acción permita alcanzar dicha meta. Aplicadas tales variables al ámbito de la salud devienen en: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas serían las dimensiones que tiene en consideración el Modelo de Creencias en Salud para dar cuenta de la adherencia al tratamiento (Rosenstock, 1974 citado en Gil y Moreno, 2003). La susceptibilidad percibida se refiere a la percepción subjetiva de una persona de contraer una enfermedad. La severidad percibida alude a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída. Se trata de una dimensión que contempla dos

tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por un lado, las consecuencias médico clínicas (como muerte), y por otro lado, las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales).

Las dimensiones susceptibilidad percibida y severidad percibida pueden generar una conducta de salud, pero no son capaces de definir el curso particular que tal conducta puede tomar (Rosenstock, 1974 citado en Gil y Moreno, 2003). El curso de acción específico quedará supeditado, entonces, a las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos. De este modo, aunque exista temor en una persona y se sienta amenazado por un trastorno de salud, no adherirá a las recomendaciones de su médico salvo que las perciba como eficaces para hacer frente a ese trastorno.

Una última dimensión tiene que ver con que, determinadas barreras percibidas se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser,

por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, de considerar que el costo de una acción es demasiado elevado, no realizará una conducta aun sabiendo que las posibles consecuencias pueden ser negativas.

En relación a la *Teoría de La Acción Razonada*, Fishbein y Azjen (1975, citados en Carpi y Brea, 1997) expresan que la intención de realizar una conducta es su determinante inmediato. Tal intención se explica a partir de dos precursores: la actitud acerca de la conducta, y el contexto sociocultural del individuo, acuñado como norma subjetiva. Son las creencias de una persona hacia un objeto y la evaluación de tales creencias lo que determina la actitud. Es decir, una creencia no deviene necesariamente en acción posterior, y será la evaluación alta de las mismas la que indicará el valor y el compromiso de una persona para con tal creencia. Tratándose de la norma subjetiva, es determinada, por un lado, por la percepción de las creencias que tienen las otras personas significativas acerca de la conducta que el individuo debe realizar y, por otro lado, por la motivación del individuo para

satisfacer las expectativas que los otros significativos tienen sobre él.

El proceso diferencial de formación de creencias contribuye a que cada una de ellas posea un peso según cada individuo y objeto de actitud. Las actitudes salientes junto con las evaluaciones de las mismas, posibilitarán predecir de mejor manera la intención de conducta (Fishbein y Ajzen, 1975 citado en Carpi y Brea, 1997). Además, el conocimiento sobre las creencias específicas de lo que los otros piensan de cada uno de los comportamientos específicos (hábito de fumar, práctica de ejercicio físico, alimentación sana, etc.) van a influir en la intención de llevar a cabo o no una conducta general (mantenimiento de salud), siempre en función de la motivación para complacerles.

Los modelos señalados, son importantes para nuestro estudio, debido a que relacionan las creencias con las conductas de salud de los participantes estudiados.

## **7. Metodología**

### **7.1 Tipo de estudio**

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo con base en la metodología cualitativa. De acuerdo a Hernández (2014), la meta de éstos estudios es describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos. En este caso, nuestro estudio intenta describir el fenómeno de la adherencia en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Lo anterior, debido a que es un fenómeno complejo que se condiciona por factores de distinta índole, es decir, con matices subjetivos que influyen en el comportamiento de las personas.

Hernández (2014), por ejemplo, sugiere la investigación cualitativa cuando el estudio persigue examinar el modo en que las personas perciben y experimentan los fenómenos de los que son parte y con especial énfasis en sus puntos de vista, interpretaciones y significados. Por lo anteriormente expuesto y debido al tipo de estudio propuesto, hemos escogido la metodología cualitativa, con la intención de reconocer en los pacientes entrevistados aquellos aspectos subjetivos y acceder a las creencias que tienen

respecto a diferentes aspectos relacionados con su enfermedad y su tratamiento.

De acuerdo a lo postulado por Quecedo y Castaño (2002), la metodología cualitativa busca comprender los fenómenos sociales desde la visión, vivencia y la perspectiva de los actores. Además, pretende entender a un nivel personal subjetivo, las creencias y motivaciones que hay detrás de la conducta manifiesta, pues los seres humanos tenemos ideas, motivos y sentimientos, y no somos sólo cuerpo. En este sentido, la teoría de la acción razonada propuesta por Fishbein y Ajzen (1980), nos permitió inferir ciertos factores relacionados con las conductas de los pacientes, y la intención de realizar dichas conductas. Pues bien, detrás de la intención está la actitud y las normas sociales, ambas formadas a su vez por creencias, por lo que será la evaluación de tales creencias la que en definitiva repercutirá en la realización de una determinada conducta en salud.

Además, desde el Modelo de Creencias en Salud (MCS), se pueden inferir aquellas dimensiones que predisponen a la adherencia al

tratamiento, como la susceptibilidad y severidad percibidas, beneficios y barreras.

Finalmente, teniendo en cuenta las teorías cognitivas-conductuales ya mencionadas como base de nuestro estudio, se buscó conocer aquellas creencias, conductas, motivaciones, actitudes, intenciones, conocimiento y percepciones subyacentes en las conductas en la salud de los pacientes entrevistados.

## **7.2 Participantes**

En este estudio se utilizó un muestreo por conveniencia, en el cual se utilizan los casos disponibles a los cuales fue posible tener acceso. Por ende, el reclutamiento de los participantes para este estudio se realizó mediante la colaboración de médicos tratantes, quienes identificaron a sus pacientes que no cumplían o cumplían de manera parcial el tratamiento indicado, y que también tuviesen como criterio clínico a ser considerado, un nivel de hemoglobina superior al 7% (International Diabetes Federation, 2017).

Se invitaron a las personas mediante una carta de participación,

explicando brevemente los alcances del estudio y las condiciones de su participación.

Se consideraron como criterios de inclusión personas adultas con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 mayores de 18 años de edad. Dentro de los criterios de exclusión se consideró que los pacientes no presentaran complicaciones tales como nefropatías, retinopatías, y que no tuviesen alteraciones mentales como psicosis, demencias, para participar en la investigación.

La muestra estuvo constituida por ocho mujeres y dos hombres (entre 30-60 años de edad), de escolaridad promedio enseñanza media, nacionalidad Chilena y una Española, en su mayoría dueñas de casa, y diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 entre los años 1996 - 2017. Los datos en detalle, se presentan en tabla adjunta:

<b>Participantes</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Credo-Religión</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Diagnóstico-Tiempo.</b>
<b>AP</b>	Viuda	Femenino	Básica	60+	Labores casa	Católica	Española	DM2 - 1998
<b>RL</b>	Casado	Masculino	Post-Grado	60+	Médico	Agnóstico	Chilena	DM2 - 2005
<b>SZ</b>	Casado	Masculino	Superior	60+	Jubilado	Ortodoxo	Chilena	DM2 - 2012
<b>SE</b>	Soltera	Femenino	Media	40-49	Auxiliar de alimentación	Evangélica	Chilena	DM2 - 2017
<b>MI</b>	Soltera	Femenino	Media	50-59	Manipuladora de alimentos	Católica	Chilena	DM2-2008
<b>JG</b>	Casada	Femenino	Media	30-39	Dueña de casa	Católica	Chilena	DM2-2016
<b>NS</b>	Casada	Femenino	Media	50-59	Dueña de casa	Católica	Chilena	DM2-2014
<b>MM</b>	Viuda	Femenino	Básica	60 +	Dueña de casa	Católica	Chilena	DM2-2017
<b>MR</b>	Casada	Femenino	Media	50-59	Dueña de casa	Evangélica	Chilena	DM2-2017
<b>AC</b>	Soltera	Femenino	Básica	50-59	Dueña de casa	Católica	Chilena	DM2-1996

Tabla 1. Elaboración propia.

### 7.3 Instrumentos / Técnicas de recolección de datos

Para esta investigación se utilizó, como instrumento de recolección de datos, la entrevista semiestructurada. De acuerdo a Savin-Baden y Mayor (2013), y King y Horrocks (2010), citados por Hernández (2014), la entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa. La entrevista cualitativa es susceptible de ser definida como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado). Particularmente, las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas, y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información (Hernández, 2014). Por lo que la entrevista semiestructurada, nos permitió obtener información necesaria para realizar el análisis de los datos posterior. Del mismo modo, favoreció la utilización en lo que respecta a reconocer aquellos procesos mentales de los pacientes, indagar respecto a sus creencias subjetivas, conocer el registro de lo que interpreta el paciente de su propia realidad, y del cómo vivencia su

enfermedad y tratamiento. Por lo tanto, según Smith (1995b, 2003) adoptamos un punto de vista relativista en el sentido de que el individuo “investigador” construye en forma única el conocimiento. En consecuencia, el análisis de transcripciones supone identificar categorías que se repiten y que cobran sentido juntas, pero siempre de manera conscientemente y reflexiva.

En lo que respecta al diseño de las preguntas de la entrevista, se consideró de manera preliminar, tres dimensiones del tratamiento; siendo estas: el aspecto farmacológico, el aspecto al régimen alimenticio y finalmente el aspecto del ejercicio físico. Lo que fue abordado con preguntas tales como: *¿cuál ha sido su experiencia con la toma de medicamentos? ¿Cuál ha sido su experiencia con la práctica de ejercicio? ¿Cuál es su opinión respecto al tratamiento?* Lo anterior, sin perjuicio que dependiendo de la dirección de la entrevista se pudiera incluir preguntas no contempladas previamente.



#### **7.4 Resguardos éticos**

En una investigación en que se vean involucradas personas, con prescindencia de la temática y de la disciplina, es idóneo garantizar la protección de los participantes. Por lo anteriormente expuesto, ha sido perentorio en nuestra investigación considerar los principios éticos básicos relevantes para desarrollar una investigación, que son los principios de respeto a las personas (que lleva implícito el respeto por la autonomía), de beneficencia y de justicia. Además, se estimó pertinente, incorporar algunos aspectos de la declaración de Helsinki, respecto a que si bien el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participan en la investigación, tomando las precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal como los consentimientos informados, la lectura de sus derechos como participantes del estudio, el objetivo de la investigación y cualquier conflicto de interés respecto a la

afiliación o institución del investigador del estudio.

Sustento de lo anterior, es el artículo 15° del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile (1999), sobre aspectos relativos a la investigación en psicología, donde en los puntos tres y cuatro, se señala la necesidad de obtener el consentimiento informado, expreso y por escrito de los participantes, en caso que las investigaciones pongan en riesgo su privacidad, específicamente cuando se contemple algún tipo de registros, filmaciones y/o grabaciones que puedan ser utilizadas en reportes posteriores; y que los participantes tengan el derecho de suspender su participación en el momento que estimen conveniente.

#### **7.5 Método de análisis**

El método de análisis que utilizamos en nuestra investigación fue la Teoría Fundamentada. La Teoría Fundamentada es un método de análisis cualitativo, desarrollado en 1967 por Glaser y Strauss, como un método para obtener sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social sobre una base empírica (Kendall, 1999). Es decir, la construcción de o las

teorías, se desprenden a partir de la interpretación que hacen las propias personas sujetos de estudio, a diferencia de un estudio cuantitativo en el cual los datos normalmente poseen una connotación numérica, donde la realidad social es interpretada de manera abierta (López Doblas, 2005).

La teoría fundamentada permite generar una teoría inductiva en torno a un área sustantiva (Glaser, 1992). El método de análisis plantea que, a través de la recolección de datos recopilados de una forma sistemática, y analizados por medio de un proceso de investigación, es posible derivar una teoría. Sin embargo, el investigador no comienza con una teoría pre-existente, sino que a través de los datos y del procedimiento, la teoría va emergiendo de manera inductiva (Strauss, Corbin & Zimmerman, 2002).

Al respecto, el análisis de nuestro estudio, inicia con la codificación abierta según las transcripciones de las entrevistas, es decir, como los participantes explican sus vivencias con la enfermedad, los sucesos relacionados al tratamiento y aquellos aspectos que les son difíciles de cumplir. De acuerdo a esto, se desprenden las categorías teóricas

que al ser descompuestas proporcionaron un ordenamiento jerárquico, permitiendo comparar en relación a cada entrevista nueva conllevando análisis de tipo axial de las categorías surgidas en el primer nivel de análisis, lo que establece un ordenamiento en cada una de ellas

## **8. Resultados**

El presente estudio arrojó dos categorías centrales: *Una adherencia parcial y un incumplimiento parcial*.

Dentro del incumplimiento parcial existen factores relativos a la enfermedad y al tratamiento.

Respectos a la adherencia parcial, encontramos factores relativos a la enfermedad, al tratamiento, al entorno social y a la familia. A modo de resumen, se presenta el siguiente mapa conceptual:

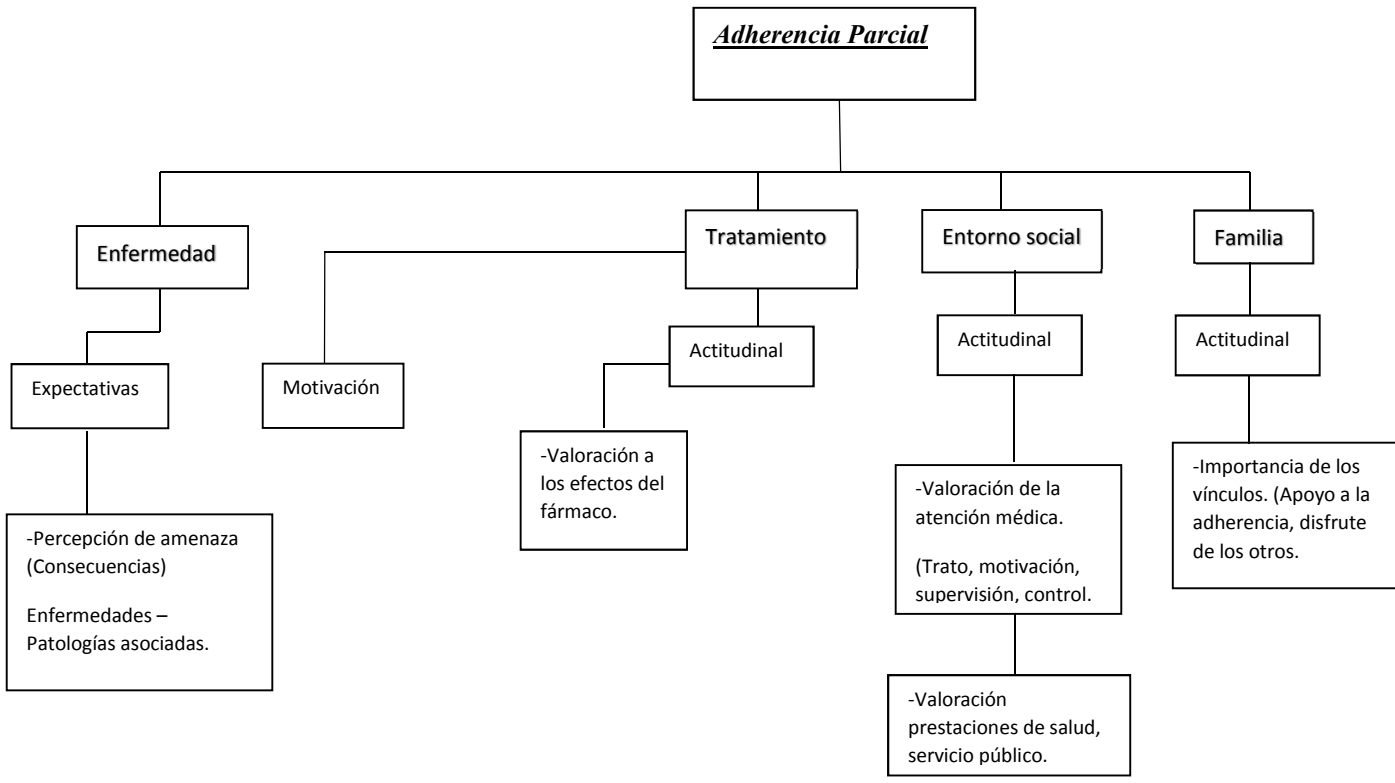
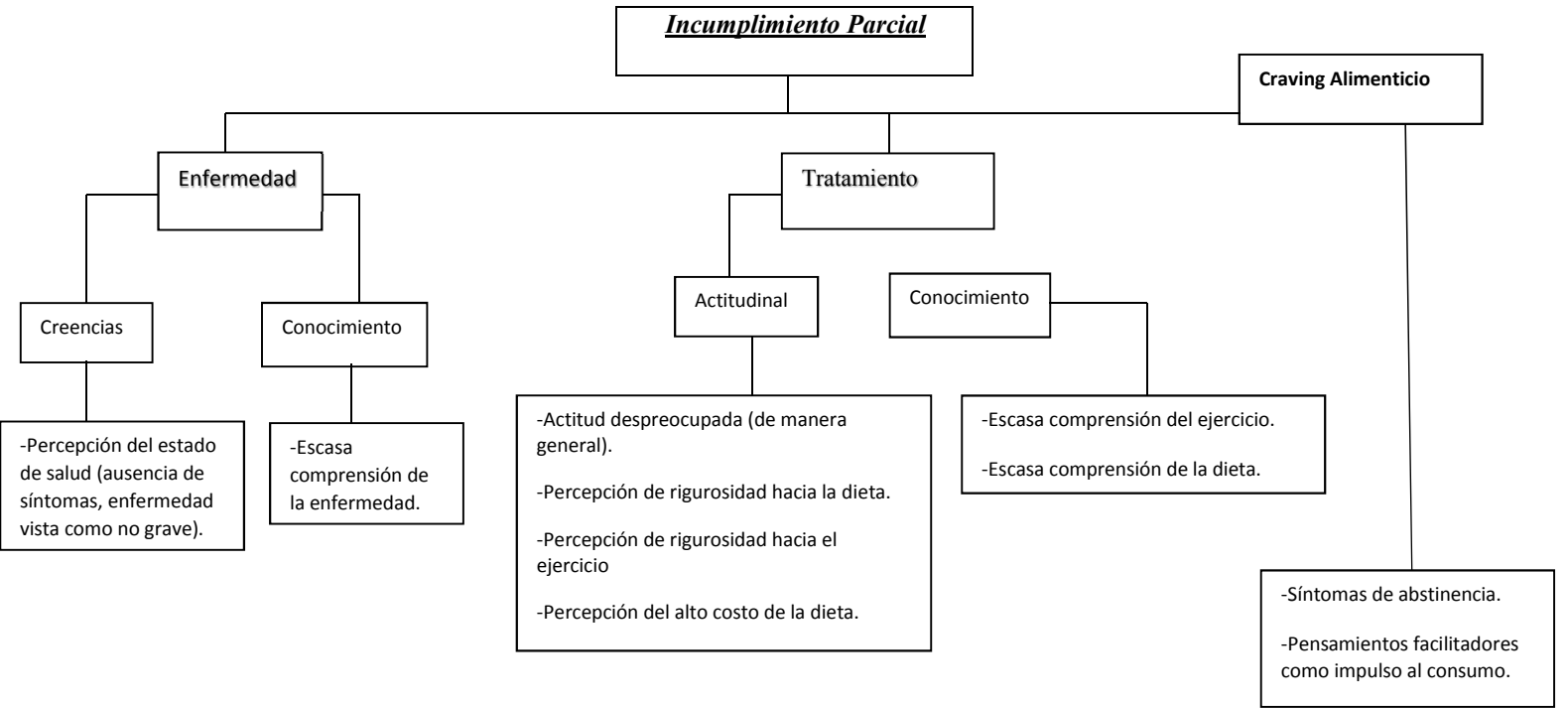


Figura 1. Elaboración propia.

### **8.1 Incumplimiento parcial**

El incumplimiento parcial se refiere a la conducta de un paciente de cumplir con el fármaco, la dieta alimenticia y/o el ejercicio físico indicado por el equipo médico tratante, en forma ocasional. A continuación, se detallan los factores que contribuían al incumplimiento parcial:

- **Enfermedad**

***Percepción de no gravedad:***

Algunos participantes refirieron tener la creencia de que su enfermedad no es grave, puesto que no manifiesta síntomas inmediatos. Según SZ, cuando le diagnosticaron la enfermedad, la ausencia de sintomatología influyó en la idea de que no se tratara de una enfermedad grave.

SZ expresa: *“Es que un médico me dijo tení el azúcar un poco alta, vamos a empezar a revisar. Y ahí me empezó a dar... pero nunca le di importancia, o sea, la verdad, como me sentía bien, nunca le di importancia. Pero si me han mantenido con tabletitas poh. Me*

*mantiene con tabletas, ahora me pusieron otras pastillas. Pero yo tampoco soy de los gallos que me cuidan, no comer azúcar o no comerme un pedazo de torta. O sea, obviamente no me como tres pedazos de torta, pero me como uno, pero no, es que no siento nada poh si ese es”.*

***Escasa comprensión de la enfermedad:***

Esta dimensión corresponde a la falta de conocimiento, respecto a las causas que originan la diabetes. Por ejemplo, algunos pacientes atribuyen las causas de su enfermedad a conflictos de tipo familiar. NS comenta: *“Cuando se me enfermó el Christopher(...) porque yo creo que cuando se me declaró la diabetes fue el susto, porque yo antes no tenía ninguna cosa”.*

- **Tratamiento**

***Actitud despreocupada:*** Esta dimensión se relaciona a una despreocupación respecto al tratamiento, es decir, hacia el fármaco, la dieta y/o el ejercicio. Varios participantes comentan que se les olvida la toma de fármacos en el horario prescrito.

NS relata: *“Si a veces como que me olvido que tengo que tomarme la pastilla, y tengo el celular ahí con las alarmas (...) a veces en la noche me acuesto y como que despierto y tomo la pastilla y sigo durmiendo”*.

### ***Percepción de rigurosidad hacia la dieta***

Una *percepción de rigurosidad hacia la dieta*, guarda relación con la idea que tienen los pacientes de lo difícil de cumplir con las indicaciones del tratamiento alimenticio. Nuestros entrevistados identifican este aspecto como uno de los más complicados del tratamiento.

De este modo la señora MR indica: *“Eee mira, para salir cuando te invitan a comer alguna cosa, ahí tiene una cosa como te produce algo, veí que comen cosas tan ricas otros y uno a veces tiene que medirse en las comidas, y eso es lo que a veces influye y dá hasta rabia y ahí uno a veces se descontrola y come también po”*.

***Percepción de rigurosidad hacia el ejercicio.*** Hace referencia a las dificultades para conciliar actividad física con la vida diaria. Para los pacientes realizar actividad física una vez concluida

su jornada laboral, significa un esfuerzo difícil de realizar.

En el siguiente relato, NS indica: *“En mi caso en dieta ahí no más, como las porciones que me dicen, el tema de ejercicio es el que me complica porque el más chico llega acá a las 5. Que en bañarse, estudiar, se hace tarde, ya no alcanzo a caminar, en la mañana es más que difícil salir por el tema de hacer aseo, cocina, porque a las 13:30 el almuerzo debe estar hecho, a la 3 y cuarto de vuelta en la escuela, a veces me llegan costuras, salgo sábado y domingo cuando llego al mall”*.

***Percepción alta del costo de la dieta:*** Se relaciona con el costo económico, de los productos alimenticios que establece el régimen dietario, y que implica un costo adicional para el presupuesto familiar.

Lo anterior es relatado por la señora MR: *“A veces si, porque las verduras están muy caras, hay que cargarle más a los porotos verdes, a la lechuga y como las verduras están caras, cuesta más”*.

***Escasa comprensión de la dieta y del ejercicio:*** Hace referencia a una falta de conocimiento, relacionado con la importancia del tratamiento de acuerdo a

la dieta, el ejercicio que sean significativos para la salud.

En relación al relato de la señora MI: *“¿Será por eso? Porque igual bueno pienso yo que es porque ya no puedo comer esto, no puede comer lo otro, pero yo tengo entendido bueno a mí los médicos me han dicho usted puede comer de todo en cantidades pequeñas...”*.

Del relato de SE: *“Es que mira, aquí el trabajo que yo hago, trabajar parte de piso, caminai todo el día, entonces no tengo necesidad de hacer ejercicio, porque entro de 7:30 a las 16:00 y estoy todo el día (...) entonces no necesito según yo ejercicio”*.

- **Craving alimenticio**

Según Chao, Grila, y Sinha (2015), el craving alimenticio puede ser entendido como un deseo intenso y específico de consumir ciertas comidas o tipos de alimentos, que es difícil de resistir. Estos cravings, son fenómenos comúnmente experimentados por la población en general, sin embargo, pueden llevar a un consumo no deseado de comida y gatillar sentimientos de culpa y vergüenza.

Para Wenzel, Liece, Beck, Friedman-Wheeler (2012), las personas sucumben

al Craving, y se involucran en conductas adictivas en parte debido a una cognición fallida, llamada “pensamientos facilitadores”.

En relación al relato de la paciente JG: *“Las ganas de comer porque a las finales si a uno le dicen no comas es como lo prohibido es lo que tiene el gustito, entonces si yo no puedo comer un trozo de torta, yo me desespero. Yo de hecho, yo me desesperaba si no tenía un pedazo de torta en el refri, aunque no lo comiera, aunque pasando dos o tres días yo lo botaba, pero si no estaba ahí, yo me desesperaba y tenía que ir a comprar algo. Pero eso fue al principio, que tenía ganas de salir arrancando, corriendo por algo dulce y yo no era de comer dulces, lo que a mí me gusta mucho y me gustaba mucho eran las comidas”*.

**Síntomas de abstinencia:** Se definen como aquellas reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona deja de consumir sustancias a las que es adicta. En la descripción de JG: *“Ahí se terminó la indigestión y comencé a sentirme mejor y empecé a hacer la dieta pero duro como tres meses, y me empecé a dar cuenta que si me comía un trozo de torta no me*

*pasaba nada no me dolía nada,  
entonces ahí me descuidé.*

**Pensamientos facilitadores:** Estos pensamientos, sirven como un permiso para involucrarse en una conducta adictiva. Algunos pacientes, encuentran el modo de justificar el por qué no adhieren a la dieta. NS: *“Ahí nomás, es que es difícil, ¿porque? Porque yo tengo niños chicos, entonces no les puedo cocinar a parte a ellos”.*

## **8.2 Adherencia parcial**

La adherencia parcial se refiere a aquellas conductas de los pacientes, que cumplen con algunas de las indicaciones farmacológicas, la supervisión y el control médico. A continuación se detallan los factores que contribuían al cumplimiento parcial.

- **Enfermedad**

**Percepción de amenaza:** Alude a aquellas expectativas del sujeto, relacionadas a posibles consecuencias asociadas a las patologías o comorbilidades, incluida la causal de muerte. Algunos pacientes manifiestan temor respecto a los posibles

efectos de la enfermedad, sea porque algún familiar la tuvo o por otras vías de conocimientos.

En relación al relato de la señora AP: *“Ay, miedo tenía, miedo, porque mi madre lo tuvo, un hermano también y murió. Y han muerto dos hermanos y mi madre de diabetes, y yo soy la última que me dio. Y hace más de veinte años que me dio la diabetes, ahora estoy aquí trabajando con ella”.*

### **Valoración de los efectos del fármaco:**

Se refiere a la actitud de la persona a sobre valorar los efectos reparadores y mantenedores del fármaco hacia la sintomatología de la enfermedad. Los participantes estiman, que el tomar el medicamento los protege de cumplir con las recomendaciones del tratamiento.

SZ, refiere: S: *“Obvio que sí. O sea, haber, si a mí el médico me dice yo que tengo diabetes y no me cuido, me puede dar esto, esto otro...qué sé yo hay varias cosas que te van dando por efecto de la diabetes. Pero prefiero tomar las pastillas y ser ordenado en las pastillas que a dejar de comer”.*

- **Entorno social**

**La valoración de la atención**, es aquella actitud que predispone una valoración hacia las prestaciones del equipo médico en general. Sea en el trato, la motivación y la supervisión y control que ejecuta el equipo tratante.

La señora AP, indica: *“Si, no, yo he tenido buenos médicos, y tengo la sociedad Española que me lleva todos los remedios que me da. Me los da bien. Y un día un médico me dijo, muéstrame los remedios, y como que vino aquí también, muéstrame los remedios que tomas, se los mostré, todo me dijo excelente”*.

**Valoración hacia las prestaciones de salud:** Es aquella percepción que las personas tienen del servicio público respecto a las coberturas y asistencia médica con relación a su enfermedad y tratamiento.

En relación al relato de la paciente MR, refiere: *“No tiene costo la diabetes porque está en el plan auge, y te dan todo, que te dan la maquinita, te dan la insulina, te dan las cosas que te meti pa tomarte la inyección, las agujitas, todo te da el plan auge, la diabetes está en el plan auge, es todo gratis”*.

**Dimensión Familiar:** Indica aquella importancia de los *vínculos familiares* que pueden ser elementos de disfrute o de adherencia al tratamiento en beneficio del control de la enfermedad. Para los participantes, las personas significativas son un motivador importante para adherir con su tratamiento.

En relación al relato de la paciente SE, refiere: *“Mira ahora sí le he tomado peso, porque como te decía mi hija tiene cuatro meses de embarazo entonces quiero disfrutar, de verdad quiero cuidarme; en serio, porque ya tengo mi edad entonces debo pensar yo en eso porque me decía porque mi hija estudia es preparador físico entonces dejó su carrera de lado o sea hay partes que la parte física no puede hacer por su embarazo entonces igual decía pucha no puedo hacer educación física y yo igual. Ella trata de salir adelante y yo igual por la bebé porque imagínate a mi edad y tener mi primera nieta, entonces trato de cuidarme”*.

En relación al relato del paciente RL, refiere: *“ahhh básicamente bueno, normalmente las parejas tienden a incentivarlos a uno para que sea cumplidor con la como a obligarlo a*



*mantener la dieta que tienen que mantener y a tomarse los medicamentos y todo eso entonces yo creo que mi mujer ha sido más controladora en el tema de la dieta entonces cuando cacha que me estoy pasando los puntos me chanta me dice no, no, ya has comido suficiente a la hora de almuerzo por ejemplo cuando vamos de visita a algún lado y uno se entusiasma con alguna cuestión ahí me para (...) El fin de semana es más complicado porque uno tienen más actividades yo diría que en eso, el tema de la familia eso...fuera de eso nada más especial”.*

## **9 Discusión**

En nuestra investigación no encontramos una no adherencia total al tratamiento de la diabetes tipo 2, puesto que esto implicaría que los pacientes no cumplieran las indicaciones médicas respecto a la toma de fármacos, la dieta alimenticia y la práctica de ejercicio físico. Lo que se desprende del análisis de los datos es una adherencia parcial, que puede ser entendida como aquellas conductas de los pacientes que cumplen con la prescripción médica de toma de medicamentos, supervisión y control médico pero sólo en algunos aspectos.

También los participantes se refirieron a un incumplimiento parcial, definido como aquellas conductas de los pacientes que cumplen en forma esporádica o no cumplen con las indicaciones relativas a la toma de fármacos, dieta y ejercicio físico.

En la categoría de adherencia parcial, la investigación indica que existe una percepción de amenaza de los sujetos, relacionada con las expectativas a las consecuencias de patologías futuras derivadas de la diabetes, incluyendo la muerte, que motivan a las personas al cumplimiento parcial del tratamiento, lo que podría explicar el por qué en algunos relatos los pacientes indicaban cierta ansiedad y la frustración que les significaba controlar su enfermedad y autorregularse, debido a que experimentaban preocupaciones y temores sobre posibles complicaciones. Lo anterior es congruente con el modelo de creencias de salud, que señala que una conducta en salud está influenciada por la percepción de amenaza que tiene el sujeto sobre la enfermedad y los beneficios percibidos respecto a esa conducta, (Rosenstock 1974 citado en Gil y Moreno, 2003).

Siguiendo esta misma categoría, existe una valoración a los efectos del fármaco, como lo más relevante del tratamiento, en desmedro de la dieta y del ejercicio. Y que según lo indagado al parecer esto no ha sido mencionado o profundizado por otros autores en la importancia de ésta variable. En el mismo sentido, la valoración a las prestaciones de salud, es un elemento de la adherencia parcial, debido a que las personas valoran el trato del equipo médico, los controles y la supervisión médica; lo que a su vez, los motiva a cumplir con el tratamiento. Adicionalmente, existe una valoración positiva de las prestaciones de salud. Esto último, es concordante con lo encontrado por Bolaños y Sarría-Santamera (2003), respecto a que los aspectos más valorados por pacientes con diabetes tipo 2 en su investigación, sobre los profesionales sanitarios, fueron que proporcionaban una información clara y adaptada, construían una relación de confianza, prestaban apoyo para el cambio y consideraban sus perspectivas y circunstancias existenciales. Lo anterior puede entenderse desde el modelo de creencias en salud puesto que los pacientes que cumplen con las indicaciones farmacológicas, controles y supervisión

médica, consideran su enfermedad como grave (severidad percibida), y valoran estas conductas por considerarlas beneficiosas y sin barreras importantes para efectuarlas.

Uno de los hallazgos que nos parece relevante dentro de la adherencia parcial al tratamiento, lo constituye la importancia de los vínculos familiares, como elementos motivadores para cumplir con el tratamiento farmacológico, motivación que implica una conducta a cuidarse para poder disfrutar de los vínculos familiares por el mayor tiempo posible. Al mismo tiempo, la familia también actúa como un apoyo y agente contralor, al recordarles a los pacientes cuando no están cumpliendo con el régimen alimenticio.

Respecto al incumplimiento parcial del tratamiento, la investigación muestra otro hallazgo que nos parece relevante, y que se relaciona con la falta de conocimiento por parte de las personas diagnosticadas con diabetes tipo 2, sobre la enfermedad en general y sobre la terapia dietaria y el ejercicio, lo que se manifiesta en una escasa comprensión de ambos.

De esta forma, estimamos pertinente distinguir entre conocimiento puro y creencias respecto a una determinada conducta, pues el conocimiento es relativamente sencillo de alcanzar y podría redundar en una modificación de conducta de salud en el corto plazo. Relacionado con la escasa comprensión, Troncoso, Delgado y Rubilar (2012), concluyeron que una inadecuada adherencia no farmacológica en pacientes con diabetes tipo 2, se relacionaba con un no cumplimiento a las indicaciones dieto terapéuticas o a una falencia en la interpretación del ejercicio físico como parte de la terapia.

Encontramos también, que del análisis de las entrevistas, se desprende la creencia de que la diabetes por no presentar síntomas, no es una enfermedad grave, lo que contribuye al incumplimiento parcial del tratamiento, y quizás a desvalorizar su potencial gravedad. Lo anterior es concordante con lo encontrado por Bolaños y Sarría-Santamera (2003), en un centro de Madrid, respecto a que la no presencia de síntomas, dificulta que pacientes con diabetes tipo 2, perciban la enfermedad como grave.

Otro aspecto relevante de la investigación, es que los participantes señalan que una de las cosas más difíciles de cumplir del tratamiento, es la dieta alimenticia. Existe una percepción de ser muy rigurosa, por lo que las personas se permiten salirse de ella y transgredirla autorizándose, junto a la creencia antes señalada de que el fármaco puede compensar estas situaciones y desviaciones de la enfermedad.

Otro factor que dificulta la dieta alimenticia, es una percepción de un alto costo económico adicional debido a los productos alimenticios que comprenden la dieta.

Siguiendo esta línea, la investigación arroja que existe otro elemento que es la privación del alimento, lo cual conlleva a la manifestación de *craving* alimenticio. Aludimos a que este es otro aspecto relevante de la investigación, ya que podría sugerir que una de las principales dificultades para cumplir la dieta estaría dada porque la comida genera un nivel de adicción, la cual encontramos que no era percibida como tal por los participantes.

De acuerdo a (Yau, Gottlieb & Potenza, 2014), estudios recientes, en el

caso de adicción a la comida, apoyan varios componentes del modelo de adicción a la comida, incluyendo las vías neuronales que involucran la sensibilidad a la recompensa, condicionamiento y control cognitivo. En particular, algunos alimentos ricos en carbohidratos o grasas, o su combinación, pueden poseer propiedades motivacionales de una forma análoga al abuso de drogas, y puede llevar de manera favorable a patrones de alimentación adictivos, reforzando esta conducta alimenticia que se refleja en los relatos de los pacientes al no poder resistirse ante un aperitivo a media noche, un encuentro social, o en situaciones ordinarias a lo largo del día. En el mismo sentido encontramos síntomas de abstinencia en algunos participantes, al dejar de comer y alivio al volver a comer alimentos que están fuera de la dieta alimenticia. Adicionalmente, algunos participantes tenían pensamientos facilitadores, que ayudarían a que se rompa la dieta alimenticia, actuando como un permiso para involucrarse en conductas adictivas.

El componente actitudinal que se desprende de la Teoría de la Acción Razonada, se aprecia en nuestra

investigación ya que alude, a los factores que influyen en el incumplimiento parcial, como lo son, una actitud despreocupada y generalizada al tratamiento; una actitud relativizadora general al tratamiento y una percepción de alto costo de la dieta. Es decir, detrás de esas actitudes existen creencias hacia el tratamiento y la enfermedad que podrían ser duraderas o pasajeras, de acuerdo al atributo que se le otorgaba al tratamiento y a la enfermedad. Por ejemplo, recibir una instrucción respecto a un tratamiento puede no ser congruente con lo que piensan, estiman o creen los pacientes respecto a su enfermedad. Esto se expresó en los datos demográficos de algunos participantes, quienes al preguntarles si han sido rigurosos con su tratamiento, responden con un no rotundo. Por otro lado, es posible visualizar la Teoría de la acción razonada en la adherencia parcial, donde la norma subjetiva, a partir de las creencias de los vínculos significativos, impactan en la decisión de los pacientes de cumplir con algunos aspectos de su tratamiento, como por ejemplo, la toma del fármaco.

En relación al ejercicio, el estudio arroja que éste no es considerado por los pacientes, estando prácticamente ausente como parte de su tratamiento, y la referencia del mismo solo se produce a requerimiento de los investigadores. Esto es relevante pues, de acuerdo a (Eckert, 2012) el ejercicio físico, junto a la nutrición y a la medicación, se ha considerado como uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes mellitus desde los últimos 100 años. Por otro lado, una vez instados a referirse al ejercicio, los entrevistados mantenían una percepción de rigurosidad respecto al mismo, lo que lleva a una ausencia de disposición a incorporar la práctica de actividad física como parte del tratamiento. Lo anterior también puede entenderse desde el modelo de creencias en salud, específicamente en lo relativo a la relación entre los costos y los beneficios de una conducta determinada, en este caso, la realización de ejercicio.

En nuestra investigación, el incumplimiento se debe a que las barreras son percibidas como más importantes que los posibles beneficios. Las barreras más importantes para los pacientes son las relacionadas con un estilo de vida

saludable, que incorpore una dieta y la práctica de ejercicio de acuerdo a las prescripciones médicas. La barrera, tratándose de la dieta, puede ser las ganas de comer o lo complejo de cocinar de manera diferenciada y tratándose del ejercicio, las actividades cotidianas no ayudan en permitir administrar el tiempo para realizar actividad física. Esto se encuentra en la dirección de los hallazgos de Terecho, Baute y Zamonsky (2015), que, en un estudio realizado en Uruguay, identificaron que la mayor falencia de la población encuestada con diabetes tipo 2, estaba en la adquisición de hábitos saludables, relacionados con la dieta y el ejercicio físico.

## **10. Conclusiones**

Los resultados de esta investigación reflejan que el tema de la adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2, es un fenómeno complejo multifactorial, y de suma importancia debido al crecimiento de la diabetes esperado a nivel mundial. Nuestro estudio al ser un estudio cualitativo, no permite que sus resultados sean generalizados a todos los pacientes con diabetes tipo 2, sin embargo, son significativos para el

grupo de personas que entrevistamos en nuestro estudio. Otra limitación, es que no podemos conocer con nuestra investigación en qué medida las creencias, actitudes, percepciones y motivaciones, están influenciadas por una falta de conocimiento sobre el tratamiento y la enfermedad.

Dentro de los hallazgos significativos, está el craving alimenticio, los síntomas de abstinencia y los pensamientos facilitadores, en el incumplimiento parcial de la dieta. La idea de que esto pueda ser el reflejo de una adicción, hace necesario futuras investigaciones, específicamente en el campo de la no adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2, así como en otras patologías, que podrían aportar un nuevo conocimiento para su tratamiento y comprensión, lo que podría tener importantes implicancias al tratar a pacientes con diabetes tipo 2 que hasta el momento no logran adherir al tratamiento.

Otro hallazgo significativo es la importancia de los vínculos familiares en la motivación para adherir al tratamiento de la diabetes tipo 2, así como la eventual participación de familiares en los procesos de tratamiento, lo que abre la sugerencia de realizar futuras investigaciones que permitan profundizar en la forma en que la diabetes tipo 2 podría impactar a los familiares del enfermo y eventualmente, dependiendo del resultado de las investigaciones, incorporar a la familia como parte del tratamiento y el apoyo a las personas afectadas por la diabetes tipo 2.

Estimamos que otro aspecto significativo de nuestra investigación, es que uno de los motivos por los cuales las personas no cumplirían con su tratamiento, podría deberse a una falta de conocimiento respecto a la enfermedad y su tratamiento, y no a creencias arraigadas, ya que la educación y conocimiento podría ser un factor relevante a considerar como parte del tratamiento de la diabetes tipo 2 y la adherencia de los pacientes.

## 11. Bibliografía

American Diabetes Association. (2017). *Classification and Diagnosis of Diabetes*. Diabetes Care, S11-S24

Arjona, E., Iriarte, K., Ribas, P. & Rivera, C. (2017). *Vivencia sexual y afectiva de mujeres chilenas heterosexuales luego de convertirse en madres* (Tesis de pregrado). Universidad Uniacc, Santiago de Chile.

Bolaños, E., & Sarría-Santamera. (2003). *Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo*. Aten Primaria Vol.32 (4) pag. 195-202.

Carpí, A., & Breva, A. (1997). *La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada*. Recuperado el 07 de julio de 2018 de <http://reme.uji.es/articulos/abreva7191302101/texto.html>

Corbin, J. & Strauss, A. (1990). *Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria*. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.

Colegio de Psicólogos de Chile A.G. (1999). *Código de ética Profesional*.

Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento de los E.U.A. (1979). Informe Belmont: *Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos*. Recuperado diciembre de 2016 de <http://bit.ly/2cpbjz1>

Eckert, K. (2012). *Impact of physical activity and bodyweight on health-related quality of life in people with type 2 diabetes*. 303-310.

Figuroa, C. (2010). *Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de la empresa promotora de salud de Bucaramanga*. Recuperado el 26 de abril de 2018 de <https://tangara.ues.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf>

Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of Grounded Theory*. Mill Valley: C. A. Sociology Press.

- Guzmán-Juárez, N., & Madrigal-Bujaidar, E. (2003). *Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes mellitus*. *Bioquímica*, 28 (2), 14-23.
- Hernández, R., Fernández, J. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª edición, México: McGraw-Hill Latinoamericana Editores, S.A., 2014.
- Hernández, N. & Sanchez, J., *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*, LibrosEnRed, 2007.
- International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes Atlas, 8th edn*. Brussels, Belgium. Recuperado el 15 de mayo de 2018 de: <http://www.diabetesatlas.org>
- Libman, Ingrid M.. (2009). *Epidemiología de la diabetes mellitus en la infancia y adolescencia: tipo 1, tipo 2 y ¿diabetes "doble"?*. *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*, 46(3), 22-36. Recuperado en 22 de mayo de 2018, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-30342009000300003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342009000300003&lng=es&tlng=es).
- López Doblás, J. (2005). *Herramientas para el trabajo sociológico*. (pp.57-90). En: Iglesias DE Ussel, J.; Trinidad Requena, A.
- Martín, L., & Grau, J. (2004). *La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*. *Psicología y Salud* Vol. 14, (1): 88-89.
- Minsal (2010). *Ministerio de Salud. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2*. Recuperado el 28 de junio de 2018 de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>
- Mora, J. (2015). *Creencias y motivaciones de un grupo de diabéticos del Cesfam Cardenal Raúl Silva Henríquez (tesis de magister)*. Universidad de Chile. Santiago.
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). *El modelo de creencia de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud*. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* Vol. 3, (1): 91-109.
- OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos de largo plazo, pruebas para la acción*. Recuperado el 05 de julio de 2018, de



<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2c012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Ortiz, G., & Ortega, E. (2011). *Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud*. *Psicología y Salud* Vol.21, (1): 79-90.

Ortiz, M., Ortiz E., Gatica A. (2011). *Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. *Terapia psicológica* vol.29 no.1. 5-11.

Recuperado el 23 de abril de 2018 de

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100001)

Peralta, M., & Carvajal, P. (2008). *Adherencia a tratamiento*. Recuperado el 04 de julio de 2018 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>

Quevedo, R., Castaño, C. (2002). *Introducción a la metodología de investigación cualitativa*. *Revista de Psicodinámica*, (14), 5-39.

Sapunar, J. (2016). *Epidemiología de la diabetes mellitus en Chile*. *Revista médica clínica Las Condes* 27(2), paginas 146-151.

Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). *Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no adherencia*. Recuperado el 21 de mayo de 2018 de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>

Smith, J. A., Harré, R., Van Langenhove, L. (eds.) (1995) *Rethinking methods in psychology*. London: Sage.

Strauss, A. L., Corbin, J., & Zimmerman, E. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín (Colombia). Universidad de Antioquia.

Terechenko, N., Baute, A., & Zamonsky, Z. (2015). *Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II*. *Biomedicina*, 10. 20-33.

Troncoso, C., Delgado, D., & Rubilar C. (2013). *Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2*. *Rev Costarr Salud Pública* Vol.22, N.1. 9-13. Recuperado el 23 de abril de 2018 de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>

Yau, I., Gottlieb, C., Krasna, L. & Potenza, M. (2014). *Food addiction: evidence, evaluation and treatment*. En Rosenberg, K., Feder, L. (2014). *Behavioral Addictions: criteria, evidence and treatment* (pp.143-148). New York, USA: Elsevier

## 12. Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado



### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza del estudio, así como de su rol dentro de este como participantes.

La presente investigación es conducida por los Alumnos Tesistas *Mauricio Sanhueza, Marcelo Cortes, Álvaro Seguel*, de la Universidad UNIACC, de Santiago de Chile. La meta de este estudio son las “Creencias sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (de tipo semiestructurada). Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se audio-grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

**Por lo tanto:** Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por *el equipo Investigador*. Además, he sido informado (a) de que la meta de este estudio es para propósitos de *investigación del programa de titulación de los alumnos antes identificados de la Universidad UNIACC*.

Me han indicado también que tendré que responder *preguntas en una entrevista*, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta entrevista es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto signifique perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Señor; Víctor Figueroa Docente Supervisor del presente Seminario de la Universidad UNIACC al siguiente email: [xxxx](#)

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----  
**Nombre del Participante**

**Firma del Participante**

**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Investigador**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Anexo 2. Datos demográficos de los participantes



### DATOS DEMOGRÁFICOS

**TÍTULO:** *Creencias sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II.*

**Investigadores:** *Marcelo Cortes; Mauricio Sanhueza; Álvaro Seguel.*

**Fecha:** *06 de Junio de 2018*

#### 1. ¿Cuál es tu grupo de edad?

\_\_\_\_\_ 17 o menos      \_\_\_\_\_ 18-20      \_\_\_\_\_ 21-29      \_\_\_\_\_ 30-39  
\_\_\_\_\_ 40-49      \_\_\_\_\_ 50-59      \_\_\_\_\_ 60 o más

#### 2. ¿Cuál es su sexo?

\_\_\_\_\_ Hombre      \_\_\_\_\_ Mujer      \_\_\_\_\_ Otro

### 3. Nacionalidad

\_\_\_\_\_ Chilena                      \_\_\_\_\_ Otra

### 4. ¿Cuál es tu estado civil actual?

\_\_\_\_\_ Casado/a                      \_\_\_\_\_ Viudo/a                      \_\_\_\_\_ Divorciado/a                      \_\_\_\_\_ Separado/a

\_\_\_\_\_ Soltero/a                      \_\_\_\_\_ Conviviente civil

### 5. Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado:

\_\_\_\_\_ Básico                      \_\_\_\_\_ Media                      \_\_\_\_\_ Superior                      \_\_\_\_\_ Otro

### 6. ¿Cuál es su orientación sexual?

\_\_\_\_\_ Heterosexual                      \_\_\_\_\_ Homosexual                      \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bisexual                      \_\_\_\_\_ Otro

**7. ¿Cuál es su ocupación actual?**

---

**8. ¿Se identifica con alguna Etnia – Raza? ¿Cuál?**

---

**9. ¿Adhiere a alguna Religión o credo? ¿Cuál?**

---

**10. ¿Presenta algún tipo de discapacidad? ¿Cuál?**

---

**11. En qué año fue diagnosticado de diabetes mellitus.**

---

**12. En qué fecha inicio su tratamiento.**

---

**13. ¿Cuál es el tipo de tratamiento que recibe?**

---



---

**14. Presenta otra condición médica que exista simultáneamente, pero con independencia de la diabetes mellitus:**

---

**15. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido intermitencias en su tratamiento?**

En cierta medida **sí**            En cierta medida **no**            Definitivamente **no**

Definitivamente **sí**

Anexo 3. Validación instrumento por parte del experto



**Pauta para la validación de instrumentos por  
expertos**

Santiago, 02 de mayo de 2018.

Estimad@

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Presente

En nuestra calidad de estudiantes de Seminario de Grado de la Escuela de Psicología de la Universidad UNIACC, le solicitamos su colaboración como experto/a para validar el/los instrumentos de evaluación elaborados para fines de nuestra investigación.

Para desarrollar la validación del o los instrumentos, usted debe completar esta pauta en los puntos II, III y IV.

Agradecemos su tiempo y nos comprometemos a compartir con usted los resultados de esta investigación cuando haya finalizado.

## **I. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN**

- Nombre del Trabajo de Investigación Aplicada:

“Creencias relacionadas con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II”

### **Estudiantes**

Marcelo Cortés Cañete

Mauricio Sanhueza Kegan

Álvaro Seguel Sanhueza

### **Profesor Guía:**

Víctor Figueroa Guíñez

- Objetivo general de la investigación:

“Conocer las creencias de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II relacionadas con la adherencia a su tratamiento”.

- Objetivos específicos de la investigación:

- Identificar las creencias que los pacientes diabéticos sostienen respecto de su enfermedad.
- Identificar las creencias que los pacientes diabéticos sostienen respecto de su tratamiento.
- Identificar las creencias que los pacientes diabéticos sostienen respecto del sistema de salud.

## **II. DATOS DEL EXPERTO**

- Nombre:
- Título Profesional:
- Grado Académico:
- Actividad:

## **III. EVALUACIÓN**

Le rogáramos consignar si los instrumentos revisados para validar, se ajustan a alguna de las siguientes categorías:

- Adecuada

- Necesita mejorar
- Cambiar
- Volver a presentar

#### **IV. OBSERVACIONES**

Por favor agregar todas aquellas observaciones y sugerencias para la mejora del instrumento y de su aplicación.

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre y Firma Experto

#### Anexo 4. Ejemplo de Entrevista

##### **Entrevista 25 de mayo de 2018 Paciente (seudónimo) MM**

¿Hace cuánto tiempo más o menos le diagnosticaron la diabetes?

R. Hace como 10 a 11 años por ahí más o menos.

Fue hace tiempo, pero ¿cómo fue para usted enterarse que tenía diabetes?

R. Ayyyyy terrible, terrible terrible, porque ya sabía cómo era la diabetes, ya me habían contado todo eso...

.. ¿Quién le había contado?

R. Eee personas así vecinas, me contaban como era, que era difícil

¿Le habían contado antes que usted tuviera?

R. Antes, entonces después cuando empecé yo no tenía idea yo empecé a tomar agua agua pura agua agua, mi boca se secaba incluso ya lo último mi paladar la lengua se me pegaba en el paladar entonces mi hija me llevó al médico y me dijo al tiro diabetes, era diabetes

¿Algún familiar había tenido?

R. No, no, a mí me dio por problemas en la casa, el doctor me dijo que me había salvado por milagro. Si yo fui llegué al hospital allá en Antofagasta con 70 de va con 700

¿Qué fue lo primero que pensó se acuerda?

R. Nooo, yo lo primero que pensé es que yo a lo mejor yo ya no iba a existir más, yo dije hasta aquí llegó mi vida,

Y esto era por la idea de que tenía de la diabetes, que era una enfermedad grave...

R. Yo más o menos tenía idea yo creía que era grave sí, yo pensé que era grave si por lo que me contaban que no se comía esto que no se comía esto otro y puras cosas así y yo dije yo que como todo yo comía todo, de todo, nada me hacía mal, entonces yo...

... ¿Y esto de que se trate de una enfermedad de por vida, igual es distinto, igual impacta más?

R. Si también, porque uno no está bien, no hace sus cosas tranquilas, no puede comer tranquila tampoco hay que estar privándose de muchas cosas, entonces, es complicado.

¿Recuerda que tratamiento le indicaron?

R. Tratamiento del de la pa inyectarme con la insulina, tenía que inyectarme no recuerdo las cantidades en ese tiempo, pero era en la mañana y en la en el almuerzo y en la noche...

... Y de inmediato la insulina. ¿No los otros fármacos?

R. No, de inmediato me dejaron con insulina, NPH.

¿Qué más aparte del tratamiento?

R. Después ahora último el año pasado parece que fue no me acuerdo bien ahí cuando me trataron de cambiar la insulina era otra insulina que me iban a poner y yo yo lo rechazaba no lo se me volvió a subir a subir la glicemia si estuve hospitalizada y no no pudieron bajar y en el mismo hospital y yo si lo que decía yo no puedo usar otra insulina tiene que ser la NPH hasta que ya lo logré y me inyectaron de nuevo la NPH ahí recién llego mi normalidad, de nuevo.

Y en general la experiencia con esta insulina ¿cómo ha sido?

R. Difícil,

¿Por qué?

R. Difícil, porque uno se inyecta en la mañana tiene que esperar media hora máximo o una hora hay que esperar para poder comer alimento y uno hay veces que uno está apurada y se inyecta y quiere tomar desayuno y salir y no se puede y ese es el problema...

¿Y ahí se olvida a veces?

R. ¡Claro! se olvida uno y no otra cosa uno se pincha y está apurá y llega y toma desayuno y sale poh, pero nunca me ha pasado nada en ese sentido. Igual que las comidas las comidas también, no puede comer uno lo que uno quiere, tiene que ser...

...Eso le iba a consultar ¿Cómo parte del tratamiento le indicaron dieta?

R. Sí, sí, las verduras, las frutas.

¿Y cuál ha sido la experiencia con la dieta?

R. Difícil, difícil para acostumbrarse a la dieta, no no sé pa' mí no sé para otras personas...

... Nooo ¿para usted?

R. Para mí ha sido difícil, porque yo como le dije yo comía de todo de todo y cuesta mucho dejar de comer lo que a mí me gusta; y lo que a mí me gusta no puedo comerlo; ese es el problema (risas) entonces bucha igual estoy pellizcando ahí comiendo y no debo comer.

¿Cuál es la dieta que debiera tomar diaria?

R. Diariamente, eso, medio pan con una taza de leche o yogurt o té, pero con quesillo cosas así sin grasa, sin azúcar, sin nada, ese el desayuno. Y en el almuerzo tengo que comer puras ensaladas yyyy arroz, pero mínimo poquito, una media taza, fideos igual, porotos igual es muy difícil, es muy difícil llevar esa situación del alimento y de la dieta.

¿Hay días que la cumple o ningún día últimamente la ha cumplido?

R. Nooo hay días que uno no puede cumplir porque le dan ganas de comer y come más de la cuenta sí....

... ¿Ahí ve usted que su salud empeora?

R. Si, entonces uno ahí a la larga uno ya aprende, por ejemplo, un día como así y al otro día estoy mal entonces ya no tengo que comer más; entonces al otro día si yo me sigo cuidando ya no estoy mal, hasta la fecha ya aprendí a cuidarme en cuanto al alimento ya pasaron los



años entonces aprendí a cuidarme como corresponde, claro de vez en cuando igual, igual me largo a comer una cosa, por ejemplo me como una dos uvas de más, de más porque tengo un promedio de cinco uvas que tengo que comer, entonces yo me hecho dos o tres más entonces ya me estoy pasando de la dieta ya igual que el arroz, el fideo, el pan, más que nada el pan, porque el pan yo sé que no puedo dejar el pan,

¿No?

R. No, no puedo pa nada, yo tengo que comerme la mitad de un pan pero siempre me paso más de la cuenta.

¿Siempre le ha gustado el pan?

R. Sí, no puedo dejarlo.

¿Ejercicios le recomendaron alguna vez?

R. Si, ejercicio también tenía que hacer ejercicio, si si estaba haciendo ahora este año no hice porque no ha llegado a la junta de vecinos ahí hacen ejercicio, hacen actividades.

A y usted participa

R. Claro, entonces voy a ahí a participar

¿Le gusta participar

Si

¿No le cuesta?

R. No en ese sentido no, cuando hay algo así voy no más...

¿Y siente que le hace bien el ejercicio?

R. Si, si, uno se siente más relajada, uno se siente como más ágil para hacer sus cosas, por eso.

En general, respecto al tratamiento... ¿qué opinión tiene usted respecto al tratamiento?

R. Haber el tratamiento. Para mí no existiera el tratamiento, pero tengo que seguirlo poh (risas).

¿Sirve el tratamiento?

R. Sirve, sirve mucho porque si no lo seguimos el tratamiento uno se se se descompensa,

¿Descompensa?

R. Se se descompensa, claro...

¿Si tomamos la insulina, la dieta, o el ejercicio que es lo más difícil para usted?

R. La dieta

Lejos...

... Sí lejos la dieta, el ejercicio no, el ejercicio que uno le manden hacer uno lo puedo hacer, pero la dieta cuesta...

Y ahí en la junta de vecinos van me imagino se conocen ahí van amigo va generando otros lazos ...

R. Sí.

¿Eso es por consultorio?

R. Claro, si por consultorio.

En la vida familiar, ¿usted cree que ha tenido consecuencias la diabetes? Que usted esté enferma de diabetes, ¿ha tenido consecuencias en el entorno, en la familia?

R. Como no le entiendo...

Ha impactado, ha tenido efectos, ha tenido problemas con su familia, ha sido difícil conciliar el tema de la comida con el resto

Si

¿Tiene mal genio?

R. Eso sí. Si, si cuesta, porque por ejemplo mi hija ella me controla bastante, ella me dice ya toma hay que comprar la verdura hay que comprar esto otro y yo le digo ya poh, pero hay veces como que a mí me cuesta comer porque a mí las ensaladas me hinchan también entonces me cuesta comer y cuando no lo como entonces yo tengo problemas con ella porque me dice que yo no como y ahí se me pierden las verduras, entonces si en ese aspecto he tenido problemas con con mis hijas, son ellas las que me llevan el control. Me controlan más que nadie, entonces sí he tenido problemas y otra cosa también que como que a uno de repente le no sé poh se siente mal o que si uno fuese un estorbo o como si uno fuese como que estuviera eee como le dijera yo, molestando.

¿El resto se restringe porque usted tiene la diabetes?

R. Eh nooo, casi nooo.

¿Y a qué se refiere con eso de que está molestando?

R. Eso e imagino yo, creo, como que yo estoy molestando, como que yo no sé poh estoy se preocupan por mí si está bien, pero eso es lo que siento yo que yo molesto, que yo estoy...  
... Que en realidad están muy pendientes de usted en vez de estar haciendo sus cosas.

R. Si, también digo yo y eso es lo que más me molesta, no quiero que ellos se estén eee preocuparse tanto por mí poh pero así lo hacen por el bien mío no más poh no porque ellas quieran molestarme sino que yo no más pienso que ellos se sienten mal, que se sienten muy obligados a mí.

¿Y usted se los ha dicho?

R. No, no quiero decirles tampoco yo, yo me guardo así calladita no más...

... Sus cositas

R. Sí. Disculpe que me emocione...

No se preocupe, siempre pasa aquí...No sabe uno en que instancia se desahoga...

... Sí, que uno tampoco no puede estar en la casa diciendo que esto me parece mal, déjenme a mí no más sola, a veces tengo ganas de decir déjenme no más sola, no se preocupen por mí, pero es que no...

¿Quizá por eso le guste también ir a los ejercicios, sale de la casa, un ratito para usted, o la acompañan también? No creo.

R. No no, ahí me deshago con las compañeras no ahí, conversamos incluso de la misma diabetes ahí conversamos.

¿Hay varias que tienen diabetes?

R. Si, la mayoría, mayoría. Hay mucha gente con diabetes.

Pero ahí me perdí, ¿entonces usted me decía que en la junta de vecinos. No es que sean enviados por el consultorio a esa junta de vecinos. Ustedes van y se inscriben

R. Sí, claro. Del adulto mayor.

¿Y el consultorio que hacen?

R. Los consultorios no sé, a mí no me han ofrecido nada, solamente atención. La atención tampoco ha sido mala, conmigo ha sido buena. Conmigo me han tratado bien me han atendido bien, no tengo nada que decir de ellos.

¿Se ha sentido alguna vez como discriminada por amigos por compañeros, por grupos sociales, por tener diabetes?

R. No, no, eso no, no lo he sentido.

¿Qué tan necesario cree que es el tratamiento de la diabetes, es importante?

R. Sí, es importante porque si no no no sé a lo mejor no llegamos, no llegaríamos ni a la esquina.

¿Se siente capaz de cumplir con el tratamiento?

R. Mmm si, si.

¿A pesar de estas interferencias, intermitencias?

R. Si, sí.

¿Si puede hacerlo?

R. Si si se puede, como dice el dicho el que quiere puede. Si.

Cuando usted piensa en las razones para cumplir ese tratamiento. Por la razón más grande que usted tiene para cumplirlo ¿cuál es?

R. Para vivir un poco más, yyy estar con mi familia, sobre todo con mis nietos, para verlos crecer, verlos grandes.

Su experiencia con los médicos del consultorio o que le ven la diabetes ¿cómo ha sido?

R. La experiencia ha sido buena, no he tenido ningún dificultad, ningún problema

¿Cuándo usted me dice ha sido buena la experiencia, ¿en base a qué?

R. La atención, la atención, las indicaciones que a mí me han dado, que esto tiene que hacer, que esto tiene que inyectarse a tal hora, todo bien explicado sí, antes yo entendía todo, pero ahora como que se me va olvidando

Se va pasando el tiempo...

R. Sí, y no no he tenido ningún problema con médico ni con enfermeras incluso cuando estaba hospitalizada no he tenido problemas con nadie, siempre me atendido bien.

Con la nutricionista. ¿Cómo ha sido su experiencia?

R. Bien buena, porque ella sabe explicarme y me dice las cosas que no debo hacer.

¿Se lo dice de buena forma?

R. Claro, buscando el medio como yo acomodarme a mi alimentación.

¿Y con la enfermera?

R. No tampoco, también ellas me han atendido bien, no he tenido problemas, con nadie de los hospitales.

Para ir cerrando. Cuénteme, que es lo más difícil ahora que ya hemos hablado y ya que lo conversamos, ¿qué es lo más difícil de esta enfermedad?

R. De llevar la insulina, inyectarse, estar pendiente de la insulina eso es lo más difícil, porque hay veces en que uno se inyecta y come un poquito más y sube la azúcar y ahora me dieron una insulina ehhh como la cristalina para bajar rápido la diabetes ósea el azúcar entonces me dieron eso para cuando yo tenga muy alta para que me inyecte eso , también es difícil porque o si le echay mucho también es muy rápida entonces baja demasiado entonces cuesta y yo prefiero cuidar mi alimentación en vez de estar poniéndome esa insulina.

¿Cuánto cambio la vida?

R. Un montón, montón. Mucho mucho cambió la vida. Ya uno no anda tranquila, porque por ejemplo uno sale a comprar y ya estoy mirando la hora pucha son las doce ya tengo que ir a almorzar

Para yo justamente iba mi pregunta, esto todos los días, uno ya no está tranquila, ¿no hay un día que se me olvidó que tenía diabetes?

R. Noooo, sobre todo con la insulina no se puede no se puede olvidar uno y uno como se acostumbra tampoco ya no se olvida porque uno donde esté ya se recuerda que se tiene que inyectarse ya tiene que ir a almorzar, ya tiene que ir a comer no puede atrasarse en el almuerzo no puede atrasarse en la comida las colaciones, sobre todo en las colaciones no se puede atrasar porque si usted se atrasa en las colaciones ya viene sobre la comida la azúcar se sube a las nubes.

Que tan importante es, o de los tres, el medicamento, la dieta el ejercicio, ¿qué considera usted que es lo más importante?

R. mmm los tres, porque le ejercicio es bueno, la dieta tiene que saberla llevar y también es buena porque uno solamente va bien y no sufre esos altos y bajos y el tratamiento de la insulina uno tiene que estar al pie la letra.

Mercedes yo la escucho y veo que está clarita con el tratamiento, buena relación con los profesionales. Que falta para mantener la adherencia al 100

R. El desorden de comer no más, el tema de la dieta, no se puede la dieta.

## Anexo 5. Muestra de una codificación.

Línea	Modelo de Beck / TAR	MCS	Categorías conceptuales (codificación teórica)	Transcripción	Códigos (codificación abierta)	Observaciones	MR	
2 3				¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la diabetes? R. El 2017 veinte del cuatro de 2017 me lo indicaron los exámenes. ¿Y cómo se dio cuenta de la enfermedad, o fue a través de una consulta rutinaria?			MR	
5	Creencias de la enfermedad			R. Rutinaria, fui por que me dio una parálisis facial, y fui que me la vieran y el médico me mando hacerme todos los exámenes de sangre, entonces en el chequeo general ahí salió que era intolerancia a la insulina....ahí fue.	Diabetes reconocida de forma accidental, no tenía sintomatología enfermedad compleja (terrible)	Desconocimiento de la enfermedad.		
6				...Mmmm 2017, ¿Y cuando el doctor le dijo que tenía diabetes, qué se le pasó por la cabeza? R. Eee que era una enfermedad más porque en mi casa también tengo uno con diabetes, insulino poh insulino dependiente, entonces ya yo dije una más, porque mi hija también había salido con tolerancia, entonces ahh yo dije somos una familia diabética.			Irrelevante	
7 8	Creencias de la enfermedad		Concepción de la diabetes influida por los demás (difícil)	¿Mmmm? R. Pero gracias a Dios que la Leslie (hija), ya se terminó, tratamiento cero. Entonces yo igual estoy haciendo el mismo tratamiento igual como hizo con ella, Para que a mí también me salga ahora que tengo que ir el otro mes a hacerme los exámenes de nuevo para ver 2018 mayo? el otro mes tengo que ir a verme los porque aun me falta tomarme los remedios, terminando el tratamiento con todos los remedios para que ir para que salga bien.	Concepción de la diabetes como una enfermedad asumida por resignación, la conoce de forma cercana. Es algo familiar.	Creencias familiares	Creencia como una enfermedad no grave	Incumplimiento Parcial (Percepción estado de salud).
9	Creencias de salud y cuidado		Escaso conocimiento de diabetes	...Cuando la diagn'oticaron le dieron los medicamentos..			Actitudinal	Cumplimiento Parcial. (Importancia vinculos familiares)
10	Creencias de salud y cuidado		Conducta de cuidado depende de otros	R. Ehh claro, me dio la receta el médico para que me fuera tomando los remedios, hasta la metformina me dijo, una diara, me mando a la nutricionista a bajar de peso, porque estaba muy alta de peso..y. ¿Y qué le parecieron esas medidas que tuvo que darle el doctor? R. Mal pu, porque a mí no me gustaba que me dejaran a mí que estaba muy gorda y bajar de peso...sí pu a quien le va a gustar que estai muy gorda y que bajar de peso, al menos la nutricionista fui donde ella una sola vez y no fui más	Falta de reconocimiento de su obesidad	No la reconoce la pone fuera de su responsabilidad.	Irrelevante	
11	Creencias de salud y cuidado		Diabetes producto de causas externas.	...No fue más donde la nutricionista?	Diabetes producto de causas externas. Conducta de cuidado tardía	¿Cuidado depende de los demás?	Actitudinal	Cumplimiento parcial. Percepción de rigurosidad.
12	Creencias de la enfermedad		Diabetes asociada a conflictos familiares	R. Noo, no me gustó. Porque me dijeron que estaba muy guatona...si pu (risas), a nadie le va a gustar eso po.	Con ocasión a la diabetes, refleja molestia por la recomendación de la profesional, respecto a la dieta.		Actitudinal	Cumplimiento parcial. Percepción de rigurosidad.
13				...O sea, la diabetes en sí, a usted le genera una incomodidad, o que idea tiene usted de la enfermedad?				
14 15	Creencias del tratamiento		Diabetes asociada a privación de alimentos	R. Eee mira, para salir cuando te invitan a comer..alguna cosa, ahí tiene una cosa como te produce algo, vei que comen cosas tan ricas otros y uno a veces tiene que medirse en las comidas, y eso es lo que a veces influye y dá hasta rabia y ahí uno a veces se descontrola y come también po. ...Lo hace igual.	Diabetes limita la dieta. Genera sentimientos de rabia hacia la enfermedad por la privación alimenticia.	Dificultad para postergar la gratificación	Actitudinal	Incumplimiento parcial. Percepción de rigurosidad: Privación de alimentos
16 17 18				R. A veces siiiii eee cuando uno esta fuera..cuando estai fuera de la casa y te invitan a alguna cosa como comida rica veis tanta que a veces uno tení que no comer pero igual te dan ganas de comer y ahí taa po. ...Por el tema de la comida? R. Claaaro.	Diabetes produce intranquilidad (interfiere con la vida cotidiana) / Diabetes requiere privación de alimentos	Creencias de la enfermedad. Importante impacto de la privación de alimentos (¿adicciones?)	Actitudinal	Incumplimiento parcial. Percepción de rigurosidad: Privación de alimentos
19				...Esta enfermedad generalmente cierto, los médicos dicen o sea sea tipo 1 tipo 2 son de por vida?				
20 21		Creencia que la enfermedad es de origen epigenético.		R. Eee sí, a veces son por vida o son genéricas, (genéticas?), claro, genéticas, a veces los papas la tienen la generan a los hijos, también se produce así. ...Usted me decía que su esposo tuvo, o tiene diabetes?	Creencias del origen de la enfermedad de tipo genético.		Irrelevante	
22		Distorsiones cognitivas y emocionales.	Concepción de la diabetes influida por factores externos, afectivos y emocionales.	R. Siii, el tiene más de 20 años..(harto tiempo), el se le produce por una emocional (mire?), claro por una emocional, porque donde falleció su abuelita que lo crió, lo crió a él, la emoción de la abuelita y donde viajo de ovalla pa cá, se comió un kilo de pastillas toffee más las bebida....después tuvo que hacerse los exámenes y diabético completo y es emocional esa diabetes y es más complicá.	Creencias afectivas de preocupación generan de rebote la enfermedad.		Conocimiento	Incumplimiento Parcial. Tto. Escasa comprensión de la enfermedad.



