

Barreras sociales y culturales en relación a la prevención de la diabetes en la provincia del Carchi - Ecuador

Topic: social and cultural barriers with regards to diabetes prevention in the province of Carchi - Ecuador

(Entregado 02/04/2019) – Revisado 30/09/2019)



¹ MSc. Ruth Elizabeth Salgado Jiménez

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

ruth.salgado@upec.edu.ec

Resumen

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que compromete la esperanza y calidad de vida de quienes la padecen, de sus familias y de la población. Se trata de una enfermedad degenerativa, que tiene profundas complicaciones que ocasionan de forma prematura la muerte. Los gobiernos desarrollan esfuerzos económicos en la promoción y prevención de ésta enfermedad, sin embargo, no es suficiente y cada año se multiplica la cantidad de personas que la padecen. Existen grandes barreras, sociales y culturales que influyen para que la promoción y la prevención no tengan eco en la población. Una de las funciones de los profesionales enfermeros/as es la de educación o consejería, ésta función permite trabajar con los usuarios, sin embargo, existen limitantes sociales y culturales que impiden que el proceso de consejería logre los resultados esperados. Se ha elaborado una línea base, partiendo de una entrevista con un instrumento, a enfermeras/os e Internas Rotativas de los Centros, sub-centros y Puestos de salud de la Provincia del Carchi para determinar cuáles son éstas barreras sociales y culturales. Además, se ha entrevistado a 40 personas diabéticas, para confrontar la información. En los resultados encontrados se determinan que las principales barreras sociales, que predisponen a una serie de comportamientos relacionados a la salud-enfermedad están: la edad, la instrucción y la situación laboral. Mientras que las barreras culturales definidas como los valores, creencias, actitudes e ideales que les impide entablar una relación asertiva con los usuarios son: las costumbres, los mitos y la educación.

Palabras Clave: *Promoción, prevención, barreras culturales, barreras sociales.*

¹ Magister en Gerencia en salud para el desarrollo local
Universidad Técnica Particular de Loja. Especialista en enfermería
pediátrica por la Universidad Central del Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-7971-9541>

Abstract

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease that disseminates fast degrading hope and quality of life of those who suffer it, their families and population in general. Unfortunately it is a degenerative disease, which has deep complications that cause premature death. Governments develop great economic efforts to promote and prevent this disease, however, it is not enough and every year the number of people who suffer from it is multiplied. The regimes through their ministries of health and social welfare allocate large amounts of money to prevent the development of this disease. In spite of this, there are great economic, social, cultural and psychological barriers that influence negatively, therefore, the promotion and prevention of this disease have not had success on population. One of the functions of the nursing professionals is education or counseling. This function allows working with users in promotion and prevention. However, there are social and cultural limitations that prevent the counseling process achieves the expected results. A baseline is drawn up starting from an interview with 100 nurses from the Centers and sub-centers of health in Carchi Province, with the respective instrument, to determine what these barriers are. In addition, 40 diabetic people are interviewed to confront the information. The results found that the main social barriers that predispose to a series of behaviors related to health-disease are: age, education and employment status. While the cultural barriers defined as the values, beliefs, attitudes and ideals that prevent them from establishing an assertive relationship with users are: customs, myths and education.

Keywords: *Promotion, prevention, cultural barriers, social barriers.*

1. Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece. Por consiguiente, el proceso educativo es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético. Este facilita alcanzar los objetivos de control metabólico, que incluyen la prevención de las complicaciones a largo plazo, y permite detectar la presencia de la enfermedad en el núcleo familiar o en la población en riesgo. Gracias al proceso educativo, la persona con DM se involucra activamente en su tratamiento y puede definir los objetivos y medios para lograrlos de común acuerdo con el equipo de salud.

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es la enfermedad más prevalente dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) debido al estilo de vida no saludable, el sedentarismo, la urbanización, la esperanza de vida y otros factores (Ginter 2013); hacen que ésta enfermedad se convierta en una de las principales causas de hospitalización, invalidez laboral, costos generados en su atención y muerte prematura (Torres 2011). Actualmente más de 415 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad y se estima que alcance los 642 millones para el 2040 (IDF., 2015), con mayor prevalencia en la población femenina en edad reproductiva.

La práctica de los estilos de vida cumple una función fundamental en el tratamiento, de (DMT2), se puede describir que el manejo y progresión de ésta enfermedad está ligado estrictamente con la conducta que tenga el paciente frente a su enfermedad. Es por ello que se ha establecido para el tratamiento, la práctica de estilos de vida saludables en la dieta, la actividad física. Ya que cumplen un papel fundamental, permitiendo que la enfermera, como parte integrante del equipo de salud, participe con una función de educación, de gran relevancia, identificando comportamientos no saludables y, especialmente, en la aplicación de programas educativos que orienten a un tratamiento recomendable, en los temas de insulino terapia, asesoramiento nutricional, actividad física, apoyo psicológico y con la disminución de hábitos no saludables mediante la promoción de salud óptima. (Corbacho 2009).

Es necesario referirnos, a las barreras sociales y culturales, que constituyen elementos trascendentales que impiden lograr a través de la educación para la salud, la promoción y prevención de las enfermedades metabólicas, en éste caso particular de la diabetes tipo II, Pender considera a las barreras sociales cómo aquellas que pueden generarse en diferentes niveles: individual (estado socioeconómico, factores psicosociales), interpersonales (redes sociales, roles/responsabilidad, normas sociales), organizativo (el trabajo, acceso a atención médica) y la comunidad/vecindario (seguridad, acceso a tiendas) los cuales pueden predisponer una serie de comportamientos relacionados a la salud-enfermedad. Mientras que las barreras culturales se definen como los valores, creencias, actitudes e ideales de una población en particular que usan para interpretar sus experiencias vividas, las cuales son aprendidas y transmitidas a través de las generaciones (Kagawa, 2012), lo que puede reflejar una tendencia de evitar nuevas ideas.

Estas barreras socio-culturales de los profesionales de la salud, impiden lograr una adecuada promoción y prevención de la salud a través de la educación para la salud en enfermedades metabólicas. Ya que son murallas aparentemente invisibles, pero que no permiten adoptar nuevos caminos que accedan que el personal de salud se libere y pueda actuar de forma neutral.

Esta investigación tiene como objetivo comprender cuales son las barreras culturales y sociales, que limitan a los profesionales de enfermería desarrollar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función de consejería para desarrollar cambios de conducta, que permitan una adecuada adherencia al tratamiento de la diabetes.

Si bien es cierto que los profesionales de salud dentro de sus funciones está la de la educación para la salud, como estrategia para llegar a los usuarios para cambiar conductas y comportamientos, sin embargo, las/los profesionales de la salud tienen barreras sociales y culturales que nos les permite desarrollar ésta función de forma adecuada ya que al interior de ellos también traen ciertos muros. Sumando como una causa más al proceso de no adherencia al tratamiento de diabetes de las personas que la padecen.

Según la OMS (2006) el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014, la prevalencia mundial en adultos (mayores de 18 años) se ha elevado las cifras del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014, ésta prevalencia ha acentuado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos; entre las complicaciones graves de la diabetes está la ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebro vascular y amputación de los miembros inferiores OMS (2006). Se estima que en 2015 fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

En los últimos años en Ecuador se ha producido un notable incremento en la prevalencia de Diabetes Mellitus. Este acrecentamiento es más notable en los mayores de 45 años y se refleja en el importante aumento de la morbilidad, de la demanda de atención hospitalaria para el manejo de las complicaciones y en los enormes costos que representa para el estado y la sociedad. Esta tendencia ha transformado a la Diabetes en el desorden crónico incapacitante más frecuente y de mayor severidad que enfrenta la sociedad ecuatoriana. Durante los últimos años se ha producido un gran avance científico en el conocimiento de la fisiopatología y manejo de la Diabetes y sus complicaciones, que sin lugar a dudas se pueden prevenir o retardar la presentación de estas últimas con un control metabólico adecuado. Según el Ministerio de Salud durante el año 2007, la diabetes se ubicó en el quinto lugar de las 10 causas de morbilidad en el Ecuador.

Dentro del perfil epidemiológico de la provincia del Carchi-Ecuador la diabetes se encuentra dentro de las principales diez causas de morbi-mortalidad, a pesar de los grandes esfuerzos que ha realizado el Ministerio de Salud Pública a través de medidas de promoción y prevención, esta situación no ha cambiado y existen imaginarios y creencias individuales y colectivas que nos permiten adherirnos al tratamiento de la diabetes.

2. Materiales y Métodos

El presente estudio es de enfoque cualitativo y cuantitativo, busca determinar las barreras sociales y culturales de los pacientes con diabetes desde la perspectiva propia y de enfermeras dentro de la función de educación para la salud. Es una investigación descriptiva, de corte transversal. La primera parte del marco muestral se compone del total de enfermeras e Internas Rotativas de los centros, sub-centros y puestos de salud de la provincia del Carchi, y se distribuye de la siguiente forma:

Tabla 1.
Marco muestral de Personal de Enfermería

Nombre Centros , Subcentros y puestos de Salud	Nro Enfermeras
Sur	4
Tajamar	4
San Francisco	4
Nro 1	10
Julio Andrade	4
Tufiño	2
Maldonado	2
Chical	2
Urbina	2
El Carmelo	2
Santa Martha de Cuba	2
Mariscal Sucre	2
Huaca	4
San Gabriel	10
García Moreno	2
Chután Bajo	2
Fernández Salvador	2
Cristóbal Colón	2
Chitán de Navarrete	2

Piartal	2
San Pedro	2
La Paz	2
Bolívar	5
El ángel	8
La libertad	2
Mira	6
San Juan de Lachas	3
La concepción	1
Gualchán	1
Naranjito	1
Naranjal	1
El Rosal	1
Río Verde	1
Total	100

Elaboración propia.

La segunda parte se determinó a través de muestreo probabilístico por conglomerados. Existen 7 clubes de diabéticos en la provincia del Carchi, los que suman 296 pacientes. Al formarse grupos naturales (cantón), cada club corresponde a 1 conglomerado. Se optó por este tipo de muestreo ya que al tratarse de pacientes con características similares hay agrupamientos homogéneos, cuya variabilidad entre grupos tiende a ser mínima.

Luego de lo establecido se realizó muestreo aleatorio simple entre los conglomerados. Al ser grupos de diferente tamaño se usó probabilidad proporcional al tamaño del muestreo, es decir que un gran grupo tiene mayor probabilidad de selección que un pequeño grupo.

El Club del Centro de Salud Nro 1 Tulcán obtuvo la mayor probabilidad de selección, y se realizó la encuesta a todos sus elementos. Los datos para el estudio provienen de la realización de una encuesta a las 100 enfermeras e Internas Rotativas y 40 pacientes, los resultados son analizados en SPSS y Rcommander y se muestran a través de visualizaciones en Tableau. Se realiza un análisis descriptivo, el cual se apoya en el estadístico Chi cuadrado, que por medio de pruebas de hipótesis contrasta dependencia entre variables cualitativas.

3. Resultados

Para la elaboración de los resultados se toma en cuenta factores sociales y culturales que influyen y limitan al profesional para la adecuada promoción y educación para la salud en los usuarios y pacientes con diabetes.

Se considera factores sociales tales como: Edad, sexo, etnia, zona de residencia, nivel de instrucción, Quintil de ingreso y situación laboral, y factores culturales como: religión, costumbres, educación, mitos, orientación sexual, tipo de familia, e idioma.

La edad promedio de los pacientes del club de diabéticos del Centro de Salud Nro 1 es de 54 años, en su mayoría mujeres (73%), mestizos (85%), residentes del área urbana (78%) y educación general básica (48%). Para el análisis de los factores sociales, se realizó un test estadístico χ^2 (chi cuadrado), a partir de la tabla de contingencia de cada variable categórica y la clase, la misma que corresponde a si sigue o no las recomendaciones y cuidados sugeridos por los profesionales de la salud.

El estadístico chi cuadrado, se usa para realizar pruebas de independencia, que nos permite determinar si existe o no relación entre 2 variables categóricas, sin embargo, solo establece la relación sin indicar en qué grado o porcentaje. Este test tiene 2 parámetros, el primero es α , el mismo que hace referencia al nivel de confianza, este trabajo tiene 95% de confianza, por lo tanto, $\alpha=0,05$. El segundo parámetro pertenece a los grados de libertad (k), que corresponde al número de categorías independientes.

Para el análisis del estadístico chi cuadrado partimos de la hipótesis nula (H_0), que indica que la variable X (categórica) y la variable Y (clase), son independientes, es decir que los efectos que pueda tener una variable no influyen en la otra. La regla de decisión dice que rechazamos H_0 si p es menor que α .

En la tabla 2 se indica la variable, el número de categorías, k, el estadístico X^2 y el valor p asociado a la probabilidad.

Tabla 2.
Resumen test chi cuadrado.

Variable	# de categorías	K	X^2	P
Sexo	2	1	0.398	0.043
Quintil de ingreso	3	2	0.175	0.092
Nivel de instrucción	4	3	0.233	0.097
Zona de residencia	2	1	0.833	0.036
Situación laboral	2	1	0.77	0.039
Etnia	3	2	2.35	0.031

Elaboración propia.

El valor p es menor que 0,05 en casi todos los casos, a excepción del quintil de ingreso y nivel de instrucción, es por ello que se acepta H_0 en esos casos y se concluye que el quintil de ingreso y nivel de instrucción no tienen influencia en que un paciente con diabetes siga los cuidados necesarios y tenga una adecuada educación de la salud. Eso debido a que los pacientes de este club tienen niveles de instrucción bajos. Es necesario evaluar las variables que si guardan relación con el cumplimiento de las recomendaciones para los pacientes con diabetes.

Tabla 3.
Cumple las recomendaciones vs sexo

Sexo	Cumple todas las recomendaciones		Total
	Si	No	
Hombre	3	8	11
Mujer	11	18	29
Total	14	26	40

Elaboración propia.

De la tabla anterior se puede deducir que 3 de cada 10 hombres con diabetes cumple con los cuidados necesarios, y 7 de cada 10 pacientes con diabetes son mujeres.

Tabla 4.

Cumple las recomendaciones Vs Zona de residencia

Zona residencia	Cumple todas las recomendaciones		Total
	Si	No	
Urbana	12	19	31
Rural	2	7	9
Total	14	26	40

Elaboración propia.

3 de cada 10 pacientes con diabetes que no cumplen las recomendaciones residen en el área rural, y del 100% de pacientes del área rural con diabetes, el 78% no cumple las recomendaciones y cuidados para su enfermedad.

Tabla 5.

Cumple las Recomendaciones Vs Situación laboral.

Situación laboral	Cumple todas las recomendaciones		Total
	Si	No	
Trabaja	10	15	25
No trabaja	4	11	15
Total	14	26	40

Elaboración propia.

El 60% del total de pacientes que tienen trabajo no cumple con las recomendaciones de los profesionales de la salud.

Tabla 6.

Cumple las recomendaciones Vs Etnia

Etnia	Cumple todas las recomendaciones		Total
	Si	No	
Mestizo	12	22	34
Indígena	1	4	5
Afrodescendiente	1	0	1
Total	14	26	40

Elaboración propia.

En su mayoría el grupo está compuesto por mestizos, sin embargo 8 de cada 10 indígenas con diabetes no tienen los cuidados adecuados para su enfermedad. Es necesario visualizar las variables que tienen relación con el cumplimiento de las recomendaciones.

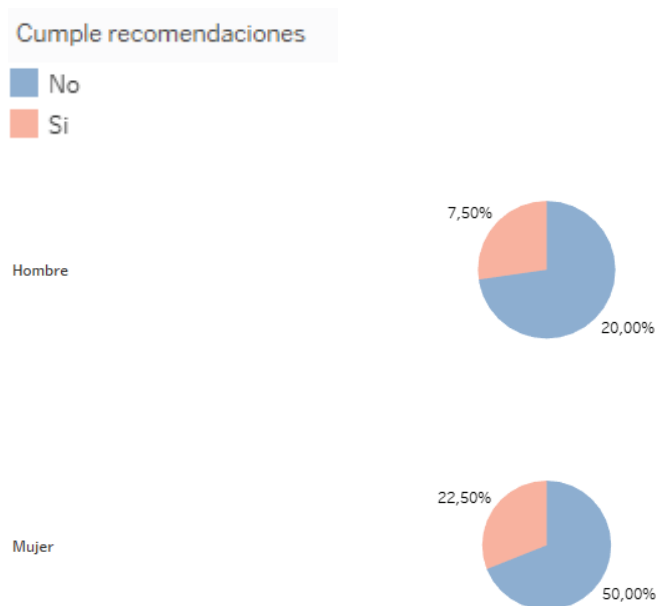


Figura 1. Cumple recomendaciones vs sexo
Elaboración propia

Del total del grupo solo el 30% cumple las recomendaciones que le brinda el profesional de la salud.

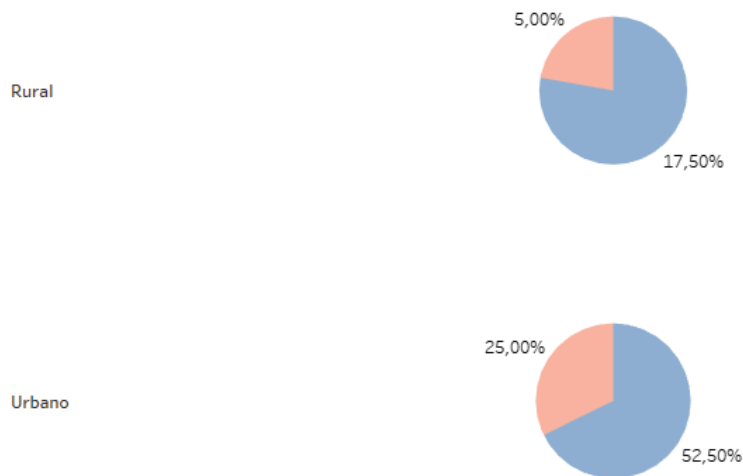


Figura 2. Cumplimiento de recomendaciones Vs residencia
Elaboración propia.

El 25% del total de pacientes entrevistados, si cumplen con las recomendaciones y residen en el área urbana.

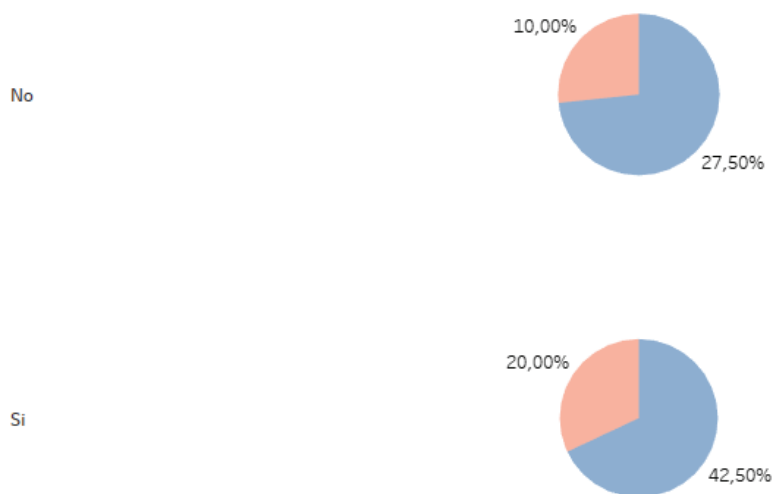


Figura 3. Situación laboral Vs cumplimiento de indicaciones
Elaboración propia.

Una de las variables que suma más relevancia es la situación laboral, el 20% del total de pacientes cumple con las recomendaciones y trabaja.

En cuanto a los factores culturales, la evaluación la realizan las enfermeras y se obtienen los siguientes resultados:

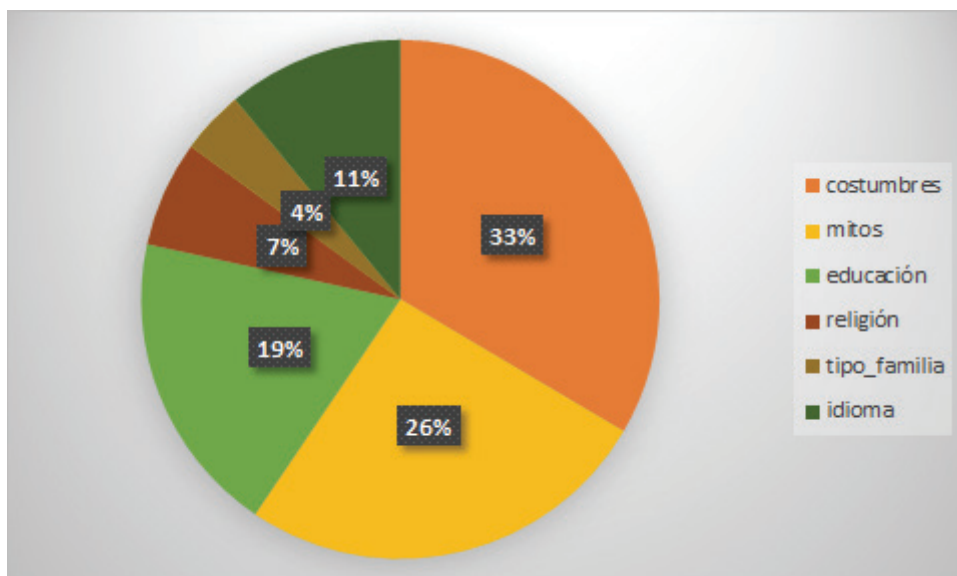


Figura 4. Factores Culturales
Elaboración propia.

Las costumbres (33%) son las que más limitan el buen seguimiento de las recomendaciones por parte de los pacientes, dentro de ellas está inmersa la cultura. Hay circunstancias respecto a la nutrición que forman parte de los mitos (26%) y no permite el seguimiento de las recomendaciones para la mejora de la calidad de vida, otro de los factores culturales que más influye en la investigación es la educación(19%), ya que en muchos casos el consumo de alimentos no aptos para pacientes con

diabetes tales como alimentos con gran cantidad de azúcar pastelería, abundantes carbohidratos y en porciones grandes están ligados al nivel de educación y pese a asistir a muchas charlas para aumentar la esperanza y la calidad de vida hacen caso omiso de las recomendaciones.

Desde la perspectiva del equipo de salud, ya se han determinado los factores socioculturales que limitan una adecuada promoción de la salud.

En cuanto a los pacientes se ha realizado una investigación de tipo cualitativa en la cual los pacientes han detallado sus vivencias.

Los entrevistados señalaron que son sus costumbres y mitos, los que no permiten tener un adecuado cuidado, el principal factor está ligado a la no toma de los medicamentos y al seguimiento de recetas naturistas, otro de los factores es la concienciación sobre la enfermedad, de la cual piensan tiene cura y por su nivel de instrucción y edad no comprenden las complicaciones que se generarán por la descompensación de los niveles de glucosa, que provocan daños irreversibles en el sistema renal, en la retina y en el tejidos vasculares y nervioso de los miembros inferiores.

4. Conclusiones

- Existen barreras sociales en los profesionales de enfermería que les predisponen a una serie de comportamientos al realizar la consejería en promoción y prevención a pacientes e usuarios con enfermedades metabólicas, éstas barreras sociales son: la edad, la instrucción y la situación laboral. En el caso de las barreras culturales son: las costumbres, los mitos y la educación.
- Los pacientes diabéticos no mantienen un control adecuado de su enfermedad y por ende descompensan sus valores de glucosa y éste factor los vuelve vulnerables para adquirir complicaciones, las barreras que ellos tienen a pesar de recibir la adecuada consejería, es su educación que no les permite comprender la importancia de mantener un control metabólico, sus costumbres que se inclinan por la medicina natural y la cultura en relación a su alimentación que está basada en abundantes hidratos de carbono y se les dificulta bajar las porciones y al tomar la medicación encuentra que su estómago necesita mayor cantidad de carbohidratos para evitar molestias gastro-intestinales.
- Las estadísticas de este trabajo apuntan a la no relevancia del nivel de instrucción y quintil de ingreso en el seguimiento de las recomendaciones por parte de los pacientes y esto se debe a que en el grupo focalizado el nivel de instrucción que predomina es el básico.

5. Recomendaciones

- Continuar con la investigación cualitativa para determinar las causas y posibles soluciones a los problemas planteados.
- Aterrizar las investigaciones sociales en políticas públicas.
- Generar conciencia social en los pacientes a través de charlas participativos. Focalizar los grupos más vulnerables dentro de los pacientes e impartir talleres.

6. Referencias bibliográficas citadas:

- Corbacho AK, e. a. (2009). *Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus*. Rev enferm Herediana., 26-31.
- Ginter E, e. a. (2013). *Type 2 Diabetes Mellitus, Pandemic in 21st Century*. In: Ahmad S, editor. *Diabetes*. Advance in Experimental Medicine and Biology: Springer New York., 42-50.
- IDF. (2015). *Atlas de la diabetes* Brussels., Belgium.
- Kagawa. (2012). *Applying the concept of culture to reduce health disparities through health behavior research*. Prev Med. pp 55, 356, 61.
- OMS. (2006). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Ginebra.
- Torres M, e. a. (2011). *Diabetes Mellitus: Perspectivas epidemiológica e implicaciones clínicas*. Venezolana de Medicina Interna, pp 25.

7. Referencias bibliográficas revisadas:

- Azien I. (1991) *The theory of planned behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Process ; 50: 179-211.
- Azien I, Fishbein M.(1980) *Understanding attitudes and predicting behaviors*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall,
- Becker MH (ed).(1974) *The health belief model and personal health behaviors*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, Inc,
- Carpi A, (2005) *La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular*. Anales de Psicología , 21: 84-91.
- Garza M, et al(2003), *Atribuciones y creencias sobre la Diabetes Mellitus tipo 2*. Rev Méd México ; 41: 465-72.
- Harrison et al(1992) *meta-analysis of studies of the health belief model*. Health Education Research ; 7: 107-16.
- International Diabetes Federation (2006), *Diabetes Atlas*, 3rd Edition, Brussels, Belgium,
- López G (2008) *Nueva clasificación y criterios diagnósticos de la diabetes mellitus*. Rev Méd Chile; 126: 833-7.
- Merino JM.(1996) *Modelización multivariada de variables dependientes categóricas: Una introducción a la regresión logística*. Ciencia y Enfermería; II: 27-40.
- Ministerio de Salud - Chile.(2006) *Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2*. Serie Guías Clínicas MINSAL, 1a Edición, Santiago.
- Moreno E, (2003) *El modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa*. I: *Hacia un análisis funcional de las creencias en salud*. Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy ; 3: 91-109.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)(2000), *Informe Macroeconomía y salud*. Geneve,
- Rolland J. (2000) *enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. España: Editorial Gedisa,
5. Servicio Salud Bío Bío (SSBB),(2007) *Monitoreo Control Metabólico Pacientes Diabéticos Bajo Control Establecimientos APS*, Los Angeles, .
- Streiner D et al (1995) *Health measurement scales*. New York: Oxford University Press.