

# Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo

Concepción López-Ramón,<sup>1</sup> María Isabel Ávalos-García,<sup>2,3</sup> Manuel Higinio Morales-García,<sup>2</sup> Heberto Romeo Priego-Álvarez<sup>2</sup>

*conchilr@hotmail.com*

## RESUMEN

**Introducción.** La diabetes mellitus, constituye un importante problema de salud pública. Las grandes fallas en su manejo, están representadas por cifras cada vez más altas de complicaciones, defunciones y altos costos. Hallar vías para reducir esas fallas es un reto.

**Objetivo.** Identificar las perspectivas de los pacientes con diabetes mellitus respecto al control de su enfermedad.

**Método.** Se realizó una investigación cualitativa basada en teoría fundamentada en unidades médicas de Seguridad Social en Centro, Tabasco, 2013. Participaron 50 pacientes en 8 grupos focales, se emplearon guías, cuestionarios, entrevistas y dinámica de grupos. La información fue documentada, saturada y categorizada, se integraron los discursos más representativos, derivando en conclusiones. **Resultados.** Perspectivas: “El médico me trata como una enfermedad no como una persona”, “Hacen su trabajo de manera mecánica, sin voltear a vernos”, “Nos dan el medicamento cuando hay y no nos revisan”, “El mayor reto es enfrentar diariamente la enfermedad”, “Fallamos en la fuerza de voluntad”, “Me llena de coraje y me deprime saber que tengo diabetes”, “Es lo peor que te puede pasar”, “Falta apoyo de mi familia”, “Tenemos todo en contra”, “Todo incita a comer chatarra”, “Nos excluyen en todos los ámbitos”. **Conclusión.** Las perspectivas de los pacientes revelan la necesidad de ser atendidos y entendidos como personas y no como enfermos, la dificultad que enfrentan para integrar su vida con su enfermedad, lo solitarios que se sienten ante esta batalla y lo indefensos que se encuentran ante el contexto, son razones suficientes para entender porque no logran controlar su enfermedad.

**Palabras claves:** *Diabetes mellitus, control metabólico en diabetes mellitus.*

## SUMMARY

**Introduction.** Diabetes mellitus is an important public health problem. The major flaws in its management are represented by the increasingly high number of complications, deaths and costs. Finding ways to reduce these failures is a challenge.

**Objective.** To identify the perspectives of diabetes mellitus patients regarding the management of their disease.

**Method.** A qualitative research based on grounded theory was conducted in 2013 at medical units of the Mexican Social Security Institute, located in Centro, Tabasco. 50 patients participated in 8 focus groups. The researchers used guides, questionnaires, interviews and group dynamics. The information was documented, summarized and categorized. The most representative expressions were integrated and conclusions were derived.

**Results.** Perspectives: “The physician treats me like a disease and not like a person”, “Doctors do their job mechanically without paying real attention to us”, “They give us medicine when it’s available but they don’t examine us”, “The biggest challenge is to daily face the disease”, “Our willpower fails”, “It makes me angry and depressed to know that I have diabetes”, “This is the worst that can happen to you”, “I need more support from my family”, “Everything is against us”, “Everything encourages me to eat junk food”, “We’re excluded in all areas”.

**Conclusion.** The patients’ perspectives show the need to be seen and understood as individuals and not as sick people, the difficulty faced to integrate their life with their illness, the solitude they feel when facing this battle and their vulnerability in the social context. All these are sufficient reasons to understand why they cannot handle their disease effectively.

**Keywords:** *Diabetes mellitus, metabolic control in diabetes mellitus.*

<sup>(1)</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

<sup>(2)</sup> Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

<sup>(3)</sup> Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, México.

**INTRODUCCIÓN**

La diabetes mellitus se ha convertido en uno de los mayores retos de la salud pública contemporánea, afecta la calidad de vida de las personas por las complicaciones derivadas de un inadecuado control metabólico. Es un padecimiento que va en aumento de manera desproporcionada en varios países y ocupa uno de los primeros lugares como causa de mortalidad. Actualmente se registran más de 346 millones de personas con diabetes mellitus en el mundo, cifra que se esperaba hasta el año 2025. En Latinoamérica existen 15 millones de personas con diabetes y se considera que esta cifra alcanzará los 20 millones de personas en los próximos 10 años, con lo que la prevalencia podría llegar a 83 millones para el 2030. Cada 10 segundos se muere una persona por alguna causa relacionada con la diabetes mellitus tipo 2. Según la OMS, se espera que para el 2025 se duplique el número actual de personas con este padecimiento y que la mortalidad aumente en un 25% en la próxima década. Esto implica que debido a estos indicadores, la esperanza de vida para las personas de todo el mundo se reduzca por primera vez en 200 años.

A nivel mundial, la diabetes mellitus es la causa más común de enfermedad renal crónica; sin embargo, la conciencia sobre el impacto de la enfermedad sigue siendo baja en la población y la comunidad médica.

En México, es la principal causa de incapacidad prematura y la primera causa de muerte en mayores de 40 años. En Tabasco, la prevalencia se ha incrementado en las últimas dos décadas, pasando de un 7% a 8% en los 90's y a un 12% en la actualidad.

La enfermedad es temible por el desarrollo de complicaciones agudas dentro de las que se encuentran cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar no cetósico; complicaciones crónicas microvasculares como la nefropatía, retinopatía y neuropatía; y complicaciones crónicas macrovasculares tales como el infarto al miocardio y evento cerebral vascular.

La carga de la diabetes se incrementará sustancialmente en las próximas dos décadas. Por lo tanto, urge tomar medidas para hacer frente a la obesidad y otros factores de riesgo para la enfermedad.

En la actualidad, la diabetes mellitus es la principal causa de amputación de miembros inferiores, de insuficiencia renal, de ceguera en la población económicamente activa y una de las principales causas de discapacidad y de mortalidad prematura, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular.

En los últimos años, la diabetes ha sido un desafío para el sistema de salud en México debido a su alta tasa de mortalidad y los altos costos de su atención. A pesar de la carga debido a la mortalidad, también hay una gran carga debido a la pérdida de años de vida productiva, sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes. Algunas de las complicaciones microvasculares de la diabetes, como la retinopatía, neuropatía y pie diabético,

han contribuido considerablemente a los años de vida ajustados por discapacidad en México.

El monitoreo de la calidad de la atención médica en nuestro país, indicó que en el año 2000, sólo el 34% de las personas atendidas por diabetes tenían un adecuado control metabólico. En la actualidad esta cifra ha descendido a 25%.

Las evidencias anteriores, revelan lo alarmante de la situación y la necesidad de estudiar la problemática descrita desde un enfoque social, ya que son escasos los estudios en que sitúan realmente al paciente como protagonista y se trate de averiguar cuáles son las perspectivas que lo limitan para mejorar el manejo de su enfermedad. Por lo anterior se realizó una investigación cualitativa basada en la Teoría Fundamentada; ésta propone construir teorías, conceptos, hipótesis o proposiciones partiendo directamente de los datos obtenidos en el campo de estudio. La Teoría Fundamentada es una metodología adecuada para el conocimiento de un determinado fenómeno social. Este artículo aporta evidencias significativas para la creación de estrategias de mejora en el abordaje efectivo de la diabetes mellitus desde la perspectiva del propio paciente.

**OBJETIVO**

Identificar las perspectivas de los pacientes con diabetes mellitus con respecto al control de su enfermedad.

**MÉTODO**

Para los fines de esta investigación se definió el término perspectivas, como el punto de vista desde el cual el paciente con diabetes mellitus considera todo lo referente al control de su enfermedad; es decir, lo que piensan, sienten y esperan de sí mismos, de los servicios de salud y del contexto familiar y social donde se desenvuelven.

Para la selección de las unidades de salud de la seguridad social en las cuales se realizó el estudio, se tomaron en cuenta todas aquellas del municipio Centro en las que hay asistencia regular de pacientes en forma de grupos, así como aquellas donde acuden pacientes con diabetes de todo el estado de Tabasco.

La clínica I pertenece a la más grande institución de seguridad social del país de financiamiento tripartita; la Clínica II presta servicios médicos a trabajadores federales y la clínica III atiende a derechohabientes de una empresa paraestatal.

Para la selección de los informantes considerados como claves para entender al objeto relativo a la investigación, se seleccionó a enfermos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en diferentes estadios de la enfermedad adscritos a las unidades de salud, que acuden a control de su padecimiento y que contaron con un expediente clínico. En la conducción

de esta actividad colaboró una profesora con experiencia en el tema, quien además es paciente con diabetes.

En primer término, se procedió al diseño de guías de tema y preguntas para el desarrollo de grupos focales y entrevistas, se sometió a prueba en actividades reales, se ajustaron y validaron para su empleo adecuado.

Para el proceso de obtención de la información de los grupos, fue necesario crear condiciones ambientales y psicológicas abiertas, bajo un clima de confianza, lo que permitió la expresión abierta y sincera de los pacientes, tomando en cuenta las características cualitativas del estudio, donde entran en juego las perspectivas de los informantes acerca del padecimiento y que los limitan para alcanzar un buen control. Se diseñaron 8 grupos focales, en los que participaron un total de 50 pacientes. El proceso fue debidamente documentado mediante grabación de video y audio, y se transcribieron los discursos literalmente; además se tomó nota de la ejecución de las actividades en la parte metodológica y logística. (Ver cuadro 1).

Se preparó una base de datos donde se guardó la evidencia de los resultados de cada grupo focal y se caracterizó cada una con las expresiones más representativas. Toda la documentación quedó archivada a manera de evidencia. Se realizó trabajo de mesa para integrar las expresiones, determinar frecuencia, apreciar discrepancias y obtener una visión global de los resultados.

Dadas las diferentes características sociales, económicas, étareas, geográficas, educacionales, locales, de control y años de padecer la enfermedad de los pacientes, se decidió ir ejecutando grupos focales y entrevistas sin tomar en cuenta tales diferencias, e ir incorporando otros nuevos hasta asegurarse que hubiera un alto nivel de saturación de lo informado con independencia de la presencia de las características diferenciadoras anteriormente mencionadas.

Se llevó a cabo la selección de las expresiones que se repetían en todas las actividades o al menos en un 80% de ellas, para formar una primera relación de las perspectivas de pacientes. Donde hubo repetición menor al 80% se utilizaron todas ellas para formar provisionalmente una segunda relación de dichas perspectivas. Con esta segunda relación, se convocó a un grupo de pacientes y mediante técnicas de dinámica de grupos, reducción de listado y enfoque a consenso, se seleccionó un grupo adicional de perspectivas suficientemente representativas para el objeto de estudio. Ambas integraron la relación definitiva. Para evaluar su relevancia, aceptabilidad y comprensibilidad, se sometió al análisis de cinco trabajadores sociales y cinco directivos elegidos al azar.

El proceso simultáneo de análisis y recopilación de datos se organizó en forma de trabajo de mesa, con el apoyo de dos profesores de experiencia. Dentro del grupo se hizo un trabajo intensivo de comparación para detectar coincidencias, contradicciones e incoherencias, así como elementos que

**Cuadro 1.** Composición de pacientes, grupos focales e instituciones estudiadas.

VARIABLES	GRUPOS FOCALES	GRUPOS FOCALES	GRUPOS FOCALES	TOTAL
Unidad de salud	Clínica 1 2 grupos	Clínica 2 2 grupos	Clínica 3 4 grupos	8 grupos focales
Sexo	7 hombres 8 mujeres	7 hombres 8 mujeres	9 hombres 11 mujeres	23 hombres 27 mujeres
Edad	Promedio de edad: 49	Promedio de edad: 43	Promedio de edad: 44	Promedio 45 años de edad
Ámbito geográfico	6 de área rural y 9 de área urbana	7 de área rural y 8 de área urbana	5 de área rural y 15 de área urbana	18 área rural 32 área urbana
Nivel de estudios	5 de primaria 8 de secundaria 1 de bachillerato 1 universidad	4 de primaria 3 con secundaria 1 de bachillerato 7 con carrera de maestro	10 de primaria 6 de secundaria 3 de bachillerato 1 de carrera técnica	19 nivel primaria 17 secundaria 5 bachillerato 8 universidad 1 carrera técnica
Años de evolución de la enfermedad	Promedio de años de evolución: 12	Promedio de años de evolución: 9	Promedio de años de evolución: 11	promedio 11 años de evolución de la enfermedad

debían tenerse en cuenta en las próximas sesiones. En algunos casos se consultaron otros especialistas con vistas a obtener una tercera opinión.

Como es habitual en metodologías de corte cualitativo, no se partió de variables o categorías preestablecidas, sino que se fueron construyendo, en un proceso no lineal, a medida que avanzaba la revisión y análisis de lo planteado por los pacientes. Finalmente, quedaron definidas cuatro categorías (cuadro 2), que se combinaron con las perspectivas de los pacientes. A partir de este punto el proceso se desarrolló teniendo esta estructura como guía.

Se procedió a confrontar el grupo de perspectivas de los

pacientes por cada categoría, se hicieron análisis inter categorías de manera de ganar en integración. Por esta vía se buscaron coincidencias, contradicciones, relaciones de causa-efecto, puntos que requerían comprobaciones adicionales y fallas que se originaban en políticas y sectores diferentes al de salud pública. Se redactaron las conclusiones.

**RESULTADOS**

Discursos de informantes clave (pacientes con DM2), según categorías estudiadas (cuadro 3).

**Cuadro 2.** Versión definitiva de las categorías utilizadas.

CATEGORÍAS	CONTENIDOS ASOCIADOS
Roles asignados al paciente y al prestador	Papel del paciente en el acto clínico. Cuestionamiento
Integración de la vida con la enfermedad	Capacidad y criterio acerca de diseñar su vida teniendo en cuenta su padecimiento
Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad	Mitos, miedos, valores, actitudes, información acerca de cómo aprecian su padecimiento
El contexto social, organizativo y comercial	Cómo les afecta o beneficia el mundo que los rodea. Sus valoraciones

**CUADRO 3.** Discursos de informantes clave (pacientes con DM2), según categorías estudiadas:

CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE
Roles asignados al paciente y el prestador	<p>“Sería estimulante que el médico demuestre preocupación por la salud de uno y no que lo vea nada más como un número, un expediente o un billete”</p> <p>“La gran mayoría de los médicos sólo hacen su trabajo de manera mecánica, sin voltear a ver al paciente”</p> <p>“El médico me trata como una enfermedad no como una persona”</p> <p>“Los médicos no nos exploran”</p> <p>“No se interesan por uno”</p> <p>“El médico no da una explicación al diabético”</p> <p>“No me interrogan”</p> <p>“Los médicos no nos enseñan”</p> <p>“Nunca me revisan los pies”</p> <p>“Solo nos dan el medicamento... cuando hay y no nos revisan”</p> <p>Nos dicen: “hagan dieta pero no nos dicen como”</p> <p>“No nos mandan con el especialista”</p> <p>“No nos revisan los pies ni los ojos, solo la presión, los medicamentos hay a veces y a veces no”</p>
CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE
Integración de la vida con la enfermedad	<p>“El mayor reto es enfrentar diariamente la enfermedad”</p> <p>“Con la diabetes es mejor conformarnos y cuidarnos”</p> <p>“Tener diabetes es llevar la dieta de por vida”</p> <p>“Lo peor de la azúcar es que cuando está alta porque no nos cuidamos...no sentimos nada y eso nos hace confiarnos en que nada pasa...luego ya estamos ciegos y amputados.</p> <p>“Esta enfermedad es algo no esperado, afecta psicológicamente a la persona y a la familia, afecta económicamente en todos los aspectos”</p> <p>“Fallamos en la fuerza de voluntad de nosotros mismos”</p> <p>“...por más que intento tomar mis pastillas se me olvida siempre...”</p> <p>“Afecta porque desde siempre no tenemos hábitos alimenticios saludables”</p>

CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE
Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad	<p>“La diabetes es una enfermedad que vulnera la salud, el estado de ánimo, la economía y el bienestar de las personas”</p> <p>“Es una enfermedad hereditaria, te cambia la vida, nunca se va a quitar y es terrible”</p> <p>“Es lo peor que te puede pasar”</p> <p>“Solo te lleva a la muerte”</p> <p>”Es una enfermedad que es injusta para muchos seres humanos, como el cáncer”</p> <p>“Me llena de coraje y me deprime saber que tengo diabetes”</p> <p>“Nosotros somos los que tenemos que ver por nosotros mismos”</p>
CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE
El contexto social organizativo y social	<p>“Tenemos todo en contra”</p> <p>“Todo nos incita a comer chatarra”</p> <p>“...la dieta, como cumplirla en fiestas, reuniones, en la casa?”</p> <p>“Falta de apoyo por mi familia”</p> <p>“La familia no ayuda a la persona que está enferma, a pesar de que se les capacita de cómo es la enfermedad”</p> <p>“Es un problema de uno, porque la familia no se involucra, no le interesa ya que siguen comiendo lo que ellos quieren y además tratan de que uno coma igual que ellos”</p> <p>“No hay comida saludable para nosotros fuera de casa”</p> <p>“Los amigos se olvidan con frecuencia que debemos cuidarnos”</p> <p>“Atienden muchos pacientes, hay exceso de consulta”</p> <p>“No hay medicamentos”</p> <p>“Las citas del especialista están muy retiradas hasta 5 meses”</p> <p>“Deben tener personal capacitado”</p> <p>“No hay espacios para ejercitarnos”</p> <p>“Nos excluyen en todos los ámbitos”</p> <p>“Me pregunto cómo es posible que una industria tan desarrollada y tan próspera en Tabasco como la de restaurantes no considere un nicho de mercado tan grande como el de los pacientes diabéticos pero con un enfoque no de lastima”</p>

## DISCUSIÓN

### Roles asignados al paciente

La casi totalidad de las expresiones utilizadas por los pacientes denotan un cuestionamiento del papel del médico con respecto a la atención que dispensan. La demanda se centra en que desean ser tratados como personas y no como casos de una enfermedad acerca de la cual ellos, los médicos, lo saben todo y el paciente nada. Para los autores, resulta evidente que este modo de pensar se opone al paradigma de la atención centrada en el prestador, el cual ha recibido muchas críticas en los últimos años, particularmente cuando se trata de pacientes crónicos y muy especialmente cuando estos son pacientes con diabetes.

Tales expresiones aparecen de una u otra forma en estudios realizados en diferentes contextos geográficos, sociales, culturales, educacionales e incluso con diferentes cifras de pacientes estudiados, todo lo cual se pudiera sintetizar en lo que expresa uno de ellos:

“Se hacen presentes en el discurso la queja y el malestar

provocados por interacciones en las que los profesionales se limitan a formular preguntas y a reiterar consejos. Algunos de los entrevistados opinan que las intervenciones médicas basadas en una praxis unidireccional resultan insuficientes, si no se incluye el punto de vista y las necesidades de los pacientes.”

La Dra. Martha Funnel, una autoridad internacional en el tema, señala al respecto:

“Sin embargo, los intentos de funcionar dentro de estos viejos roles son problemáticos en términos de cuidado y educación para la diabetes. Las enfermedades crónicas, como la diabetes, las cuidan principalmente las personas que las sufren, y no los profesionales sanitarios. Cuando no se crean roles más adecuados para las enfermedades que requieren un alto nivel de autoatención, tanto los pacientes como los profesionales sanitarios a menudo pueden resultar frustrados y desilusionados con las relaciones negativas y los pobres resultados consiguientes.”

El problema está en que se necesita una visión unificada y para ello ambos roles tienen que ser modificados. “Lo que



hace falta que suceda es que los médicos desciendan de su pedestal y que los pacientes se alcen de sus rodillas.”

Quedan algunos aspectos relacionados con fallas en la atención médica que no debieran producirse en un ambiente donde predomina el paradigma clásico de la atención médica y por lo tanto no es posible admitir que sucedan. El hecho de que los pacientes lo noten “no me revisan los pies” “no me toman la presión” “no me interrogan” muestra un sujeto que ya sabe lo que quiere y lo que espera. Que estas expresiones hayan estado presentes en más del 80% de los grupos focales realizados resulta alarmante.

#### Integración de la vida con la enfermedad

El problema de integrar la enfermedad dentro de la vida, forma parte de uno de los puntos claves, posiblemente el principal, de todos los que tienen que ver con el control de la Diabetes mellitus tipo 2. Si se analizan las perspectivas de los pacientes estudiados, se nota que tienen dificultades para aprender a vivir siendo diabéticos y esto es algo más que cumplir con el programa de medicamentos o hacerse los estudios cada vez que sean necesarios. La falta de integración entre la vida y la enfermedad, aparece de la misma o parecida manera en otros estudios realizados, a pesar de referirse a diferentes países, contextos, culturas y personas.

El cuidado de la enfermedad por parte del paciente se limita a seguir las indicaciones del médico, dado que considera consciente o inconscientemente que no tiene que alterar su vida. Por las características de este padecimiento, si el paciente no logra incorporar su enfermedad a su vida, genera un conflicto donde el control de su avance se va perdiendo, la frustración crece y las complicaciones se agudizan.

Según un estudio realizado por la Danish Health Insurance Foundation Grants, de Dinamarca, lo que sucede es que el paciente en el interior de sí mismo intenta vivir tan bien y tan normal como sea posible, mientras mantiene su enfermedad (piensa él) a cierta distancia, negándose a permitirle ser parte integrante de su vida. Al mismo tiempo, el prestador de salud se enfoca en la enfermedad, empleando todo su conocimiento en evitar las complicaciones, sin que le interese o conozca las barreras que esa persona específica confronta para interconectar su vida y su enfermedad. Los resultados de esta investigación son coherentes con estas afirmaciones.

Los investigadores consideran que en el objeto estudiado son varios los factores que actúan a favor de no conseguir una integración entre la enfermedad y la vida. Uno de ellos es la propia resistencia del paciente a aceptar la enfermedad, a rebelarse contra ella y acordarse lo menos posible que la tiene, algo así como hacerla invisible ante él y ante los demás. El otro es, una vez más, el carácter paternalista que adopta la atención médica en términos generales, donde el médico es el responsable y el paciente se deja llevar. Un tercer factor es el medio, ante el cual el paciente no quiere ser un enfermo, un problema, alguien diferente, no desea ser desconocido sino

miembro de la sociedad a la que pertenece.

#### Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad

Las expresiones de los pacientes reflejan de una manera casi dramática, como aprecian su enfermedad, que creen saber de ella, los mitos que la rodean y los miedos que les embargan. Muchas de ellas se originan en falta de conocimientos sobre su enfermedad, referencias de corte cultural o religioso y sobre todo un sentimiento de indefensión que es consecuencia de no conocer que el principal poder sobre la enfermedad lo tienen ellos mismos.

Es de notar que al menos minoritariamente dentro de cada grupo focal, y en todos los celebrados, hubo voces proclamando que son ellos mismos los que pueden y deben manejar la enfermedad.

#### El contexto social, organizativo y comercial

Una exploración acerca de las perspectivas de los pacientes debía incluir necesariamente cómo ellos apreciaban el medio en que se desenvolvían. Se trataba de identificar que pasaba con todo lo que tenía relación con ellos pero no eran ellos mismos; en qué medida contribuían o perjudicaban el manejo de la enfermedad. Esto incluye familia, vecinos, amigos, colegas, medios de comunicación, redes sociales, infraestructura, organización del servicio. No se pusieron límites de ningún tipo a lo que pudieran plantear.

Dentro de las perspectivas de los pacientes aparecen tres conjuntos mayoritarios: la familia, la organización del servicio y las barreras para alimentarse. La familia es un tema que ha sido objeto de numerosos estudios y que en este caso y partiendo de las perspectivas de los pacientes hubiera requerido un enfoque que condujera a saber qué esperan ellos de la familia y como ellos pudieran contribuir a que lo que esperan se produzca. Esto es necesario dado que, en alguna medida se aprecia, como si la familia fuera el gran culpable. En relación con el servicio, los planteamientos repetitivos estuvieron muy concentrados y se relacionaron con insuficiencia de médicos, exceso de consultas, falta de medicamentos, referencias a los especialistas muy extendidas. La alimentación es todo un problema aparte. Si se tiene en cuenta el significado transcendental de este problema con respecto a lograr el control metabólico por parte del paciente, todo lo que se reflejó en los grupos focales es digno de gran atención.

Tres expresiones llamaron poderosamente la atención: “todo nos invita a comer chatarra”, “no hay comida saludable para nosotros fuera de la casa”, “nos excluyen en todos los ámbitos.” Nótese que hay un sentimiento real de exclusión, que les resulta frustrante y por supuesto injusto. ¿Quién puede intentar seguir una dieta dentro de un escenario como éste?

En entrevistas posteriores, estos pacientes evidencian que no quieren lástima, desean inclusión, tal como se hace con otros

grupos sociales que encuentran espacios adecuados para sus características. Ante estos planteamientos, los investigadores decidieron hacer una encuesta rápida, y durante 24 horas un grupo de estudiantes de Maestría en Salud Pública visitó los restaurantes de mayor popularidad en la capital del estado. En el resultado se pudo apreciar que de 44 restaurantes visitados se pueden encontrar máximo dos opciones y en 11 expendios de comida económica ninguna opción. Para estos empresarios los pacientes con diabetes no sólo no existen, sino que ni siquiera son un nicho de mercado para el cual pudieran trabajar y ganar en competitividad.

## CONCLUSIÓN

Las perspectivas de los pacientes muestran la necesidad de ser atendidos y entendidos como personas y no como enfermos, el hecho de no ser escuchados y mucho menos comprendidos, la dificultad que enfrentan para poder integrar su vida con su enfermedad, el sentimiento de abandono, lo solitarios que se sienten ante esta batalla y lo indefensos que se encuentran ante el contexto, son barreras y razones suficientes para comprender mejor porque no logran manejar su enfermedad, como debieran hacerlo.

Dentro de estas barreras destaca el patrón que prevalece en la relación terapéutica médico-paciente. El paciente toma el papel pasivo donde el único interés es el de ser atendido y el médico ocupa el papel activo en la toma de decisiones sobre el tratamiento y manejo. Sin embargo, esto resulta insuficiente por la naturaleza crónica y sistémica de un padecimiento en el cual, el cuidado y las decisiones de cada día están en dependencia del propio enfermo.

Los pacientes no sienten que sean tomados en cuenta en las políticas, estrategias y programas actuales para el manejo de la Diabetes Mellitus 2, no se corresponden con sus perspectivas, que es la manera principal en que estos puedan convertirse en sujetos capaces de integrar la enfermedad con su vida, fijarse sus propias metas, controlar los avances, tomar las decisiones adecuadas en cada momento y ser los protagonistas que debieran ser.

Otra de las barreras está en el contexto donde se mueven los pacientes que no les permite un desenvolvimiento coherente con la necesidad de controlar su enfermedad. El escaso apoyo que encuentran en su familia, en el equipo de salud, los hace reconocer que todo está en su contra para lograr un control adecuado.

No se dispone de regulación que evite la publicidad engañosa en detrimento de la salud de las personas, los pacientes no son tenidos en cuenta en los servicios de comidas, no hay articulación entre las iniciativas y programas orientadas a mejorar la condición de estos pacientes, no hay evaluación de impacto de tales iniciativas y falta en general, la priorización suficiente para un problema de tal magnitud.

La fuerza de voluntad de los pacientes para un buen control de su enfermedad, se ve vulnerada por las barreras existentes en la atención sanitaria, en el contexto social y familiar en el que se desenvuelven.

## REFERENCIAS

1. Pan-American Health Organization. [Internet]. Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org). Consultado mayo de 2011.
2. Orellano Sáenz C. La Diabetes Mellitus tipo 2. El diario.com. Consultado el 14 Noviembre del 2012 en: <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/98589-la-diabetes-mellitus-tipo-1-clemente-orellana-saenz-l-c-orellana-hotmail-com/>
3. Jha V. Et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives *The Lancet*, 2013. Vol. 382 No. 9888 pp 260-272.
4. Mcphee Stephen J. Papadakis Maxime A. Diagnóstico clínico y tratamiento. 49ª Edición. México DF. Editorial Mc Graw Hill. 2010.
5. Escobedo J. Disability-adjusted life-years (DALYs) for diabetes in Mexico in 2005: a cross-sectional burden of disease analysis. *The Lancet*. 2013; Vol. 381 No. p S46.
6. Ruelas Barajas E. y otros., Mejoramiento de la calidad de la atención de la diabetes en México, proyecto Veracruz. México. 1(1): 1-6; 2003.
7. Sistema Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT2012) México, 2012.
8. Glaser G. B. Conceptualization: On Theory and Theorizing Using Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods* 2002, 1(2) The Grounded Theory Institute Mill Valley, California, USA.
9. Cuñat, R. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. En AEDEM (Ed.), XX Congreso Anual de AEDEM: Vol. 2. Palma de Mallorca, España. Sitio web: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>.
10. Strauss, A. & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
11. Funnell, Martha. Los nuevos roles en el cuidado de la diabetes. *Diabetes Voice*. Vol. 46. pp 11-13 Octubre 2001.
12. Furler, J., Walker C., Balckberry, I et al. The emotional context of self-management in chronic illness; A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2, diabetes. *BMC Health Services Research*, 8:214, 2008.
13. Marrero, D, Ard, J., Delamater, A et al. Twenty-First Century Behavioral Medicine\_ A Context for Empowering Clinicians and Patients With Diabetes. A consensus report. *Diabetes Care*, vol. 36, febrero 2013.

14. Zoffmann, Vibeke y Kirkevold, Marit. Relationships and Their Potential for Change Developed in Difficult Type 1 Diabetes- Qualitative Health Research. Vol. 17. Num. 5625-638, Mayo 2007.
15. E. Bolaños y A Sarría-Santamera. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Aten Primaria;32(34):195-202. p198. 2003.
16. Funnel, Martha. Los nuevos roles en el cuidado de la diabetes. Diabetes Voice. Vol. 46. pp 11-13. p12. Octubre 2001.
17. Hayes, E., McCahon C., Reeve M. et al. Alliance not compliance: Coaching strategies to improve. Journal of the American Academy of Nurse Practitiones. 20, 155-162, 2008.
18. Jornstone, Robert. International Alliance of Patient Organizations en la First European Conference on Patient Empowerment celebrada en Copenague, Dinamarca, 11 y 12 de abril 2012.
19. Zoffmann V., Kirkevold M. Life Versus Disease in Dificult Diabetes Care: Conflicting Perspectives Disempower Patients and Profesionales in Problem Solving. Qualitative Health Research. Vol. 15. No. 6. 750-765, Julio 2005.