



Universidad de Concepción

Depto. de Trabajo Social

Facultad de Ciencias Sociales.

**“Clases sociales y adherencia al
tratamiento de pacientes con diabetes
mellitus tipo2 en la comuna de
Florida”**

ALUMNAS

**VICTORIA ÁVILA
KAREN SALGADO
JOHANA SANHUEZA.**

PROFESOR GUÍA

MA. CECILIA RODRÍGUEZ.

**CIUDAD UNIVERSITARIA, 10 DE DICIEMBRE
DE 2012.**

INDICE.

Introducción	4
I. Problema de Investigación	6
II. Marco teórico y conceptual	11
Modelo de los Principales determinante de la salud	11.
Modelo de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud	13.
Clase social y Enfoque Relacional.	15.
Modelo de Clase Social de Golthorpe	19.
Modelo de Golthorpe y Erikson	21.
Perspectiva de Género	24.
III. Antecedentes Empíricos	30.
Estudios Internacionales.	31.
Estudios Nacionales	32.
IV. Objetivos de la Investigación	33.
Objetivo General	33.
Objetivos Específicos.	33.
V. Metodología de la Investigación	34.
VI. Presentación de los datos	47
Adherencia al tratamiento de pacientes con DM2	48.
Apoyo Familiar	83.
Género	88.
VII. Principales Resultados del Estudio	96.

INDICE.

VIII. Principales Conclusiones	106.
IX. Contrastación Teórica	109.
X. Aporte de la Investigación al Trabajo Social.	117.
XI. Referencias Bibliográficas	123.
XII. Anexos	126.
Pauta de entrevista	127.
Carta al director	131.
Consentimiento Informado	132.

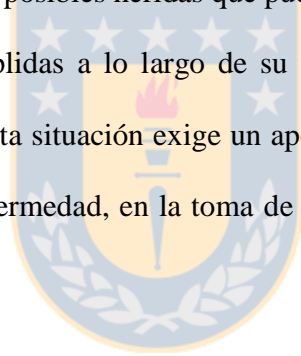


INTRODUCCIÓN.-

Las clases sociales y la pobreza son determinantes sociales fundamentales que influyen en la aparición de muchas enfermedades y la presencia de desigualdades en salud. En el ámbito de la salud pública podemos establecer dos razones principales que justifican ese interés: su importancia ética y política, ya que reflejan un sustrato social que tiene una amplia repercusión en la vida comunitaria, familiar, laboral y cotidiana de la población, y por otra parte, una gran influencia en la salud y la calidad de vida. Las circunstancias de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas, esto es utilizado cada vez más para identificar la interrelación entre los determinantes y las enfermedades, que permitan al sector salud intervenir de manera preventiva en la detección oportuna y contribuir al control cuando ha sido diagnosticada algún tipo de enfermedad, así como disminuir las complicaciones que se tienen porque el paciente no mantiene el apego a las prescripciones médicas, disminuyendo considerablemente su calidad y esperanza de vida de paciente.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, causada por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina. Ésta es necesaria para mover el azúcar en la sangre (glucosa) hasta las células, donde ésta se almacena y se usa posteriormente como fuente de energía. Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta.

La diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas y es más común en los ancianos. Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en esta enfermedad. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan el riesgo, por lo cual, requiere especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbilidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo su tratamiento, lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia, aseo adecuado de los pies y uñas, además de mantener un cuidado constante en la piel y las posibles heridas que pueden afectar en especial las extremidades. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.



I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿CÓMO INFLUYEN LAS DESIGUALDADES DE CLASE SOCIAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II?

La salud se puede considerar como uno de los aspectos más importantes de la vida y su alteración limita el desarrollo de la vida cotidiana. No obstante, existe una desigualdad en la distribución de los problemas de salud entre las personas que no comparten similares condiciones de vida. Es por esta razón, que se contemplarán en esta investigación, las distintas necesidades de los individuos para optar a buenas condiciones de salud, además de indagar si se cumplen la política sanitaria que se propone realmente, haciendo efectivo el derecho a la salud.

Por otro lado, el crecimiento económico y las políticas sociales impulsadas por el gobierno de nuestro país, han permitido una dinámica reducción de la pobreza en las últimas dos décadas, sin embargo, nuestra estructura de clases sigue sufriendo de agudos problemas, especialmente en el área de salud. Para iniciar el desarrollo de la problemática a investigar, se hace necesario describir como se relaciona el fenómeno de la desigualdad de clase, en el ámbito de la salud en nuestro país, debido a que está demostrado que las personas que viven en los niveles más bajos de la escala social, se encuentran más expuestos a padecer enfermedades graves y crónicas como la diabetes, en comparación a aquellos individuos que ocupan un lugar más privilegiado dentro de la escala social, por ende la incidencia que tiene la clase social en la calidad de la salud es una determinante, ya que va a depender de los distintos conocimientos que pueda tener una persona afectada sobre su padecimiento, o sobre la información que posea en relación a el acceso al tratamiento por parte del servicio de salud.

Sin duda, la disminución de las desigualdades en dicha área y la mejora en la calidad de vida de las personas, dependerá en gran medida de la reducción de los niveles de pobreza a través de la equidad de oportunidades. Cabe destacar, que se requiere mejorar la calidad y el acceso a la información, además, de desarrollar el área de investigación en esta temática, ya que los responsables de la planificación o la toma de decisiones políticas, deben tener en cuenta estos determinantes en la realización de acciones preventivas y de promoción de la salud.

Por consiguiente, una mirada a las cifras muestra, en efecto, una realidad preocupante. Según la CASEN (2009) la desigualdad social en Chile. Los hogares del decil más rico de la población concentran el 40,2% de la distribución de los ingresos autónomos, muy lejos del siguiente decil de hogares más ricos, los cuales representan un 15,6% del total. En contraste, el decil más pobre de hogares concentra sólo un 0,9% de la distribución de los ingresos autónomos. Por lo que a esto es necesario señalar, que la clase social es uno de los más poderosos determinantes de la salud: se ha señalado en diversos estudios que las personas de las clases sociales más bajas enferman más, viven menos años y, de estos, más años con incapacidad que las personas de clases sociales altas. Las tasas de morbilidad y mortalidad son mayores para quienes tienen las posiciones laborales más bajas o están desempleados. Esto es así porque la clase social implica diferentes exposiciones en la mayoría de ámbitos de nuestra vida (trabajo, ambiente urbano, familiar) las personas en los estratos socioeconómicos más bajos tienen menos acceso a servicios sanitarios y atención de calidad, viven en ambientes más desfavorables para la salud, trabajan en condiciones peores y más precarias y tienen menos oportunidades de seguir conductas de salud saludables (se alimentan peor, fuman más, practican menos actividades de ocio). Las

enfermedades crónicas son responsables del 60% de todo el peso que demandan las enfermedades en el mundo (Pace, 2006).

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en el ser humano y se le considera un problema de salud pública por su elevada morbi-mortalidad. Según datos ya en el 2005 hubo 1.1 millones de muertes debido a la diabetes y se prevé que entre los años 2006 y 2015 las muertes por diabetes aumenten en más de un 80% en los países de ingresos medios altos cifra que actualmente ya se registra en países de ingresos bajos o medios, hay que destacar que aproximadamente la mitad de las muertes por diabetes afectan a pacientes con menos de 70 años y el 55% mujeres. Este problema es de tal magnitud que la OMS calcula que para el 2030, se duplique en más de 180 millones de personas que actualmente la padecen (MINSAL, 2009). Para reducir estas cifras de morbi-mortalidad se necesita de un trabajo realizado por los equipos de salud, en cuanto es una parte importante ya que ninguna estrategia resultaría si no se involucra en ella la propia persona que padece esta enfermedad y un buen tratamiento y el control que realice de ellas, es un comportamiento que ha sido objeto de estudio de hace algún tiempo. Por lo mencionado anteriormente en esta investigación, podemos hablar de adherencia terapéutica como el comportamiento que la persona debe adoptar y la expresión de la responsabilidad que tiene el individuo con el cuidado y mantenimiento de su salud.

El paciente con esta enfermedad crónica, la mayoría de las veces, atraviesa por un largo periodo de adaptación antes de asumir un tratamiento continuo y permanente. Esto se debe a que el paciente conlleva una enfermedad con ciertas características: su permanencia en el tiempo, la amenaza de complicaciones, la invalidez en los casos más graves, asistencia periódica a un centro

de control y por sobre todo la necesidad de un cambio de estilo de vida que a veces resulta muy difícil para el paciente.

Se ha demostrado sin lugar a duda que el control adecuado de la diabetes permite llevar una vida prácticamente normal tanto en calidad como en duración, aun así un alto porcentaje de enfermos de diabetes continúan sufriendo múltiples molestias y complicaciones que a la larga son causas de incapacidad física y mental y rara vez de muerte prematura, por lo que es evidente que esas personas no controlan su enfermedad en forma adecuada.

El presente estudio se centra en la influencia de la clase social y la adherencia a tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, debido a que según lo mencionado anteriormente si bien el problema de la diabetes está garantizado por distintos programas, las personas quienes siguen estos son influenciados por factores como la clase social en cuanto a la adherencia a su tratamiento correspondiente. Numerosos estudios han demostrado que existe un “gradiente” dentro de la dimensión de las clases sociales –con el ascenso en la clase social, la salud mejora; con el descenso en la clase social, la salud se deteriora–. Aunque continúa existiendo un amplio debate, hay un consenso de que las clases sociales constituyen un “factor condicionante” en la salud de la población. Algunas de las vías que vinculan la pertenencia a clases sociales más bajas con una salud deficiente son las privaciones económicas, la falta de oportunidades para la educación y exposiciones nocivas asociadas a las diferencias de las características del entorno geográfico y comunitario como la exposición a la violencia y a sustancias tóxicas como el plomo y el monóxido de carbono. Otras vías incluyen las diferencias de los patrones de consumo atendiendo a la clase social, lo cual abarca el consumo de alimentos poco saludables, el consumo de cigarrillos y alcohol o el consumo de estupefacientes.

La posición en una clase social también se asocia en gran medida con el acceso (o la falta de acceso) a recursos sociales y públicos, la calidad del sistema sanitario, las redes sociales informales y los recursos institucionales e intergeneracionales. Otra vía se centra en las diferencias en la naturaleza del entorno social y laboral e incluye las diferencias de clase en cuanto al estrés debido a experiencias negativas en el mercado laboral, como el desempleo, el subempleo y la exposición crónica a una organización del trabajo adversa. Estas vías específicas que vinculan las clases sociales a la salud pueden variar con el tiempo. Pueden aparecer nuevas vías causales y eliminarse otras, pero mientras la sociedad tenga una estructura clasista, es casi seguro que continuarán existiendo “desigualdades” de salud entre las clases esto es lo que queremos decir al expresar que la clase social es una de las “factores” de salud y enfermedad.

Con respecto a la relación de las clases sociales y la adherencia al tratamiento de diabetes, a nivel nacional, la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, indica que de acuerdo al nivel educacional, abarca el 20,5% de la población con nivel educacional bajo a más bajo, lo que se contrapone con aquella población con un mayor nivel educativo que sólo posee una prevalencia de un 6,2% (MINSAL, 2006).

El análisis de la situación conduce a que el conocimiento adquirido sea difundido, para plantear la realidad del estado de salud de la población trabajadora, los organismos responsables de la materia, como también a la sociedad en su conjunto. Además que, el estudio sirva de aporte a la generación de estrategias, medidas y herramientas aplicables al contexto de cada población y especialmente la correspondiente a la clase trabajadora y a los sistemas de atención en salud, los cuales favorezcan a las personas en la adherencia al tratamiento respecto a la diabetes, para que en un determinado momento le permita lograr un equilibrio que contribuirá a la

generación de situaciones favorables de vida, que son condiciones fundamentales para el desarrollo integral de una persona.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

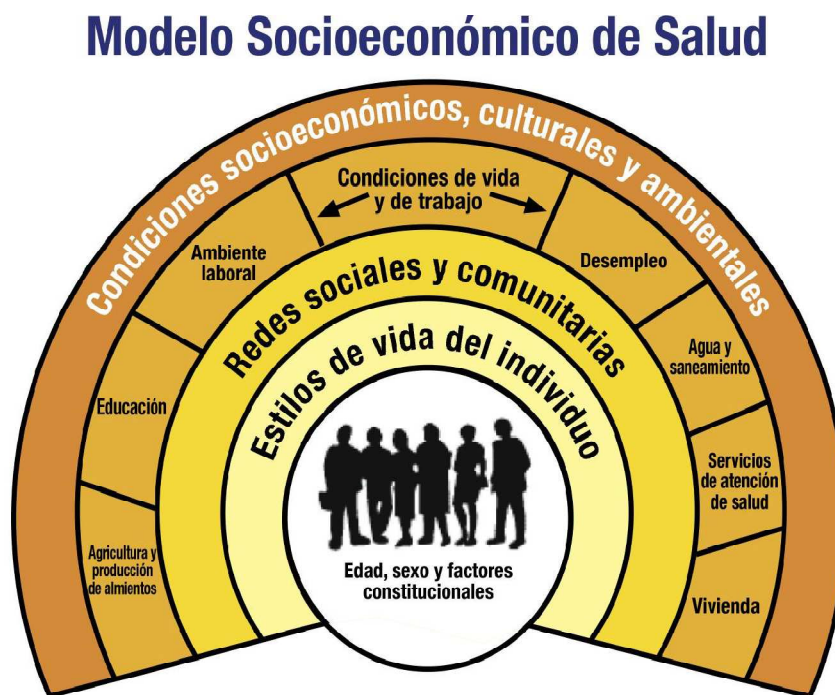
La salud involucra un “todo”, es decir, se presenta al ser humano como alguien en constante interacción con su entorno, con lo que se excluye la posible idea de considerarlo como un ente aislado de la sociedad, la cultura y de los estímulos del medio ambiente en el cual se inserta. Por lo tanto, la salud se encuentra sujeta a un conjunto de factores, no solamente internos, sino también del ambiente, los cuales influyen, se relacionan y afectan la vida del individuo.

A. Modelo de los principales determinantes de la salud.

Uno de los modelos en los que se sustenta esta investigación es el presentado por Lalonde, el que es acogido por Dahlgren y Whitehead y posteriormente es adoptado por Acheson presentando un modelo con los principales determinantes de la salud como capas de influencia (figura 1). Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables y a su alrededor las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida, pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos, hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables.

Por lo tanto, los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. Además el modelo intenta representar las interacciones entre los factores.

Figura 1: Principales determinantes de la salud.



Desde otra perspectiva, Acheson plantea un modelo en que explica cómo los procesos sociales afectan a la salud, considerando las inequidades en salud que se originan a partir de diferencias en las posiciones socioeconómicas de los individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida, generando interacciones socio-psico-biológicas, destacando la importancia de los primeros años de vida y la conexión entre lo social y lo biológico, identificando

las distintas causales que van desde la estructura socioeconómica hasta los cambios fisiopatológicos que producen un impacto en la salud.

Con otras palabras, a raíz de lo presentado por Acheson es posible destacar que existe una relación con el modelo de “campos de la salud”, ya que presenta que existe un determinante biológico, que no se puede modificar, con el que se nace y se crece y entra en interacción con el entorno ocasionando cambios fisiopatológicos que afectan a la salud, esto en el modelo de los “campos de la salud” correspondería al contexto. Agrega este modelo la importancia que tienen las posiciones económicas de los individuos como un condicionante de la salud del ser humano desde que nace y a través de su desarrollo a lo largo de la vida.

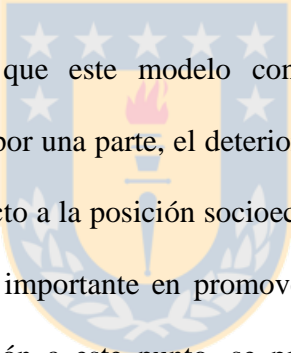
B. Modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Otro modelo influyente dentro de esta investigación fue el desarrollado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que señala la relación entre contexto social, la posición social del individuo con los factores de riesgo (OMS, 2008).

Este modelo trabaja desde la perspectiva del contexto social y político, incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos, dan origen a posiciones socioeconómicas desiguales. Esta estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, es causa de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. De esta manera, los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados “determinantes estructurales” de inequidades en salud, generando mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino

producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como: calidad de vivienda, y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal.

A diferencia del modelo anterior de Acheson, en este se presenta que desde el contexto sociocultural surgen las principales desigualdades socioeconómicas. Estas diferenciaciones que se hacen afectan en el comportamiento, los hábitos y conductas del individuo entorno a su salud. Lo transforman en alguien más vulnerable a las condiciones que el entorno le presenta y afecta en que esté susceptible de mejores o peores condiciones de salud (OMS, 1998).



Es importante destacar que este modelo considera al sistema de salud como un determinante social más, ya que, por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, (por ejemplo el Ingreso), y por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales. En relación a este punto, se presenta una concordancia con el primer modelo presentado, en que se plantea como un campo de la salud la “organización de los servicios de salud” aquí se presenta que es relevante la organización en la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad en una población.

Dentro de las investigaciones con respecto a salud, nos encontramos con el informe Black publicado en el año 1980. El cual señala las desigualdades en salud entre las clases sociales, las que han sido evidentes y fueron incrementando durante el siglo XX, esto generó una gran repercusión en el ámbito político y comunidad científica. A su vez señala que tanto la mortalidad

como la morbilidad son mayores en aquellos más deprimidos desde el punto de vista material y social. La publicación de este informe promovió la investigación acerca de la desigualdades en salud en Europa e inicio un importante debate científico acerca de la naturaleza, dimensión y causa de las desigualdades en salud en países desarrollados (Regidor, 1994).

En cuanto al estudio de su significación histórica, se establecen diferentes doctrinas. Los historiadores suelen determinar que siempre ha habido distinción de clase. Por otra parte, algunos sociólogos como Sorokin o Gurvitch, consideran que se trata de un hecho moderno que nace con el capitalismo, dando lugar a gran disparidad de criterios para su definición. Por su parte esta aquella concepción del marxista Friedrich Engels, al considerar que se trata de un fenómeno que acompaña al mundo de la civilización, ya que mucho antes del capitalismo ya existían las clases sociales pero no existían en las comunidades primitivas (Rodríguez, 2011).

Para comenzar a describir lo que es clase social, es necesario conocer que se entiende por clase social. Se define clase social como un concepto compuesto que surge con el desarrollo de la ciencia, el pensamiento social y económico de la modernidad europea configurado como tal por la sociedad europea (Vericat. J 1976).

C. Clase social y enfoque relacional.

Según el diccionario de la REA en el año 2011 define una sociedad como “la agrupación natural o pactada de persona, que constituyen unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir, y ante mutua cooperación, todos o algunos de los fines de la vida” (REA, 2011,

p.258). Desde esta perspectiva, la sociedad aparece como un todo coherente. Sin embargo esta aparente homogeneidad no es tan así.

La sociedad no ha sido nunca homogénea, existen diferencias entre distintos grupos de sujetos, estas no son solo de sexo y edad, sino también se relacionan con la capacidad económica, el poder y el estatus de unos respecto a otros. En los siglos XIX y XX estas distinciones han sido conceptualizadas y operacionalizadas con el término de “clases sociales”.

Así, la clase social surge como concepto teórico de importancia con las propuestas de Karl Marx y Max Weber, quienes impulsados por el surgimiento de las nuevas estructuras de poder que surgieron de la industrialización y el capitalismo en el siglo XIX, deciden debatir y proponer ideas sobre estas diferencias sociales. Debido a esto, las clases quedan establecidas y sementadas por factores económicos (Feito, 1995).

Según Moreno y Fernández (1998), para Marx la población se divide en clases capitalista y proletariado. Por otra parte Weber considera que la clase se relaciona con las condiciones materiales y que constituyen la jerarquía económica.

Este estrato corresponde a un determinado grupo humano que se encuentran en una misma “situación de clase”, es decir, cuando comparte, por un lado, los mismos intereses económicos respecto a la posición de bienes y, por otro, sus oportunidades de ingresos en las condiciones determinadas por el mercado son comunes.

Es así como la clase define por la capacidad adquisitiva o de ingreso; la posesión y la no posesión de bienes y servicios son las categorías fundamentales de las situaciones de clase, la distribución desigual del poder económico repercute en la repartición desigual de la propiedad.

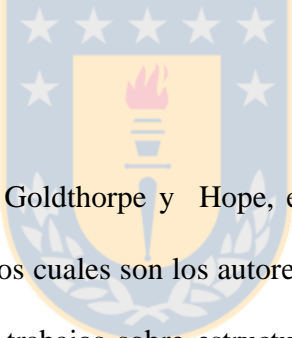
Sus marcos conceptuales se desarrollaron para ayudar a entender la sociedad nacida de la revolución industrial y el primer capitalismo industrial. Según Marx, las relaciones de clase se producen a través de las relaciones sociales de producción y, más concretamente, de la propiedad de los medios de producción. Las dos clases sociales en las primeras etapas de la sociedad capitalista eran la burguesía y el proletariado: la primera, propietaria de los medios de producción, explotaba y dominaba a la segunda, que sólo poseía su fuerza de trabajo y la tenía que vender para sobrevivir. Para Marx, las clases sociales eran fuerzas sociales que transforman las sociedades a lo largo de la historia.



La aportación conceptual de Weber postulaba que, además de los medios de producción, también eran importantes el poder, las diferencias económicas, los conocimientos técnicos y las cualificaciones, el prestigio social y la identificación con valores culturales. En este sentido, las situaciones de clase reflejarían las distintas oportunidades vitales derivadas del mercado y del consumo. En el siglo xx estos marcos conceptuales han sido revisados y actualizados para adaptar el análisis de clases y de la estructura social a las sociedades actuales, y hay teóricos que han realizado propuestas concretas, como, por ejemplo, Erik Olin Wright (neomarxista) y John Goldthorpe (neoweberiano).

El indicador de clase social más utilizado en los estudios empíricos sociológicos ha sido la ocupación. Es un concepto tecnológico y cultural, no de clase social; sin embargo, dada su correlación con la clase tanto en el sentido weberiano como marxista, junto a su alta disponibilidad, se usa como un indicador de clase social⁴. A pesar de que en salud pública también se usan otros indicadores de posición socioeconómica (nivel de estudios, ingresos, etc.), en esta investigación nos referiremos a la clase social basada en la ocupación.

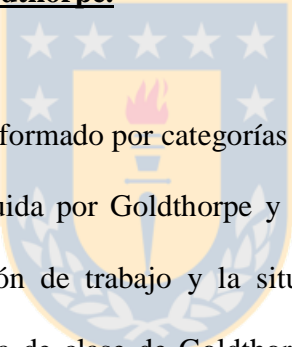
Por ello, es necesario hablar los esquemas que tratan de hacer una descripción de la estructura o posiciones de clases, de los esquemas conceptuales que intentan medir las relaciones de clase, en donde podemos destacar las clasificaciones de Goldthorpe (Crompton, 1993).



Atria en el año 2004 cita a, Goldthorpe y Hope, en 1974; Llewellyn y Payne en 1987 y Erikson y Goldthorpe, en 1993, los cuales son los autores representativos del **enfoque relacional** neoweberiano con sus conocidos trabajos sobre estructura social, estratificación y movilidad en Gran Bretaña. Ya a principios de la década de los años 80, Goldthorpe sostuvo que el uso de datos ocupacionales permitía caracterizar a la sociedad británica en siete grandes categorías a las cuales se podía agregar una pequeña capa elitaria en la cúspide de la estratificación social. El trabajo de Goldthorpe y sus asociados, dio origen a su conocido y ampliamente usado esquema de 7 categorías de clases sociales, agrupadas en torno a la clase de servicio, la clase intermedia y la clase trabajadora. En torno a estos autores se ha consolidado una de las más reconocidas tradiciones de investigación empírica acerca de la estructura ocupacional y la estratificación social en las sociedades modernas, que se identifica con el “Grupo del Nuffield College” liderado por Goldthorpe en la Universidad de Oxford.

Siguiendo el planteamiento de Weber en lo que se refiere al poder y al status, Goldthorpe propone un esquema de clases sobre la base de la ocupación y el status asociado a esta, lo que le permite agrupar categorías ocupacionales de individuos con similares niveles de ingreso y condiciones de trabajo (Atria, 2004). Asimismo, el esquema de Goldthorpe toma en consideración la posición del individuo dentro del proceso productivo, lo que le permite incorporar el elemento de autoridad. Goldthorpe elabora un esquema básico de tres posiciones de clase: empleadores, trabajadores (por cuenta propia) y empleados

D. Modelo de clase social de Goldthorpe.



El modelo de Goldthorpe está conformado por categorías provenientes de la escala de deseabilidad social de las ocupaciones construida por Goldthorpe y Hope en 1974. Las dimensiones que se tienen en cuenta son: la situación de trabajo y la situación de mercado, combinadas con la situación de empleo. El esquema de clase de Goldthorpe “deseabilidad general” dentro de un conjunto de siete categorías de clase. Los conceptos que subyacen a la distribución de las ocupaciones en clases son la situación de trabajo. Una característica distinta de estas categorías es que proveen un grado relativamente alto de diferenciación en términos tanto de función ocupacional como de status de empleo: en efecto, el status de empleo (asociado a una ocupación) es tratado como parte de la definición de una ocupación (Atria, 2004).

GOLDTHORPE: EL ESQUEMA DE CLASES ORIGINAL

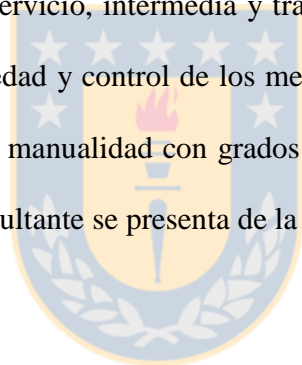
LA CLASE ELITARIA	
I. Clase de servicio alta	CLASE DE SERVICIO
II. Clase de servicio subalterna	
III. Clase de cuello blanco	CLASE INTERMEDIA
IV. Pequeña burguesía	
V. Clase trabajadora alta	
VI. Clase trabajadora calificada	CLASE TRABAJADORA
VII. Clase trabajadora no calificada	

(Atria, 2004, p 26)

E. Modelo de clase social de Goldthorpe y Erikson

En una versión posterior Goldthorpe y Erikson mantuvieron las tres grandes clases, pero ampliaron a once el número de categorías de clases sociales, combinando criterios de propiedad y control de medios de producción, prestación de servicios con mayor o menor autonomía y manualidad con grados de calificación diferentes.

Erikson y Goldthorpe refinaron y ampliaron la matriz clasificatoria original de las siete clases. La clasificación de la inserción laboral que proponen Erikson y Goldthorpe mantiene las tres grandes clases, a saber, de servicio, intermedia y trabajadora, pero distingue once categorías combinando tres criterios: propiedad y control de los medios productivos, prestación de servicios con mayor o menor autonomía y manualidad con grados de calificación diferentes (Leon y Atria, 2007). El esquema ampliado resultante se presenta de la siguiente manera:



ESQUEMA DE CLASES DE ERIKSON Y GOLDTHORPE

Clases de servicio	I Profesionales, administradores y funcionarios de nivel superior, dirigentes de grandes empresas, grandes empresarios.
	II Profesionales, administradores y funcionarios de nivel inferior, técnicos con altos niveles de calificación, dirigentes de empresa pequeñas y medianas, supervisores de trabajadores no manuales, empleados.
Clases intermedias	III Empleados ejecutivos.
	III Trabajadores de servicios.
	IV Pequeños empresarios y trabajadores autónomos con dependientes.
	IV Pequeños empresarios y trabajadores autónomos sin dependientes. V Técnicos de nivel inferior, supervisores de trabajadores manuales.
Clases trabajadoras	VI Trabajadores manuales industriales calificados.
	VII a Trabajadores manuales industriales no calificados.
	VII b Trabajadores manuales agrícolas.

(Atria, 2004, p 26)

En general estas clasificaciones permiten reducir significativamente las numerosas situaciones ocupacionales a un número reducido de categorías o “clases” construidas de modo tal que puedan entregar criterios para definir fronteras de cada categoría respecto de las demás y sortear así el riesgo del nominalismo.

En otras palabras, el problema característico de estas categorizaciones es poder determinar el grado en que ellas corresponden a grupos sociales reales y no sean meras categorías estadísticas. Goldthorpe estimó que era necesario establecer primero los criterios para delimitar los grupos comprendidos en las categorías, y luego obtener confirmaciones empíricas de estas delimitaciones por medio del examen de los patrones de movilidad entre el número reducido de clases.

La idea central aquí es que los patrones de movilidad permitirían establecer el cierre o “clausura” de una suerte de espacio social en torno a situaciones de clase específicas, de modo que a mayor grado de clausura, mayor sería la claridad de la identificación de las clases sociales implicadas. Según Giddens, 1973 “se produciría así una estructuración demográfica de las clases que haría posible la reproducción de experiencias de vida comunes a través de las generaciones”

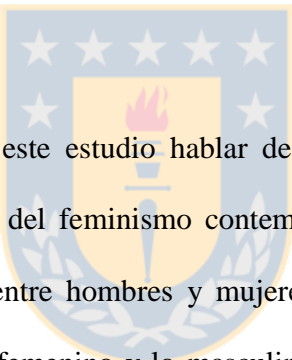
Para ello, utilizó una herramienta interesante que es la matriz de flujos de entrada y salida que se puede construir combinando la categoría ocupacional de los padres con la de los hijos.

Cruzando las categorías ocupacionales de modo que en el eje horizontal de la matriz están los datos de la distribución de los hijos y en el eje vertical la distribución de los padres, se obtiene una matriz cuya diagonal principal muestra la ausencia de movilidad intergeneracional, en tanto

que la sección inferior izquierda muestra movilidad ascendente y la sección superior derecha indica movilidad descendente.

A fines de la década de los años setenta, Goldthorpe utilizó esta matriz de flujos en su estudio de la movilidad social en Gran Bretaña y concluyó que sus resultados validaban el modelo de categorías pues cada una de ellas mostraba una cierta solidez demográfica en el agregado de las trayectorias de la duplas padres-hijos de donde se desprendía que las categorías podían ser reconocidas como “formaciones sociales” (clases) maduras y por tanto reales.

F. Perspectiva de Género.



Es necesario también en este estudio hablar de género, como categoría social, es una contribución teórica significativa del feminismo contemporáneo. Esta categoría analítica surgió para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo el énfasis en la noción de multiplicidad de identidades. Lo femenino y lo masculino se conforman a partir de una relación mutua, cultural e histórica. El género es una categoría transdisciplinaria, que desarrolla un enfoque globalizador y remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuye a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad.

El género se refiere a las desigualdades estructurales y marcadas por el acceso desigual de mujeres y hombres a recursos materiales y no materiales. Esto, a su vez, forma base para definir y distinguir los comportamientos masculinos y femeninos, las expectativas y roles, así como las relaciones entre hombres y mujeres (Rathgeber y Vlassoff, 1993). Como fenómeno social, el

género impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas y valores culturales y simbólicos.

En el libro titulado “*Segundo Sexo*” de Simone de Beauvoir, el término género sólo comienza a circular en las ciencias sociales y en el discurso feminista con un significado propio y como una acepción específica (distinta de la caracterización tradicional del vocablo que hacía referencia a tipo o especie) a partir de los años setenta. No obstante, sólo a fines de los ochenta y comienzos de los noventa el concepto adquiere consistencia y comienza a tener impacto en América Latina. Entonces las intelectuales feministas logran instalar en la academia y las políticas públicas la denominada “perspectiva de género” (Lamas, 1999).

Cabe destacar la importancia de la perspectiva de género, para abordar el estudio, diversas investigaciones de las desigualdades en materia de salud, han revelado que, la clase pueden ser el factor determinante principal de las desigualdades de salud, pero siguen existiendo diferencias significativas en los resultados de salud por sexo dentro de cada nivel de clase (Lillie-Blanton, 1993; Kriege, 1993; Sen, 2002).

La “perspectiva de género”, en referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, capacitación o desarrollo de políticas o programas, implica:

a) Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorio para las mujeres, que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas, que las mismas atraviesan

todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión (Gomariz, 1992).

La perspectiva de género opta por una concepción epistemológica que se aproxima a la realidad desde las miradas de los géneros y sus relaciones de poder. Sostiene que la cuestión de los géneros no es un tema a agregar como si se tratara de un capítulo más en la historia de la cultura, sino que las relaciones de desigualdad entre los géneros tienen sus efectos de producción y reproducción de la discriminación, adquiriendo expresiones concretas en todos los ámbitos de la cultura: el trabajo, la familia, la política, las organizaciones, el arte, las empresas, la salud, la ciencia, la sexualidad, la historia.

La mirada de género no está supeditada a que la adopten las mujeres ni está dirigida exclusivamente a ellas. Tratándose de una cuestión de concepción del mundo y de la vida, lo único definitorio es la comprensión de la problemática que abarca y su compromiso vital.

Es así que podemos decir que en este estudio la perspectiva de género favorece el ejercicio de una lectura crítica y cuestionadora de la realidad para analizar y transformar la situación de las personas. Se trata así de crear nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres visualicen su masculinidad y su femineidad a través de vínculos no jerarquizados ni discriminatorios

Con respecto a la adherencia, en cuanto a cómo concepto se define en el diccionario como “Conexión, parentesco, enlace” (Diccionario de la Lengua Española, 1989).

En el área de la salud se reconoce un conjunto de términos, asociados al concepto de adherencia, como son: cumplimiento, colaboración, alianza, adhesión y adherencia terapéutica, entre otros, este término se describe además, como el proceso de influencia del profesional hacia el paciente, cuyo objetivo final será que este último internalice la necesidad de cumplir con el control y tratamiento de su enfermedad, (Dracup y Meleis, 1982). Los mismos autores, clasifican la conducta no adherente en dos categorías:

La primera, “Conducta de Omisión”, es decir, olvido de tomar medicamentos o asistir a controles, y la segunda, “Conductas de acción” en que el paciente realiza acciones que se le han prohibido o sencillamente se auto médica. Con estos elementos la adherencia en diabetes se conceptualiza como la participación activa y voluntaria del paciente en el manejo de su enfermedad, siguiendo el curso de su tratamiento y compartiendo la responsabilidad con los proveedores de servicios de salud, trabajando estrechamente con ellos, en lugar mantener una forma rígida respecto a lo prescrito.

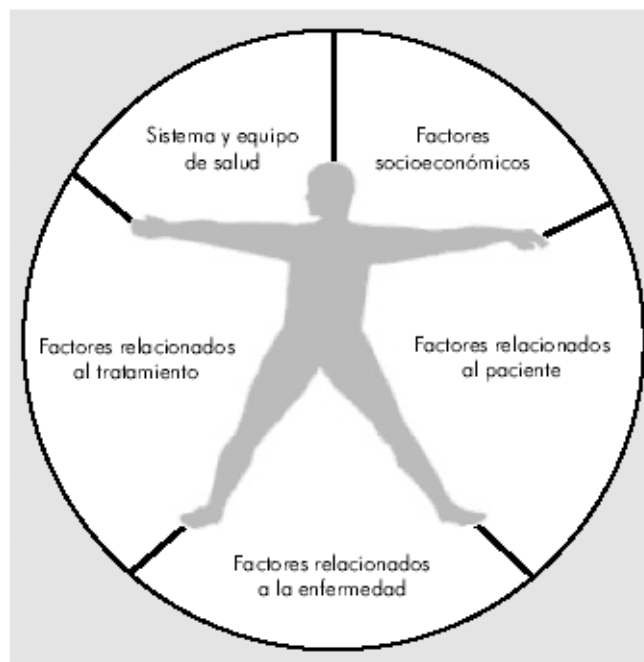
Para que esta colaboración sea eficaz se debe conocer y determinar aquellos aspectos que podrían mejorar esta vinculación entre el paciente y el equipo de salud.

La adherencia está determinada por cinco dimensiones:

- Factores socioeconómicos.
- Factores relacionados con el equipo de atención de salud.

- Factores que se relacionan con las características de la enfermedad factores relacionados con la terapia
- Factores relacionados con el paciente.

Constituyéndose de esta manera la adherencia como un fenómeno multidimensional Fig.2



Fuente: Gusmão y Mion Jr^o, adaptado de OMS¹⁸.

Según Peralta y Carvajal (2008), existen tres métodos para medir la adherencia al tratamiento, entre ellos tenemos:

- Métodos objetivos directos
- Métodos objetivos indirectos
- Métodos subjetivos

a) *Métodos objetivos directos*: se utilizan técnicas de laboratorio para medir niveles de fármacos o metabolitos, frecuentemente por medio de líquidos como sangre u orina. La presencia de estos líquidos corporales solo expresa que el medicamento ha sido ingerido, por lo que podemos tener falsos positivos; por lo general son objetivos y específicos; sin embargo, obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos, no tienen mucha utilidad ya que son caros y requieren de infraestructura.

b) *Métodos objetivos indirectos*: en ellos se valora la adherencia a partir de las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad. Los más utilizados son: recuento de comprimidos, asistencia a citas programadas, valoración de la eficacia terapéutica alcanzada, valoración de los efectos adversos de los medicamentos.

c) *Métodos subjetivos indirectos*: en estos se emplean cuestionarios, técnicas de entrevistas, el juicio del médico y la impresión clínica. Dentro de las técnicas de entrevistas encontramos cuestionarios validados que analizan el grado de conocimiento que el enfermo tiene acerca de su enfermedad; se ha demostrado que a mayor conocimiento de la enfermedad mayor adherencia al tratamiento.

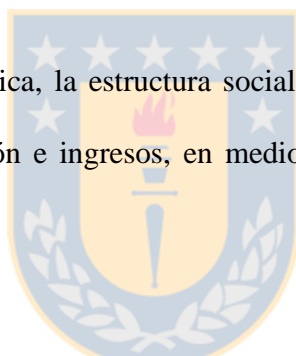
En cuanto a la adherencia y la diabetes, según la OMS(2003), la perspectiva actual en la atención de las personas con diabetes, que se otorgan un papel protagónico en el auto cuidado, esto implica que el paciente supervisa activamente su tratamiento, responde a los cambios ambientales y a las condiciones biológicas de adaptación, haciendo por ejemplo, ajustes en los diferentes aspectos del tratamiento de la diabetes a fin de mantener un nivel adecuado del control metabólico y de esta manera reducir la probabilidad de complicaciones.

III. ANTECEDENTES EMPÍRICOS.

Según el estudio de la comisión de determinantes sociales de la salud ha llamado la atención sobre la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud con la finalidad de mejorar la situación global y combatir la inequidad con la que esta se distribuye que actúan sobre la salud denominándolo determinantes estructurales que incluyen:

a) El contexto socioeconómico y político (conformado por la manera de gobernar, las políticas macro económicas, la posición social, políticas públicas, cultura y valores sociales)

b) La posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, misma que definen la situación de educación, ocupación e ingresos, en medio de determinaciones de género y étnica (Breilh, 2009).



Un segundo tipo de determinantes llamados intermediarios, vincula a los estructurales con los resultados en salud, están constituidos por circunstancias materiales como condiciones de vida y trabajo, elementos conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud. Este tipo de determinantes actuara sobre la equidad en la salud y sobre el bienestar.

Con respecto a la adherencia y la diabetes mellitus tipo 2 son muchas las investigaciones relacionadas con este tema, entre las cuales se destacan:

Estudios internacionales.

– **Jones, Jones y Katz (1991)** encontraron en sus estudios en **Gran Bretaña** que los pacientes crónicos que presentaron mayor adherencia fueron aquellos que eran de mayor edad, que habían tenido trato previo con su enfermedad y que estaban más conscientes de las consecuencias potenciales y gravedad de su enfermedad.

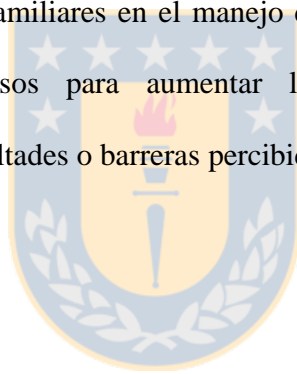
– **Donovan y Blake, (1992)**, establecieron el supuesto que los pacientes tengan poca opción para cumplir con los objetivos y las instrucciones que reciben, sugieren que la solución para el gasto en salud que acarrea la no adherencia, no está en tratar de aumentar la adherencia del paciente si no en desarrollar relaciones más abiertas y cooperativas entre el paciente y el profesional que lo atiende, estudio realizado en **Reino Unido**.

– **Colunga-Rodríguez, (2008)**, en su estudio acerca de “caracterización psicosocial del paciente con diabetes tipo 2 en atención primaria” realizó un estudio transversal en 200 personas con diabetes en **México**, evaluando la autoestima, el estrés, la depresión y locus de control. Además estudio variables socio demográficas y propias de la enfermedad tales como: glicemia, antigüedad del diagnóstico y estado de la diabetes, las conclusiones más relevantes se encontraron en las variables psicológicas, en donde la autoestima estaba disminuida en la mitad de

la muestra, el estrés y/o depresión estaba presente en la cuarta parte de la muestra que en general tenía un alto locus de control interno.

Estudios nacionales.

– **Quintana et al. (2008)**, un estudio realizado en **Chile** sobre variables sicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2 en una población de 401 personas, se consideraron variables de tipo demográficas propias de la enfermedad y psicosociales, estas últimas basadas en el modelo de creencias en salud. Una conclusión importante del estudio y relacionado con el apoyo familiar fue la necesidad de considerar el rol indirecto que ejercen las redes familiares en el manejo de la enfermedad crónica, pues tienen la capacidad de movilizar recursos para aumentar las fortalezas personales dirigidas al enfrentamiento positivo de dificultades o barreras percibidas para tratar la enfermedad.



IV. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Considerando los antecedentes teóricos y empíricos expuestos en el marco teórico, se pueden establecer los siguientes objetivos:

A. Objetivo General.

Comprender la influencia de la clase social en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de pacientes con diabetes mellitus tipo II.

B. Objetivos Específicos:

1. Describir la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II de la clase social intermedia y trabajadora
2. Comparar las diferencias entre la clase social intermedia y trabajadora, en la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II
3. Conocer la influencia de la familia en la adherencia al tratamiento del paciente de clase social intermedia y trabajadora
4. Conocer las percepciones respecto a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II entre hombre y mujeres pertenecientes a la clase social intermedia y trabajadora



V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Características de la Investigación.

La presente investigación se basa en el interés por conocer la influencia de la clase social en la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II desde la percepción de las personas afectadas que pertenecen a la clase social trabajadora e intermedia, el diseño de investigación utilizada en el presente estudio, corresponde a un **Método Cualitativo** que recoge las apreciaciones asociadas a sus acciones emanadas de sus maneras particulares y diversas de entender su realidad, ya que “se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.364) , admitiendo a su vez una realidad subjetiva, la cual, debe ser descubierta, construida e interpretada por los investigadores, que incorporan su contexto socio – cultural.

Esta investigación se ha orientado hacia un **tipo de estudio fenomenográfico**, ya que nos permite entender un objeto a partir de cómo el sujeto lo percibe y lo entiende. Este tipo de investigación puede ser definido como “el estudio empírico de las diferentes maneras que poseen las personas de experimentar, percibir, aprehender, entender y conceptuar los distintos fenómenos que se producen alrededor nuestro”. (Neira. 2009). De esta manera el estudio Fenomenográfico se refiere a que se ha elegido describir algo tal cual es percibido por las personas y no como es realmente, en este caso se quiere describir el fenómeno social existente en entre las clases sociales intermedia, trabajadora y la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitas tipo II.

En este sentido, es necesario mencionar a Marton, citado por Neira (2009), indica dos perspectivas, en relación a la Fenomenografía las cuales son:

1.- Primer-Orden: Describir el mundo tal cual es.

2.- Segundo-Orden: Describir el mundo tal como las personas lo “experimentan”(Neira,2009).

En este sentido, se plantean dos niveles de descripción de la realidad, llamados de Primer-Orden y de Segundo-Orden, siendo este último el que corresponde a la naturaleza del problema de investigación.

Las personas comprenden los fenómenos de diferente manera. El objetivo de la fenomenografía es dotar de un especial énfasis a las distintas formas de entender los diferentes fenómenos educativos y sociales (Rizo 2001).

Con respecto al **tipo de investigación**, esta es **Descriptiva**, ya que este estudio intenta aclarar como el factor de la clase social tiene influencia en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes, determinando el efecto que se desea observar, estudiando la relación de influencia entre ellas.

B. Sujetos de Estudio.

Para la selección de los sujetos de estudios utilizados en esta investigación fue necesario revisar las ficha clínicas de las personas diabéticas controladas regularmente en el Hospital San Agustín de la comuna de Florida, con el propósito que los seleccionados brinden la información necesaria para comprender el significado y actuaciones que se desarrollan en el contexto de la clase social y la adherencia al tratamiento de diabetes.

Teniendo claro que el objetivo fundamental de esta investigación es comprender la influencia de la clase social en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de pacientes con diabetes mellitus tipo II, se vuelve necesario entrevistar al universo de personas compuesto por 14 sujetos que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Persona afectadas por la diabetes mellitus tipo2.
- Mayor de 40 años.
- Que se encuentren trabajando
- Perteneciente a la clase social trabajadora o intermedia
- Clase social intermedia: empleados ejecutivos, trabajadores de servicios, pequeños empresarios y trabajadores dependientes, pequeños empresarios y trabajadores autónomos sin dependientes, técnicos de nivel inferior, supervisores de trabajadores manuales.
- Clase trabajadora: trabajadores manuales calificados y no calificados, trabajadores manuales agrícolas
- Pacientes regular del Hospital San Agustín de la Comuna de Florida.

- Pertenecer a un grupo familiar de 2 o más personas.

C. Técnica.

La recolección de datos utilizada en este estudio se constituye a través de la **entrevista semi-estructurada**, “cuya técnica se basa en una guía de asuntos o preguntas, el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, es decir, no todas las preguntas están determinadas”, (Fernández, 2006). Esta constituye uno de los momentos críticos del proceso de investigación.

El entrevistador debe trabajar con una pauta de entrevista que garantice la producción de un discurso acorde al tema de investigación, esta guía no debe ser rígida ni estructurada, ya que, puede orientar o llevar a un sesgo la entrevista. Esta técnica pretende obtener información sobre el punto de vista y la experiencia de las personas, en la entrevista será esencial obtener el conocimiento del punto de vista de los miembros del grupo de estudio para así acceder al conocimiento, creencias, valoración del tratamiento, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos y focalizar progresivamente hacia cuestiones cada vez más precisas ayudando a que el entrevistado se exprese y aclare sin que el entrevistador sugiera la respuesta.

El objetivo de este tipo de entrevista dentro de la tradición Fenomenográfica de investigación cualitativa lo constituye el brindar absoluta libertad para que el entrevistado produzca un discurso real y genuino sobre el tema de investigación.

La pauta guía para dirigir las conversaciones se conformará con las siguientes temáticas:

- Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II
- Clase social intermedia y trabajadora
- Apoyo familiar
- Género.

D. Registro de la información.

Se utilizarán grabadoras de video, de audio, y la observación, herramientas que permitirán captar que sentimientos provoca en las personas el análisis de cada ítem, cabe mencionar que cada entrevistado deberá firmar una carta de consentimiento informado en la que se advierte que la información solo se utilizará para fines de este estudio, manteniendo siempre el anonimato, y resguardando la confidencialidad.

E. Criterios de Rigor.

Desde el paradigma Interpretativo, (Guba y Lincoln, 1982 citado en Pérez, 1998) indican que es posible garantizar la rigurosidad de la investigación cualitativa. Desde el punto de vista naturalístico, que asume este enfoque, el rigor científico se puede garantizar a través de la credibilidad, la Transferencia, la Consistencia y la Confirmación.

En el presente estudios aparecen estos criterios:

Credibilidad: Este criterio dice relación con que los datos de la investigación sean aceptables, es decir, “Creíbles”. La investigación cualitativa se acerca a los problemas de forma global, respetando la situación natural, así como la relación entre todos los elementos que la componen, para ello es necesario la observación continua y persistente a que permitirá obtener datos más precisos, claros y concretos del fenómeno objeto de estudio. (Pérez, G 1998).

Este criterio se encuentra presente en la investigación, ya que, cada una de las entrevistas fue grabada, para luego ser utilizada en la transcripción genuina de cada una y permitir el posterior análisis del equipo investigador.

Transferibilidad: Da cuenta de la posibilidad de transferir los resultados de la investigación a otros contextos. El contexto en que se realiza la investigación, lleva a que no se hable de generalización, sino de transferencia, la que puede aportar ciertas garantías en cuanto a los resultados, en caso de replicar la investigación en un contexto o situación similar (Pérez, G 1998).

Para esta investigación se fijó una serie de criterios de inclusión, para acordar las características comunes que tendrán los sujetos objetos de este estudio, de esta manera se permitirá extender los resultados para otros contextos similares.

Consistencia o dependencia: Hace referencia a la estabilidad de los datos. La investigación busca encontrar una cierta estabilidad en la información recogida; sin embargo, se constará con un cierto grado de inestabilidad, que pueden deberse a diversos factores ya sean variaciones en la

realidad examinada, o cambios producidos por el conocimiento adquirido del equipo investigador (Pérez, G 1998).

Para favorecer la estabilidad de los datos, fue necesaria la interpretación individual de las investigadoras, para lograr un consenso en el significado de la información obtenida en cada una de las entrevistas.

Confirmabilidad: Alude a la objetividad, se traduce en el acuerdo de interobservadores en la descripción de los fenómenos, dilucidación de los significados y generalización de las conclusiones. Para que esta sea alcanzada se utilizaron procedimientos como, la recogida de datos lo más concretos posible traducido en transcripciones textuales y la recogida mecánica de datos como grabaciones en audio (Pérez, G 1998).

Para lograr la confirmabilidad de los resultados, en esta investigación se utilizaron procedimientos como, observación, grabaciones de audio, registros textuales, transcripciones, fuentes documentales.

Triangulación: Esta implica reunir una variedad de datos y métodos para referirlos al mismo tema o problema. Implica también que los datos se recojan desde puntos de vistas distintos y realizar comparaciones múltiples de un fenómeno único, de un grupo y en varios momentos, utilizando perspectivas diversas y múltiples procedimientos (Pérez,G 1998).

La Triangulación Teórica se basa en la preferencia de teorías alternativas o competitivas sobre la utilización de un solo punto de vista, para lo cual se emplean diferentes perspectivas

coincidentes en un mismo objetivo. En el presente estudio se utilizó el Modelo de Clases Sociales de Erikson y Goldthorpe, y Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

La triangulación de investigador es cuando existen varios investigadores para realizar una misma investigación. A este tipo de triangulación también se le ha denominado como verificación intersubjetiva. Esta verificación se lleva cabo por medio del contraste de la información, pues en la investigación cualitativa un grupo o equipo suele participar en todo el proceso de investigación, por lo tanto, a través del debate, el análisis de los datos y el contraste y discusión de los mismos, se logra un cierto grado de credibilidad de la información obtenida. Por consiguiente, el nivel de objetividad logrado será muy superior al que alcanzaría un investigador aislado (Pérez, G 1998).

El equipo que ha desarrollado esta investigación ha participado conjuntamente de todo el proceso que ha implicado, interviniendo de manera conjunta las diferentes etapas con el objetivo de lograr concluir los mismos resultados.

F. Aspectos Éticos.

En el desarrollo adecuado del proceso investigativo se consideran como elementos de vital importancia los aspectos éticos (González, 2002).

El autor propone una base o mínimo necesario y que se encuentran presentes en esta investigación:

Valor social o científico: Para que una investigación sea ética debe tener valor, lo que se consigue al plantear una investigación que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o en el bienestar de la población, o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidad de superación o solución a problemas, aunque no sea en forma inmediata (González, 2002).

Este elemento se encuentra presente en esta investigación, en el sentido que se pretende conocer la influencia de la clase social en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. Sumado a ello se conocerá la importancia de la familia durante la enfermedad y la diferencia de género en la adherencia al tratamiento, así se pretende aportar al Trabajo Social diferentes problemáticas que enfrentan las personas diabéticas de acuerdo a cada clase social.

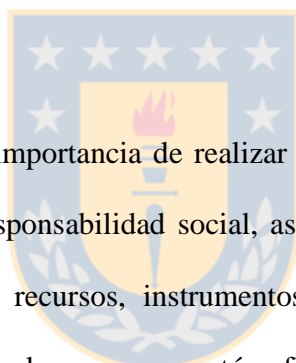
Validez Científica: Se debe velar por la rigurosidad de los métodos utilizados, relacionando un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de la muestra, los instrumentos y las relaciones que establecen los investigadores con las personas. Además se debe contar con un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información, un lenguaje cuidadoso para comunicar el informe, capaz de reflejar el proceso de la investigación, el cual debe cultivar los valores científicos en su estilo y estructura. También debe conservarse un alto grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de las personas investigadas con respecto al método empleado y a sus resultados (González, 2002).

Para lograr este criterio, en esta investigación cualitativa, se utilizó el Modelo de Clases Sociales de Erikson y Goldthorpe y el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, para brindar una mayor comprensión del fenómeno estudiado. Para la realización del informe de investigación se ha realizado utilizando un lenguaje que sea comprensible al lector y que refleje el proceso

realizado, para lograr esta investigación se hizo necesario realizar entrevistas individuales a los sujetos seleccionados.

Selección equitativa de los sujetos: La selección de los sujetos del estudio debe asegurar que éstos sean escogidos por razones relacionadas con las interrogantes científicas (González, 2002).

Para resguardar este principio, la elección de los sujetos de estudios se realizó en base a los criterios de inclusión diseñados para los fines de esta investigación.



Evaluación independiente: La importancia de realizar una investigación independiente pasa en primer término por aplicar la responsabilidad social, asegurando que las personas sean tratadas éticamente y no como medios, recursos, instrumentos u objetos. Además la revisión de la investigación por personas conocedoras que no estén afiliadas al estudio y que tengan autoridad para aprobar, o corregirla (González, 2002).

Para esta investigación se cuenta con el apoyo de una Profesora Guía, quien cumple la labor de aprobar el trabajo realizado y corregir aquellas falencias que surjan en el proceso en sí. Además, una vez terminado el proceso, el informe final será evaluado y corregido por un Profesor Informante, para finalizar en una instancia expositiva del trabajo frente a una Comisión Examinadora.

Consentimiento informado: La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta sólo cuando ésta sea compatible con sus

valores, intereses y preferencias, que lo hacen por propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. (González, 2002).

En esta investigación se solicitó la autorización de cada sujeto entrevistado mediante la entrega de una carta en la cual se explica el tema en estudio, los objetivos de la investigación y la metodología de esta, la que debe ser firmada en dos ejemplares quedando una en propiedad del entrevistado y otra en manos del equipo investigador.

Respeto a los sujetos inscritos: El respeto a los sujetos implica el permitir que cambien de opinión, decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o conveniencias y que pueden retirarse sin sanción de ningún tipo (González, 2002).

Durante las entrevistas se dio un trato respetuoso a los entrevistados, permitiéndoles manifestar aportes adicionales al tema tratado, ocupando un tono de voz amable, palabras que sean de fácil comprensión y siempre con una actitud de respeto hacia el otro.

Confidencialidad: Los investigadores deben dirigir sus esfuerzos en asegurar la confidencialidad de los datos. El tema de la privacidad y la confidencialidad remite al análisis de riesgo/beneficio de dos maneras: la invasión de privacidad y pérdida de confidencialidad pueden verse por sí mismas como daños de un tipo especial, o pueden ser vistas como condiciones que someten a las personas a la posibilidad de daños (Achío, 2001).

Para efectos de esta investigación, las entrevistas realizadas fueron de carácter anónimas, con objeto de resguardar el principio de confidencialidad. Además en el consentimiento informado se

expone a los entrevistados, el cuidado con que se tratara la información requerida. Para exponer los resultados del estudio se utilizarán números para diferenciar a los entrevistados.

G. Procedimiento de investigación.

Para llevar a cabo esta investigación, se requirió de la autorización de la Directora del Hospital de Florida, para hacer uso y revisión de las fichas clínicas de los pacientes afectados por DMII, fue necesario solicitar orientación en este proceso de selección a la enfermera encargada del programa cardiovascular de dicho recinto hospitalario. De las fichas clínicas se extrajo información personal de los pacientes como, nombres, dirección y teléfonos de contacto.

A continuación, se tomó contacto telefónicamente con los seleccionados con el objetivo de concertar las entrevistas, fijando fecha, hora y lugar de atención. Se hizo necesario recalendarizar algunas entrevistas, por motivos laborales de los sujetos de investigación, estas se extendieron entre los meses de Mayo –Julio del año 2012, en los domicilios de cada una las personas.

Se realizó un total de catorce (14) entrevistas, cubriendo el universo de posibilidades disponibles para el estudio en la comuna de Florida, en promedio cada una de ellas tuvo una duración de veinte (20) minutos, cabe destacar que el proceso fue previamente autorizado mediante la firma de un consentimiento informado de cada sujeto.

La información se recopiló en base a la pauta de entrevista semiestructurada diseñada por el equipo investigador, fue necesario variar algunas preguntas adecuándose al ritmo y desarrollo de la entrevista y características de los sujetos.

H. Análisis de la información.

El análisis de la información obtenida se hará mediante la **técnica de contenido**, ya que este nos ofrecerá la posibilidad de investigar los juicios sobre la naturaleza del discurso y no con sus significados originales.

Esta técnica se configura como objetiva, sistemática y cualitativa se caracteriza por la exhaustividad y presencia de posibilidades de generación. La exploración del material se hará de modo inductivo, el cual tiene los siguientes pasos:

- Desarrollo de categorías de codificación: consistirá en un proceso de clasificación de ideas y temas que irán emergiendo del material obtenido.
- Desarrollo de tipologías y categorías centrales: una vez catalogados y enumerados los datos se llevará un proceso de comparación entre las categorías que han sido integrados. De modo de establecer relaciones la que propiciarán el proceso de comprensión de las mismas. Del proceso mencionado anteriormente surgirán categorías centrales las que aglutinarán las categorías de segundo orden y facilitarán la interpretación en torno a los contenidos.
- Determinación de pautas emergentes: de las relaciones de los ejes de contenido, irá emergiendo una especie de radiografía de las ideas fundamentales contenidas en el material investigado. Lo cual permitirá una primera aproximación interpretativa.

- Comparación de los resultados obtenidos: se realizará una comparación de las principales ideas obtenidas en el análisis teórico y práctico. Logrando así averiguar las analogías y diferencias que aparecen en la descripción y valoración del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en diferentes tipos de clase trabajadora y en los distintos sexos.

VI PRESENTACIÓN DE DATOS.

En cuanto a facilitar la descripción y el análisis de los datos se ha escogido como elemento organizador las siguientes áreas temáticas que se presentaran a continuación, bajo la percepción y experiencia de los pacientes entrevistados afectados con diabetes mellitus tipo II:

A.1 Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II

A.2 Apoyo familiar

A.3 Género

De estas tres áreas temáticas se desprenden categorías las cuales presentan subcategorías que se dividen en clase social intermedia y clase social trabajadora cada una con sus respectivas unidades de sentido, para extraer la percepción desde la experiencia de los entrevistados.

Las clases sociales en las cuales se dividirán se constituyen en clase social intermedia que considera a trabajadores de servicios, pequeños empresarios y trabajadores autónomos con dependientes, pequeños empresarios y trabajadores autónomos sin dependientes y técnicos de nivel inferior supervisores de trabajos manuales, mientras que la clase social trabajadora está constituida por trabajadores manuales industriales calificados, manuales industriales no calificados

y manuales agrícolas. Las clases sociales abordan las condiciones laborales que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes pertenecientes a esta clase social.

A. 1. Adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Esta área temática se refiere a la percepción de los entrevistados, en cuanto a su propia adherencia al tratamiento. Para ello fue necesario medir el conocimiento acerca de la enfermedad; adherencia al tratamiento; consecuencias de no seguir el tratamiento adecuadamente; dificultad en la adherencia al tratamiento y facilidad del mismo. Todo esto desde la propia experiencia de los entrevistados.

Categoría	Subcategoría	
	<i>Clase social Intermedia</i>	<i>Clase social trabajadora</i>
1. Conocimiento acerca de la enfermedad: En esta categoría se incluyen todas aquellas creencias, miedos, experiencias y conocimientos, que han adquirido en el transcurso de la enfermedad.	a) Tipos de diabetes b) Falla multi orgánica c) Enfermedad hereditaria d) Alimentación excesiva e) Enfermedad crónica f) Muerte de familiares	a) Enfermedad silenciosa b) Amputación de extremidades c) Baja glicémica d) Problemas asociados a la enfermedad e) Desconocimiento de la enfermedad

Categoría	Subcategoría	
	<i>Clase social Intermedia</i>	<i>Clase social trabajadora</i>
<p>2. Adherencia al Tratamiento: Conjunto de percepciones y evaluaciones que las personas hacen respecto a su adherencia al tratamiento. En base a su comportamiento y conocimiento adquirido</p>	a) Régimen alimenticio b) Control medico c) Consumo de medicamentos d) Control de glucosa e) Ansiedad f) Peso saludable g) Medidas contra la enfermedad h) Mejor calidad de vida i) Adaptación al tratamiento.	a) Importancia del cuidado b) Cuidado de los pies
<p>3. Consecuencias de no seguir el tratamiento adecuadamente: resultados negativos de la conducta que afectan al organismo y que</p>	a) Disminución de la esperanza de vida b) Consecuencias psíquicas c) Obesidad	a) Cuidado de las uñas b) Descuido del tratamiento c) Peligro de

<p>las personas asocian a no seguir el tratamiento adecuadamente ya que señalan mayor relación con la experiencia de familiares y de miedos hacia la enfermedad.</p>	<p>d) Predisposición a la muerte e) Temor a la amputación de extremidades f) Problemas visuales.</p>	<p>descompensación d) Miedo a dializarse</p>
<p>Categorías</p>	<p>Subcategorías</p>	
	<p><i>Clase social intermedia</i></p>	<p><i>Clase social trabajadora</i></p>
<p>4. Dificultad en la adherencia al tratamiento: conjunto de situaciones que dificultan a los entrevistados adherirse adecuadamente al tratamiento. Estas incluyen diferentes ámbitos de sus vidas, como escasos recursos y la inconsciencia social respecto de la enfermedad.</p>	<p>a) Irresponsabilidad de los pacientes b) Poca costumbre al tratamiento c) Dificultad al cambio alimenticio</p>	<p>a) Escasos recursos económicos b) Inconsciencia social</p>
<p>5. Facilidades en la adherencia al tratamiento: condiciones que favorecen a los entrevistados, llevar a cabo adecuadamente el tratamiento.</p>	<p>a) Permiso en el trabajo para asistir a controles. b) Cercanía física al hospital c) Accesibilidad al tratamiento.</p>	<p>a) Enfermedad cubierta por GES</p>

Categoría	Subcategoría	
	<i>Clase social intermedia</i>	<i>Clase social trabajadora</i>
<p>6. Condiciones laborales de la clase sociales : situaciones como la organización del tiempo, los horarios entre jornadas, priorización de la salud ante el trabajo entre otros y que se dan en el área de trabajo afectando el desempeño laboral de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.</p>	<p>a) Horario flexible en la jornada laboral b) Colaciones saludables c) Organización del tiempo d) Envidia de colegas por facilidad para asistir a controles e) Temor a ver afectado su trabajo</p>	<p>a) Priorizar salud antes que el trabajo b) Alimentación inadecuada en el trabajo c) Perdida de la capacidad física en el trabajo d) Condiciones climáticas</p>

1. Conocimiento acerca de la enfermedad.

En esta categoría se incluyen todas aquellas creencias, miedos, experiencias y conocimientos, que han experimentado en el transcurso de la enfermedad, los pacientes afectados con DMT2, para esta categoría se señalan las siguientes subcategorías por distinta clase social.

Clase Social Intermedia.

- a) **Tipos de diabetes:** en esta subcategoría los entrevistados dicen conocer que la diabetes se puede dar de diferentes tipos y las mencionadas son, la diabetes mellitus tipo 1, mellitus tipo 2.
- b) **Falla multiorgánica:** esta subcategoría se refiere a que esta enfermedad puede llegar a afectar el funcionamiento de diferentes órganos de nuestro cuerpo como el corazón, los riñones, los ojos, el páncreas, entre otros.

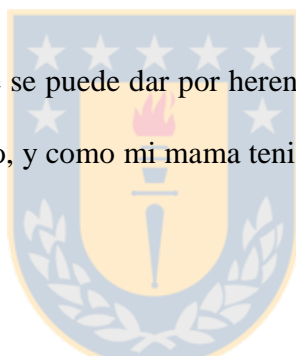
A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados:

Sujeto N°2... *“que existen dos tipos de diabetes, la 1 y la 2, una es mas progresiva que la otra, pero la diabetes tipo 2, conozco que tiene en parte, mala... funcionamiento en este caso de los riñones la cual no segrega suficiente insulina y que la sangre tiene que tener para el resto del organismo y que en sí afecta todo el organismo”.*

- c) **Enfermedad hereditaria:** según esta subcategoría esta enfermedad se caracteriza por transmitirse genéticamente, por lo que las personas que poseen antecedentes familiares de ella están mayormente expuestos a padecerla.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N°1... *“bueno.. mmm. Es una enfermedad hereditaria o que también se puede adquirir por los malos hábitos de alimentación u otras cosas como el sistema neurológico que también afecta a la tiroides, entonces de ahí vienen los problemas de diabetes.. También sabía que es una enfermedad congénita ósea que se podía dar en un alto porcentaje por herencia y conocida por mi padre porque falleció por el tema de la diabetes, falleció ciego, porque él nunca supo que tenía diabetes”.*



Sujeto N°7... *“a ver conozco que se puede dar por herencia, ósea de algún familiar directo, como de mi madre, mi padre o algún tío, y como mi mama tenía diabetes de por si me iba a dar a mi pos jajaja “.*

- d) Alimentación excesiva:** en esta subcategoría según los entrevistados este tipo de diabetes en específico se da en aquellas personas que presentan estilos de vida vidas sedentarios y notable sobrepeso producto de alimentarse excesivamente.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados:

Sujeto N°4... *“bueno es una enfermedad que le da a personas mayores o a personas que se alimentan en exceso, ósea que no se miden al comer azúcar y grasas lo que perjudica su salud”*

Sujeto N°5... *“Generalmente las personas que no se cuidan y que comen mucho, pero mucha cosas dulces como chocolates o pasteles, berlinés cosas así mas encima bebidas o jugos de esos néctar, son más propensa a que se le desarrolle la diabetes igual a la gente que come mucha comida chatarra”.*

- e) **Enfermedad crónica:** los pacientes entrevistados se refieren a es una enfermedad degenerativa multiorgánica, que los afectará de por vida. Afectando y dañando múltiples órganos y tejidos. Además de ser una enfermedad que se va desarrollando paulatinamente en diversas etapas. En especial los primeros síntomas no son muy identificables, baja de peso, sed abundante, fatiga, dolor de cabeza; entre otros

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo:

Sujeto N°4... *“bueno lo que yo sé que esto es una enfermedad crónica que puede ser genético o adquirido por la mala alimentación y como enfermedad crónica esta no tiene remedio y es para toda la vida”.*

Sujeto N° 12... *“esta por lo que yo entiendo es una enfermedad crónica que la padece gente adulta mayor de 40 años, acompañado generalmente de la obesidad”.*

- f) **Muerte de familiares:** los pacientes señalan que sus conocimientos respecto a la DM2, se debieron a muertes de familiares directos como padres, abuelos, tíos; entre otros, afectados por esta enfermedad.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados:

Sujeto N°5... *“es cosa de saber que mi tío, mi abuelo y mi padre, murieron de la diabetes no siguieron nunca ningún tipo de tratamiento, les fueron cortando sus partes de las piernas y que mayor antecedente de eso si al final enfermedad los mato”.*

Clase Social Trabajadora.

- a) **Enfermedad silenciosa:** esta subcategoría se refiere a que los entrevistados consideran la diabetes como una enfermedad silenciosa ya que respecto a lo que conocen de esta es que es una enfermedad asintomática y las personas que padecen de diabetes no son capaces de reconocer los síntomas que afectan el funcionamiento normal de su cuerpo.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N°1... *“conozco que es una enfermedad silenciosa, que la sintomatología el paciente no la reconoce, que va deteriorando los órganos de apoco sin que uno se sienta mal y cuando uno se da cuenta de la enfermedad ya va dañando el cuerpo”.*

- b) **Amputación de extremidades:** Con respecto a esta subcategoría, la mayoría de las personas asocia la enfermedad con la amputación de extremidades, ya sea superior o inferior convirtiéndose esta en el principal antecedente que manejan.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo:

Sujeto N°3... *una puede cuidarse y también puede bajar el azúcar y si no se cuida puede irse, me dijo el doctor, cortando que se yo.. Los pies y las piernas, conozco el caso de un conocido que le entro una infección en el dedo y empezó de a poquito hasta que le cortaron las dos piernas y supe que hace poco murió”.*

- c) **Baja glicémica:** en esta subcategoría a los entrevistados señalan que el principal antecedente que ellos manejan es la baja de azúcar en la sangre lo que les produce descompensaciones.



A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados:

Sujeto N°6... *“esta es una enfermedad que tiene que ver cuando baja la azúcar en la sangre y uno se puede descompensar e ir a dar al hospital e incluso llegar a morir por esto.”*

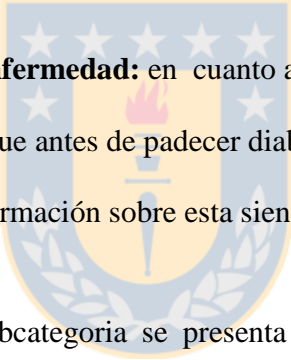
Sujeto N°3... *“es cuando se baja la azúcar de la sangre y uno se siente mareado, entonces ahí uno tiene que tomar un poquito de agua con azúcar para estabilizarse, por eso tengo que andar siempre con algo dulce por si las moscas”.*

- d) **Problemas asociados a la enfermedad:** en cuanto a esta subcategoría los pacientes afectados por diabetes y entrevistados de la clase social trabajadora señalan que durante el

desarrollo de la enfermedad fueron adquiriendo conocimiento de los problemas que afectaban su organismo asociado: al corazón, riñones, ojos y zonas genitales entre otras.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo:

Sujeto N° 3... *“el doctor a mi me dijo que era importante que me cuidara, que si yo no lo hacía, corría el riesgo de que me pasaran otras cosas y que otras enfermedades me dieran por causa de la diabetes, además ya me han pasado cosas por no cuidarme”.*

- 
- e) **Desconocimiento de la enfermedad:** en cuanto a esta subcategoría las personas entrevistadas mencionan que antes de padecer diabetes no conocían la enfermedad, además que no poseían mayor información sobre esta siendo un tema desconocido para ellos.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados:

Sujeto N°6 ... *“Nada absolutamente nada, no tenía idea lo que era la diabetes, a mi me dijeron tómesese las pastillas en ayuna y después tiene que comer y ahí empecé de apoco a saber sobre esto y así fui conociendo mi cuerpo, pero antes no tenía idea de cómo funcionaba esto y de que trataba la diabetes..”*

- f) **Síntomas:** En esta subcategoría los entrevistados de la clase social trabajadora mencionan que la diabetes es una enfermedad que se caracteriza por presentar diferentes síntomas

identificando los siguientes: reiterado deseo de ir al baño, sed abundante, bajas abruptas de peso, fatigas y jaquecas.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo:

Sujeto N° 6... *”uu yo de repente me tomaba los remedios, de repente no, y cuando me tomaba las pastillas y salía a tomar mosquetas, de repente me daba ahí como a las 11 de la mañana por sudar entera y ya era como que me estaba helando, y si no comía algo me empezaba a sentir mal, por lo que ahora ando preocupada de mis pastillas”.*

2. Adherencia al tratamiento.

En esta categoría se describen el conjunto de percepciones y evaluaciones que las personas hacen respecto a su adherencia al tratamiento. En base a su comportamiento y conocimiento adquirido.

Clase Social Intermedia.

- a) **Régimen alimenticio:** en cuanto a esta subcategoría los pacientes señalan el nuevo régimen de alimentos al cual se deben someter, en general bajos en azúcar y grasas. Abandonado en parte algunos alimentos que antes conformaban parte de su dieta diaria. Por lo cual algunos ven su régimen alimenticio drásticamente modificado.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N°8... *” de acuerdo a lo indicado según los médicos se debiese seguir un régimen de alimentación, ósea según entiendo comer alimentos sanos , hartas verduras, agua, fruta y alimentarse cada tres horas al menos cinco comidas al día, siguiendo esto no tendría ningún problema en mi vida diaria señorita”.*

Sujeto N° 12... *“yo como sano generalmente, porque me han dicho en el hospital que debo alimentarme bien y me dieron un listado de cosas que debo comer y que no debo consumir además de las horas mas menos en las que debo alimentarme, trato de seguirlas al pie de la letra, pero a veces uno se tiente de vez en cuando”.*

- b) Control médico:** los paciente se refieran a asistir al control mensual de la enfermedad en el centro de salud, retirar los medicamentos, monitorio de la glucosa en la sangre (examen de hemoglobina) y asistencia con el podólogo en aquellos casos más avanzados de la enfermedad.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 10... *“asisto a los controles mensuales, me tomo los remedios, como me dice el doctor y asisto a análisis de sangre en la fecha que corresponde”.*

Sujeto N° 13... *“a yo voy siempre a los controles médicos en el hospital, para que me hagan los exámenes y me controlen el azúcar, además para que me den los remedios y las pomadas para los pies.”*

c) **Consumo de medicamentos:** para los pacientes con diabetes, el tratamiento de la enfermedad requiere la administración de medicaciones que ayudan a controlar la glucosa en la sangre. Además de consumirlos en los momentos de descompensación que pueden sufrir durante la enfermedad.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 4... *“bueno yo me hago el test de la glicemia siempre además, me tomo los medicamentos antes de cada comida para que me controle la glucosa y esta no suba o baje tanto”.*

Sujeto N° 10... *“estoy siempre atento de tomarme el remedio que me dan en el hospital el glucosax antes de almorzar o de cada comida muy abundante, para que no me suba la glicemia”.*

d) **Ansiedad:** los pacientes diabéticos entrevistados de la clase social intermedia señalan que durante el tratamiento de la enfermedad han sufrido de altos niveles de ansiedad y en algunos casos en depresión. Ya sea por el diagnóstico de la enfermedad, por la adaptación al tratamiento, el cambio en la alimentación y la adopción de un nuevo estilo de vida saludable, que algunos de ellos optaron por seguir.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 7... *”a mi hace tres años que me diagnosticaron y me tomo como un año en acostumbrarme al tratamiento en la dieta sobre todo porque uno se acostumbra a comer de una forma y además hay que atenerse donde uno vaya a ciertas cosas y es bastante difícil porque uno se tonta y comienza a sentirse ansioso esa ansiedad que da, pero ahora lo he superado no al 100% pero algo es algo”.*

- e) **Peso saludable:** en esta subcategoría los pacientes hacen alusión a mantener un peso ideal, de acuerdo a cada estilo de vida y régimen de alimentación que se somete cada paciente. Algunos destacan el régimen de alimentos y otros la realización de ejercicios, ha contribuido en mantenerse con un peso deseable sin llegar a padecer otras complicaciones como la obesidad.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

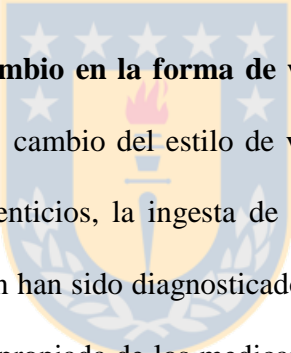
Sujeto N° 4... *”bueno yo siempre me estoy controlando mi salud a través de la glicemia, me tomo las pastillas antes de cada comida y me alimento de forma sana lo que me ayuda a tener un buen peso y mantenerme, en esta enfermedad es bueno tener un peso sano por la alimentación y eso”.*

- f) **Medidas contra la enfermedad:** los pacientes de la clase social intermedia afectados por diabetes, señalan que han debido adoptar diversas medidas durante el tratamiento de la enfermedad, entre las cuales comentan el cambio alimenticio, los controles mensuales

realizados en el Centro de Salud de la Comuna de Florida, información otorgada por éste respecto de la enfermedad.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 5...”en esta enfermedad hay diversas etapas en las cuales hay que tomar debidas medidas como cuidarse del azúcar, de las heridas en los pies todas estas para contrarrestar la enfermedad y evitar el deterioro del cuerpo”.



g) Mejor calidad de vida/ cambio en la forma de vida: los pacientes entrevistados señalan que han debido realizar un cambio del estilo de vida, debido a los patrones conductuales comunes de desorden alimenticios, la ingesta de alcohol, consumo de tabaco en algunos casos debido a éste desorden han sido diagnosticado con la enfermedad, la no realización de actividad física, la ingesta apropiada de los medicamentos e inclusive las malas condiciones en el estado emocional del paciente. Estas prácticas en algunos han disminuido y en algunos casos han optado por no seguir realizándolas. Algunos de ellos comentan que tras el diagnóstico ha decidido realizar mayor actividad física y realizar cambios alimenticios en la familia.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 13... *”lo que me dice el medico lo hago, cuido mis hábitos alimenticios como mantener una alimentación balanceada si bien me cuido trato de hacer mi vida normal todo sea para tener una mejor calidad de vida y durar más”.*

Sujeto N° 8... *”haciendo dieta y tomándome las pastillas, soy muy cuidadosa en eso y soy cuidadosa con lo que como en general, las verduras frutas aunque cuesta ese cambio lo he hecho por mi salud, al igual que cuido mucho el tema de mis pies y trato de usar zapatos cómodos cosa que no me produzcan heridas aunque me ha costado aprender todos estos cambios”.*

h) Adaptación al tratamiento: algunos pacientes de la clase social intermedia manifestaron que el diagnóstico de la enfermedad fue un impacto en cuanto al estado de ánimo, señalando estas como la negación a la enfermedad, la rabia por padecerla culpando en ocasiones a los familiares directos, en algunos de ellos con estados depresivos y finalmente aceptando la enfermedad y los cambios necesarios para el nuevo estilo de vida.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 13... *”como supe hace algunos meses de mi diabetes me cuesta acostumbrarme, ya que no cumplo del todo el régimen que hay que seguir.*

Sujeto N° 7... *”me ha costado arto acostumbrarme porque he tenido que cambiar muchas cosas en mis hábitos lo que a veces me produce rabia que porque se me desarrollo esta enfermedad y me deprime y eso me lleva a hacer algunos desajus*

Clase Social Trabajadora

- a) **Importancia del cuidado:** Esta se refiere que al seguir el tratamiento se debe mantener una preocupación constante y una atención debida con respecto a su organismo, siguiendo las indicaciones medicas.

A modo de ejemplificar esta subcategoria se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 9... *”para nosotros los que tenemos esta enfermedad que a veces nos complica, es muy importante cuidarse, en lo que como, tomo y las heridas sobre todo en los pies y también para prevenir diferentes enfermedades que se pueden como consecuencia de esta enfermedad”.*

- b) **Cuidado de los pies:** En esta subcategoria los entrevistados se refieren a la atención y dedicación en el corte de uñas, precaución con heridas en estas zonas que son altamente vulnerables y delicadas para los pacientes que padecen DMT2, evitando complicaciones posteriores en sus pies, para lo cual asisten a controles con podólogos.

Como resultado de esta subcategoria se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

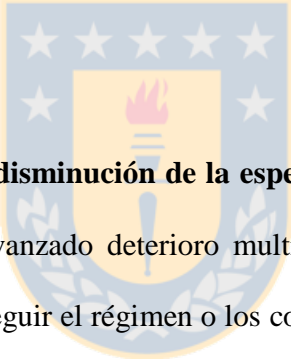
Sujeto N° 6... *” Lo mismo que te decía antes con esta enfermedad hay que cuidarse los pies para no llegar a las amputaciones”.*

Sujeto N° 9...”*el problema de los pies puede ser peligroso más que yo conduzco una moto puedo tener un accidente por eso siempre trato de andar con cuidado, y me preocupo de cuidarme mis pies con talco y lavarlos después del trabajo e ir a la podóloga en el Hospital*”.

3. Consecuencias de no seguir el tratamiento adecuadamente

Esta categoría se refiere a los resultados negativos de la conducta que afectan al organismo y que las personas asocian a no seguir el tratamiento adecuadamente ya que señalan mayor relación con la experiencia de familiares y de miedos hacia la enfermedad.

Clase social Intermedia.

- 
- a) **Deterioro del organismo/ disminución de la esperanza de vida:** algunos de los pacientes entrevistados señalan un avanzado deterioro multiorgánico en el caso de no aceptar las indicaciones medicas , no seguir el régimen o los controles adecuadamente, disminuyendo la esperanza de vida y la calidad de esta.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 2...”*con esta enfermedad nunca se sabe una de las consecuencias de no cuidarse bien es el deterioro del organismo y que en cualquier momento se puede tener un coma, aunque uno va cambiando se pone más flaco y como más viejo*”.

Sujeto N° 7... *”con esta enfermedad uno tiene que seguir las indicaciones al pie de la letra ya que la diabetes corta la vida, unos se va enfermando mas de apoco hasta un simple resfrió nos puede afectar mucho.”*

- b) **Consecuencias psíquicas/ confusión emocional por el cambio físico:** en esta subcategoría los pacientes se refieren al estrés psicológico que se ven expuestos durante las primeras etapas de adaptación al tratamiento, en el cual generalmente no siguen las indicaciones medicas o se olvidan de los medicamentos, además de sentir un gran cambio en la vida diaria, como por ejemplo en la ingesta de alimentos y la realización de actividad física.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N°2... *”existe una consecuencia psíquica porque siempre uno tiene que estar preocupado del tema ósea de lo que es esta enfermedad, lo que viene mañana, es una cosa con lo cual uno siempre tiene que estar familiarizado y genera cierto estrés esto, al igual que me deprimí mucho cuando supe que tenía diabetes”.*

- c) **Obesidad:** los pacientes de la clase social intermedia afectados con diabetes, comentan las complicaciones de no seguir con el tratamiento especialmente respecto a la obesidad, debido a la alta ingesta de azúcar y grasas que el cuerpo les exige, además de las enfermedades asociadas a estas como la hipertensión, y la obesidad mórbida. A pesar de esta estrecha relación entre obesidad y diabetes los pacientes del consultorio ubicado en la comuna de Florida se mantienen informados periódicamente por el Centro de Salud.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 4... *”esta enfermedad se puede desarrollar porque uno come en exceso por la mala alimentación, la comida chatarra y todo eso, pero si uno no cuida lo que come nunca estará estable en la diabetes, pero en si las personas obesas son mas propensas a esta enfermedad”.*

- d) **Predisposición a la muerte:** los pacientes con diabetes de la clase social intermedia mantienen sentimientos de estar más expuestos a enfermedades catastróficas como ataques cardiacos, aneurismas e inclusive bajas o altas niveles de azúcar en la sangre lo cual puede afectar su vida.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 4... *”es una enfermedad que puede producir la muerte y la amputación de las extremidades, pero uno de esta enfermedad muere”.*

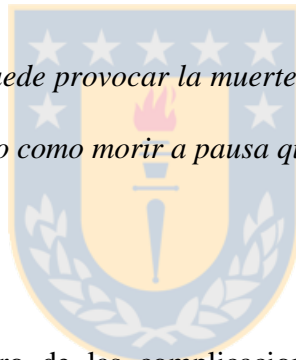
Sujeto N° 10... *”es que puedo morir de un shock diabético, o de apoco perdiendo la vista o de infartos es que esto daña todo en el cuerpo”.*

- e) **Temor a la amputación de extremidades:** en su mayoría los pacientes mantienen el sentimiento de miedo de ser amputadas sus extremidades, principalmente por el mal cuidado

de las uñas, en el caso de las manos y pies. El temor a perder un miembro de cuerpo permite que algunos pacientes acepten y se adapten al tratamiento de la enfermedad.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N°10... *“la cicatrización es mala, por lo que al hacerse heridas es peligroso porque de un simple rasguño uno puede perder un dedo así se empieza hasta cuando ya a uno le cortan las piernas, ojala nunca me suceda, me daría miedo estar así”.*



Sujeto N°4... *“esta enfermedad puede provocar la muerte y la amputación de los dedos de los pies o las piernas que eso lo encuentro como morir a pausa que atroz”.*

- f) **Problemas visuales:** dentro de las complicaciones y deterioro en los organismos, los pacientes diabéticos mantienen en común son las complicaciones visuales, debido a que pueden perder parcial o totalmente este sentido, además en ocasiones pueden ver normal y otras observan borroso.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 11... *“Bueno, sé que puedo morir de un shock diabético, puedo quedar en una silla de ruedas por la amputación de mis pies, pero lo que me da más miedo es quedar ciego, a veces*

siento que se me acorta la vista y me duelen los ojos, el doctor dice que es producto de la misma enfermedad.”

Sujeto N°12... “ *Lo principal que sé es que se puede padecer ceguera, imagínese lo que significa eso y a esta edad, puedo tener algún accidente vascular y quedar en estado vegetal, amputación de extremidades, cansancio, insuficiencia renal e incluso la muerte por una subida de azúcar...”*

Clase Social Trabajadora.

- a) **Cuidado de las uñas:** En esta subcategoría los entrevistados señalan que las uñas son la parte del cuerpo más propensa a infección y que por no seguir cuidados adecuados estas se pueden infectar causando problemas mayores en los pies y manos debido a la mala cicatrización de las heridas producidas en estas zonas del cuerpo.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N°3...” *El cuidado de los pies es súper importante, cortarse mal una uña es muy peligroso, si se llega a infectar no sanan las heridas con nada y se puede comenzar el proceso de corte, hay que cuidarse todo lo que tienen que ver con la piel, uno ve tan insignificante pero es muy peligrosa y complicada.*

- b) **Descuido del tratamiento:** los entrevistados manifiestan, que él no adherirse al tratamiento médico de la diabetes mellitus tipo 2, se evidencia un descuido de este, provocando diferentes consecuencias para su organismo.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 6...”yo entiendo que uno tiene que tomarse los medicamentos como corresponde y debería ser en la alimentación como corresponde también, porque a pesar que uno puede comer de todo pero en pocas cantidades, pero es lo que nosotros no hacemos, nos olvidamos de repente que somos enfermos y que esto es de por vida”.

- c) **Peligro de compensación:** esta subcategoría se refiere al temor que tienen aquellas personas que no han seguido adecuadamente el tratamiento de la diabetes, las que reconocen que debido a sus descuidos están propensos a sufrir una alteración en sus niveles de glucosa y sufrir una descompensación en cualquier lugar.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 9...”si uno no se cuida puede tener problemas en los pies y puede sufrirse una descompensación y yo que conduzco puedo sufrir un accidente en plena labor, debido a que no se siguen las cosas del médico como debiese”.

- d) Miedo a dializarse:** los entrevistados de la clase social trabajadora manifiestan que le temen a las terapias de diálisis, ya que, para ellos esto trae consigo una fuerte carga emocional, ya que es molesto, requiere de tiempo y afecta considerablemente a su calidad de vida.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 6...”lo mismo que decía antes, el no cuidarse los pies lleva a la amputación e igual que esto uno inclusive puede llegar a dializarse porque los órganos dejan de funcionar bien y uno puede tener problemas a los riñones, se imagina estar dependiendo de esa máquina que te limpie la sangre”.

4. Dificultad en la adherencia al tratamiento.

Conjunto de situaciones que dificultan a los entrevistados adherirse adecuadamente al tratamiento. Estas incluyen diferentes ámbitos de sus vidas, como escaso recursos y la inconsciencia social respecto de la enfermedad.

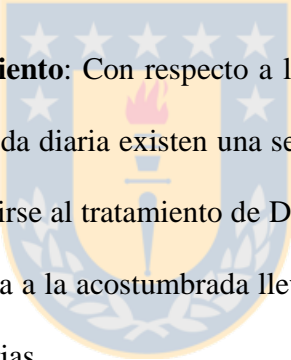
Clase Social Intermedia.

- a) **Irresponsabilidad de los pacientes:** esta subcategoría se refiere a la falta de compromiso que tienen las personas afectadas por diabetes, debido al no cumplimiento del tratamiento

junto con la incapacidad de llevar a cabo las tareas encomendadas por los profesionales del Hospital de Florida.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 4...”bueno yo no me cuido mucho generalmente no sigo las indicaciones, cuando encuentro dulces en la mesa me lo como todo, tomo mucha bebida, a veces no asisto a los controles médicos, mi señora y mi hijo ya no me dicen nada porque saben que soy el culpable.

- 
- b) **Poca costumbre al tratamiento:** Con respecto a la segunda subcategoría los entrevistados señalan, que dentro de su vida diaria existen una serie de rutinas a las cuales se encuentran arraigados, por lo que adherirse al tratamiento de DMT2 se les hace difícil ya que tienen que organizarse de distinta forma a la acostumbrada llevando a cabo actividades que no forman parte de sus costumbres diarias.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 5...”desde un principio me ha costado acostumbrarme al tratamiento ya que todo esto es nuevo para mí , a veces siento que el cuerpo me pide comer algo dulce o como cosas que no debo, y el estando tomando muestras y eso del dedo que me duele e igual a veces se me olvida tomarme los remedios”.

- c) **Dificultad al cambio alimenticio:** en esta subcategoría los entrevistados se refieren, al comportamiento que estos tienen frente a su alimentación los cuales constituyen sus hábitos alimenticios y las influencias alimentarias de su entorno estableciendo una barrera que dificulta el cambio de una alimentación inadecuada a una alimentación sana la cual debe seguirse según el tratamiento.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 7...*”bueno el único obstáculo es de no servirme ciertas cosas cuando salgo, tengo que abstenerme quedarme mirando, o no asistir para no tentarme eso me cuesta mucho abstenerme cuando s eme hace agua la boca”.*

Sujeto N° 8...*”me cuesta porque taba acostumbrado a tomar bebida y comer arto pan, y cuando me dijeron que tenía que sacar eso de mis comidas me dio lata, aun así me cuesta y sigo tentándome”.*

Clase Social Trabajadora.

- a) **Escasos recursos económicos:** en esta subcategoría los entrevistados se refieren a que la alimentación de las personas diabéticas requiere alimentos que en ocasiones no están al alcance de sus recursos económicos, lo que les dificulta seguir el tratamiento adecuadamente, como por ejemplo la compra de lácteos descremados o productos sin azúcar.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N°6 ...”*mm creo que un obstáculo para mi podría ser los recursos para seguir una dieta adecuada, porque a veces no cuento con dinero para disponerme a comprar cosas que a veces son caras porque debo priorizar en la casa*”.

b) Inconsciencia Social: los entrevistados creen que existe escasa conciencia en relación a la existencia de las personas diabéticas, ya que muchas veces en invitaciones familiares, convivencias laborales o en las colaciones que se les son entregadas en sus trabajos, los niveles de azúcares, grasas o sales, no están al nivel de lo que ellos requieren, por lo que necesariamente deben salirse de sus dietas o aislarse del resto.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 9...”*hay poca conciencia con los diabéticos, deberían implementarse en todas partes por ejemplo gotitas pal café o galletas de soda o que la gente no te ofrezca cosas si saben que eres diabético y no puedes comer por ejemplo un Berlín*”.

d) Facilidades en la adherencia al tratamiento.

Esta categoría corresponde a las distintas condiciones que favorecen a los entrevistados a llevar a cabo adecuadamente el tratamiento.

Clase Social Intermedia.

- a) **Permiso en el trabajo para asistir a controles:** En esta subcategoría los entrevistados se refieren a la autorización que se les brinda en sus empleos durante las jornadas laborales, para que puedan asistir a los controles médicos en el de los cuales consta el tratamiento de DMT2 en el Hospital de Florida.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 7...”como el hospital se encuentra cerca de mi trabajo se me hace fácil llegar además me dan facilidad para asistir a los controles por lo mismo”.

- b) **Cercanía física al hospital:** En cuanto a esta segunda subcategoría, los entrevistados señalan que tienen facilidad en acceder a su centro de atención médica como lo es el Hospital de Florida lo que les permite llevar a cabo el tratamiento médico para la DMT2 debido a que geográficamente por ser un pueblo pequeño pueden llegar fácilmente a este sin la necesidad de requerir locomoción.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 8...”uu para mi se me hace fácil ir a los controles porque el hospital me queda al lado y nunca me tramitan, además el sector de lo que es el centro acá todo se recorre a pies esta todo cerca y a la mano”.

- c) **Accesibilidad al tratamiento:** Con respecto a esta subcategoría los pacientes entrevistados mencionan que debido a que la DMT2 es una enfermedad crónica esta se encuentra dentro del GES por lo cual todas las personas atendidas bajo el sistema de atención pública en salud tienen derecho a optar por el tratamiento entregado en este caso por el Hospital de Florida, el cual es gratuito.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N°8...”para mí no es problema tomar al tratamiento porque me lo dan a mí en forma gratis, además no me tramitan para los exámenes”.

Clases Social Trabajadora

- a) **Enfermedad cubierta por GES:** Las personas entrevistadas son beneficiarias del GES, convirtiéndose esto en una facilidad para adherirse al tratamiento de la enfermedad, ya que les permite de manera gratuita control con un médico correspondiente, la entrega en su hospital de los medicamentos necesarios, y por último reciben controles podológicos, nutricionales y con enfermeros.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 9... *” hay una de las cosas buenas es que hay atención gratis de la enfermedad en el sistema de atención pública”.*

e) Condiciones laborales de la clase sociales.

Esta categoría se refiere a situaciones como la organización del tiempo, los horarios entre jornadas, priorización de la salud ante el trabajo entre otros y que se dan en el área de trabajo afectando el desempeño laboral de los pacientes afectados con diabetes mellitus tipo II.

Clase social Intermedia.

- a) **Horario flexible en la jornada laboral:** esta subcategoría según los entrevistados se refiere a que los empleadores otorgan facilidad horaria dentro de su jornada laboral, como el trabajo de media jornada y tiempos libres que les permite compatibilizar su tratamiento con el trabajo.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 1...*”en el trabajo no se me hace difícil seguir mi tratamiento por que no es una jornada laboral rígida ósea tengo libertad de alimentarme entre horas y los tiempos libres que tengo de repente que los ocupo cuando debo controlarme”.*

Sujeto N° 4...*”en cuanto a los horarios no es tan estricto, tengo tiempo para poder tomar una colación de acuerdo al régimen que tengo, y si pido permiso me lo dan más aun cuando se trata de mi salud”.*

b) **Colaciones saludables:** en esta subcategoría los entrevistados de la clase social intermedia se refieren a aquellos alimentos entregados en su trabajo o llevados por ellos mismos a su jornada laboral, los cuales son preparaciones que se consumen entre las comidas habituales, que incorporan alimentos naturales -o elaborados, pero bajos en grasas saturadas tales como frutas, verduras, productos lácteos y cereales.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 4...*” los horarios no son tan estrictos me permiten poder tomar una colación, y yo llevo cosas sanas como una fruta o un yogurt light”.*

Sujeto N° 7...*”tengo todas las facilidades para salir cuando tengo control y la dieta sigo la misma de acá del liceo porque esta controlada menos grasa, menos sal y a media mañana traigo mis intermedios para servírmelos y no hay problemas”.*

- c) **Organización del tiempo:** esta subcategoría se refiere a programar su dieta alimenticia diaria de acuerdo al horario laboral al igual que distribución de los días libres para cuando deban asistir a controles sin la necesidad de pedir permisos extras en el trabajo.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 5... *en cuanto a mis horarios de trabajo los jefes no son tan estricto con esto, además trato de dejar aquellos permisos importantes guardados para cuando me toque control”.*

- d) **Envidia de colegas por facilidad para asistir a controles:** en esta subcategoría, los entrevistados de la clase social intermedia señalan que existen sentimientos de de envidia de colegas en sus trabajos debido a que por padecer diabetes deben pedir autorización para salir de su jornada laboral y asistir a los controles médicos.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 7... *bueno en mi trabajo me he visto afectado de varias maneras una es la envidia que causa en mis colegas el que me den permisos para salir a los controles y ellos creen que me estoy corriendo de trabajar, en eso más que nada se ha visto afectado mi trabajo”.*

- e) **Temor a ver afectado su trabajo:** en esta subcategoría los entrevistados se refieren al sentimiento de temor que experimentan, debido a que sienten que por padecer DMT2 son

más propenso a ser despedidos por sus empleadores ya que piensan que su enfermedad puede causar problemas al realizar su trabajo.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 5...*”bueno de primera me afecto psicológicamente en mi trabajo, andaba desanimado, sin ganas de trabajar y sensible porque me dio miedo la enfermedad, mas aun cuando en mi familia habían sucedido cosas con la diabetes, que dejaron mal algunas personas físicamente”.*

Clase Social Trabajadora.

- a) **Priorizar salud antes que el trabajo:** en esta subcategoría los entrevistados se refieren a la importancia de privilegiar mantener los controles médicos al día, consumir los medicamentos correspondientes, y hacer lo posible por alimentarse de manera adecuada, aunque ello signifique sacrificar el trabajo, ya que ellos presentan mayor interés en la salud que en el ámbito laboral.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 6...*”uno tiene que organizarse para hacer los que áceres de la casa, y trabajar en las hortalizas como es mi caso, además si uno no se controla y no se toma sus remedios como corresponde no vas a tener buena salud, entonces tiene que organizarse como sea, principalmente*

para la salud, puede dejar cualquier cosa de lado, pero yo creo que la salud es lo mas importante”.

- b) **Alimentación inadecuada en el trabajo:** en esta subcategoría los entrevistados se refieren a que sus trabajos no le ofrecen las condiciones alimentarias adecuadas para el tratamiento de su enfermedad, ya que las colaciones son preparadas con niveles de azúcar, sal y grasas aptas para personas sanas, discriminando a los diabéticos, quienes deben abstenerse de comer o simplemente salirse de la dieta correspondiente.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 9...”*en cuanto a la comida en mi trabajo no se ofrecen las condiciones para cumplir el tratamiento, porque nos asignan colaciones que son preparaciones no aptas para personas diabéticas”.*

- c) **Perdida de la capacidad física en el trabajo:** en los entrevistados de la clase social trabajadora la enfermedad ha ido en perjuicio de su trabajo, ya que, como esta tiene consecuencias que afectan a distintas partes del organismos, las personas están permanentemente sintiendo el riesgo de sufrir algún accidente o cometer algún error que afecte su rendimiento laboral.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 3... *”a veces siento que mi diabetes afecta mi trabajo, igual te daña más aun la salud y con la diabetes ya no tengo la misma resistencia o capacidad de antes”.*

d) Condiciones climáticas: de acuerdo a la experiencia de los entrevistados las personas diabéticas no deben exponerse a condiciones climáticas, ya que pueden provocar otros problemas de salud el frío por ejemplo pudiese traer consigo resfríos, enfermedades virales, que modifican los niveles de azúcar en la sangre y el calor puede producir, pérdida de agua en el cuerpo y la deshidratación, que también pueden afectar la salud.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 6... *” a veces debido a la pega que hago yo ahí en la siembra, estoy a todo el sol o expuesta al frio y de cierta manera eso me enferma mas los resfríos son más fuertes o cuando estoy mucho al sol me sube el azúcar o me baja”.*

A.2 Apoyo familiar

Esta área temática, se refiere a la familia como soporte para el paciente con diabetes mellitus tipo II, y de cómo esta brinda apoyo a través de actitudes y conductas en la adherencia al tratamiento. De esta manera se describe las percepciones que poseen cada uno de los pacientes con respecto a las vivencias durante el tratamiento de la enfermedad.

Categoría	Subcategoría	
	<i>Clase social intermedia</i>	<i>Clase social trabajadora</i>
1. Apoyo familiar en la adherencia: se refiere al conjunto de recursos sociales existentes, de diferentes naturaleza que recibe una persona en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones con los demás y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica.	a) Cambio en los hábitos alimenticios b) Responsabilidad compartida c) Preparación de la familia en el conocimiento de la enfermedad	a) Apoyo permanente b) Descuido personal c) Acompañamiento a los controles

1. Apoyo familiar en la adherencia.

Esta categoría se refiere al conjunto de recursos sociales existentes, de diferente naturaleza que recibe una persona en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones con los demás y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica.

Clase Social Intermedia.

- a) **Cambio en los hábitos alimenticios:** en esta primera subcategoría los entrevistados se refieren a modificar la forma de alimentarse pasando de una alimentación la cual no es sana y para la cual no se tiene un horario regular a una alimentación saludable incorporando alimentos que no eran de consumo habitual como frutas y verduras.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 1...*”bueno cuando estoy en la casa tratan de preparar la comida con menos cantidad de glucosa, me andar recordando siempre la hora de los medicamentos y tomármelos antes de las comida he tenido que transformar mi manera de comer y en el consumo de bebidas”.*

Sujeto N° 2... *”bueno de primera me costó porque tenía una alimentación súper mala o sea comía puras cosas chatarras y en exceso, ahora tengo un horario las comidas que debo consumir y he cambiado todos mis hábitos de alimentación todo para durar unos años más”.*

- b) **Responsabilidad compartida:** en esta subcategoría los entrevistados de la clase social intermedia se refieren a que la familia debe adquirir responsabilidad la cual se entiende como el compromiso de cooperar en el tratamiento del paciente con DMT2. Al igual que la responsabilidad de este mismo con su enfermedad y con su familia.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 2... *”creo que la familia igual debe ayudar en el tratamiento, por lo menos la mía lo hace, en cosas como tratar de comer todos lo mismo y sano, me recuerdan acerca de mis remedios, o a veces me toman el azúcar con esa maquinita que tengo, pero siempre andan pendientes de mi y me apoyan mucho”.*

- c) **Preparación de la familia en el conocimiento de la enfermedad:** con respecto a esta subcategoría, se refiere a que la familia toma por propia iniciativa informarse a través de internet, sobre esta enfermedad buscando en qué consiste, los síntomas y contradicciones de no seguir un tratamiento todo esto en apoyo al paciente.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 11...”bueno mi familia a penas supieron que yo tenía diabetes buscaron al tiro en google de que se trataba esto y cual eran los cuidados que debo tener, como lo que debo comer o precauciones cuando me baja o sube el azúcar en caso de apuros”.

Clase Social Trabajadora.

- a) **Apoyo permanente:** los entrevistados manifiestan que la familia es el pilar fundamental para sobre llevar esta enfermedad, el apoyo de esta es lo que motiva a cada persona para asistir a los controles y llevar un tratamiento adecuado, además de ser quienes recuerdan día a día el consumo de los medicamentos y los alimentos que no deben consumir.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 3...” eh, mi familia en particular siempre me ayuda y me ha apoyado en todo siempre están ahí son incluso más responsables que yo con mi propia enfermedad, siempre están encima de que si me tome la pastilla o si me he controlado la azúcar.

- b) **Descuido personal:** los entrevistados manifiestan que el apoyo familiar es fundamental, y que el problema de la adherencia no depende de ello, sino que es responsabilidad de cada persona enferma el llevar a cabo su tratamiento adecuadamente.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 3... *bucha me da cosa decir pero sé que soy poco preocupada con mi persona en cuanto a la diabetes eso sí, de repente me tomo las pastillas justo cuando no está mi familia en casa o como cosas que no puedo”.*

- c) **Acompañamiento a los controles:** los entrevistados de la clase social trabajadora creen que el asistir a los controles médicos acompañado con algún familiar favorece la adherencia al tratamiento, ya que esto se convierte en un elemento motivador en todo el proceso de la enfermedad.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 6... *siempre me acompaña mi esposo a los controles, es que la primera vez que fui y me detectaron diabetes tenía 470 de azúcar y la doctora me dijo que casi me había dado un coma diabético, por lo cual nunca voy sola a los controles, siempre alguien de mi casa me acompaña”.*

A.3 Género

Esta área se refiere a la distinción entre sexo femenino y masculino, incluyendo creencias, cultura, experiencias personales, apreciación respecto a si mismo, la diferencia en el comportamiento social, ritos y costumbres que dan significado a la conducta de las personas en función de su sexo .

Categoría	Subcategoría	
	<i>Clase social intermedia</i>	<i>Clase social trabajadora</i>
1. Percepción de la propia adherencia: consiste en el sentimiento de responsabilidad hacia el tratamiento, que experimentan las personas durante la enfermedad.	a) Preocupación por la enfermedad b) Responsabilidad como paciente	a) Visión positiva
2. Percepción femenina respecto a la adherencia al tratamiento: consiste en el sentimiento de apego hacia el tratamiento, que experimentan la población femenina durante la enfermedad	a) Rutina femenina b) Cuidado y obediencia de la mujer en el tratamiento c) Mayor percepción de los síntomas d) Hombres menos preocupados por la enfermedad	a) Mayor adherencia femenina b) Hombres necesitan mayor presión
3. Percepción masculina respecto a la adherencia al tratamiento: consiste en el sentimiento de apego hacia el tratamiento, que experimentan la población masculina durante la enfermedad.	a) Desconocimiento de diferencias b) maternidad	a) la adherencia depende de la persona

1. Percepción de la propia adherencia

Esta categoría consiste en el sentimiento de responsabilidad hacia el tratamiento, que experimentan las personas durante la enfermedad.

Clase Social Intermedia.

- a) **Preocupación por la enfermedad:** esta subcategoría consiste en la inquietud que presentan los pacientes con diabetes por la enfermedad considerando que esta puede constituir un peligro para su salud, por lo cual se preocupan de seguir adecuadamente su tratamiento siendo constantes y cumpliendo a cabalidad las órdenes o indicaciones medicas dadas en el Hospital de Florida.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 12...*”yo por lo menos trato de cuidarme mucho, porque sé que si uno no lo hace se puede enfermar mas, me preocupa que esta enfermedad me avance por lo que estoy atenta a mi cuerpo”.*

- b) **Responsabilidad como paciente:** en esta subcategoría los entrevistados se refieren al compromiso que el paciente adquiere con su tratamiento cumpliendo con las indicaciones médicas, evitando complicaciones asociadas al mal cuidado de la enfermedad.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 2...”uno como paciente debe tener responsabilidad mas con la salud porque se trata de nuestras vidas, por lo mismo yo *por lo mismo estoy atento de los controles, remedios y la alimentación todo a su debida hora.*

Clase Social Trabajadora.

- a) **Visión positiva:** los entrevistados desde su propia experiencia consideran que han logrado adherirse adecuadamente al tratamiento, llevando debidamente a cabo las prescripciones médicas.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 6...”*tomándome los medicamentos a su hora y en general cuidándome como corresponde hago mi vida completamente normal y puedo vivir lo que vive alguien sin diabetes*”.

2. Percepción femenina respecto a la adherencia al tratamiento.

Esta categoría consiste en el sentimiento de apego hacia el tratamiento, que experimentan la población femenina durante la enfermedad.

Clase Social Intermedia.

- a) **Rutina femenina:** esta subcategoría se refiere a los hábitos diarios que poseen las mujeres entrevistadas las cuales consisten actividades que se realizan de manera meticulosa como el aseo personal, alimentación y realizar ejercicios, los que les permite tener mayor cuidado de su cuerpo y estar más preocupada de su salud.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.



Sujeto N° 10...*”yo pienso que como mujer uno tiene más cuidado de sí misma mas aun con esta enfermedad, hay q tener cuidado en los pies, y en el aseo personal, porque hay personas que les dan infecciones por poco cuidado de su persona”*,

- b) **Cuidado y obediencia de la mujer en el tratamiento:** con respecto a esta subcategoría, los entrevistados se refieren a que las mujeres poseen mayor cuidado y preocupación de su cuerpo y su salud, mas aun aquellas que padecen DMT las cuales se rigen más estrictamente a su tratamiento, respetando horarios de alimentación y el consumo de los medicamentos.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 8...”creo que las mujeres somos más cuidadosas y obedientes con lo que nos dicen los médicos, nos tomamos las cosas más en serio yo creo”.

- c) **Mayor percepción de los síntomas:** esta subcategoría se refiere según los entrevistados a que el género femenino por ser más perceptivas y preocupadas por su salud son más sensibles a sentir cambios en su organismo, por lo que están siempre más atentas a las señales que les manda su cuerpo, dándose cuenta más prontamente de los síntomas de la DMT2.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 4...”yo percibo los síntomas cuando ando mareada y eso , como mujer uno está más atentas a las señales de nuestro cuerpo será por naturaleza, pero creo que una es más perceptible en eso que los hombre”.

- d) **Hombres menos preocupados por la enfermedad:** esta subcategoría es definida como la despreocupación en el tratamiento por parte de los hombres, ya que no están atentos al tomar sus medicamentos o a alimentarse debidamente como indican los médicos ante esta enfermedad.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 5... *”creo que los hombres son menos curiosos con los que les pasa, o son despreocupados muchas veces se dejan estar demasiado por preferir estar bien en la pega”.*

Clase Social Trabajadora.

- a) **Mayor adherencia femenina:** los entrevistados consideran que la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 es mayor en el género femenino, ya que son más responsables y cuidadosas con su salud.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 3... *”yo creo que las mujeres se adhieren mas al tratamiento, porque el doctor dice que los hombres son porfiados y siempre los tienen que estar retando, en cambio la mujer cumple más que los hombres”.*

- b) **Hombres necesitan mayor presión:** esta subcategoría se refiere a que el género masculino, es considerado más irresponsable con el tratamiento de su enfermedad, explicando esta condición con la presión, que es necesaria ejercer en ellos, para lograr su compromiso con el proceso que se debe seguir.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 6... *yo creo que a los hombres hay que estarlos presionando para que cumplan con el tratamiento, yo lo veo en mi hijo que también es diabético y yo tengo que andar siempre encima de él recordándole todo”.*

3. Percepción masculina respecto a la adherencia al tratamiento

Esta categoría consiste en el sentimiento responsable hacia el tratamiento, que experimentan la población masculina durante la enfermedad.



Clase Social Intermedia.

- a) **Desconocimiento de diferencias:** esta subcategoría es definida como la falta de conocimiento en cuanto a las diferencias existentes entre mujeres y hombres y su adherencia al tratamiento.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 2... *”creo que entre nosotros los hombres y las mujeres no hay grandes diferencias, si bien cada uno se cuida a su manera creo”.*

- b) **Maternidad:** de acuerdo a esta subcategoría debido a que la mujer es madre y da lactancia estas están más atentas a los cuidados y al tratamiento que requiere la DMT2.

A modo de ejemplificar esta subcategoría se presenta el siguiente discurso realizado por los entrevistados.

Sujeto N° 1...”creo que la mujer puede ser más cuidadosa con el tema de la diabetes, mas aun porque ellas son madres y deben cuidarse, sobre todo cuando quieran tener familia o hijos y están embarazadas”.

Clase Social Trabajadora.

- a) **La adherencia depende de la persona:** ésta subcategoría se refiere a que la adherencia que tiene una persona en el tratamiento de la enfermedad es independiente del género que posea, ya que el compromiso que se adquiere tienen mayor relación con la responsabilidad de cada persona.

Como resultado de esta subcategoría se cita a continuación el siguiente discurso de los entrevistados a modo de ejemplo.

Sujeto N° 9...” creo que la adherencia depende de la persona nada más, porque hay hombres como mujeres que son muy responsables con su tratamiento”.

VII. PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Para presentar los hallazgos de esta investigación se procede a dar una breve descripción respecto a las clases sociales utilizadas por este estudio, en la comprensión de la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II, la clasificación de clase social utilizada se basa en el modelo de Erikson y Goldthorpe, el cual se basa en criterios de propiedad y control de medios de producción, prestación de servicios con mayor o menor autonomía y manualidad con grados de calificación diferentes, este modelo clasifica las clases sociales en tres grandes grupos, encontrándose:

1. *clase de servicio.*
2. *clase intermedia.*
3. *clase trabajadora.*



Los grupos utilizados en este estudio son **clase social intermedia y trabajadora**, ambas se diferencian por la situación ocupacional de los sujetos pertenecientes a cada una.

- A. *Clase social intermedia* está constituida por empleados ejecutivos, trabajadores de servicios, pequeños empresarios y trabajadores autónomos con dependientes, pequeños empresarios y trabajadores autónomos sin dependientes, técnicos de nivel inferior, supervisores de trabajadores manuales.
- B. *Clase social trabajadora* está constituida por: trabajadores manuales industriales calificados, trabajadores manuales industriales no calificados, y trabajadores manuales agrícolas.

En base a esto y para esta investigación se obtuvieron una serie de resultados los cuales responden a cada objetivo específico de este estudio, partiendo en primer lugar desde un aspecto global considerándose el objetivo general del estudio el cual consiste en comprender la influencia de la clase social en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de pacientes con diabetes mellitus tipo II en la comuna de Florida.

OBJETIVO ESPECIFICO N°1

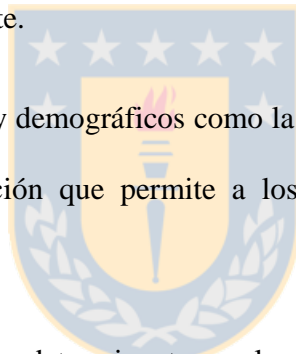
Describir la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de la clase social intermedia y trabajadora, los resultados obtenidos por clase social fueron los siguientes:

Clase social intermedia

- Los pacientes describen la DM2 en su mayoría hereditaria o producida por la alimentación excesiva en algunos casos, además de ser una enfermedad crónica por lo cual deben estar en constante atención.
- Los pacientes siguen regímenes alimenticios y están en constante controles médicos, recibiendo medicamentos para el tratamiento, disminuyendo la ansiedad que en algunos casos la enfermedad les produce.
- Existe un cambio en los hábitos de alimentación, los pacientes señalan que el comer sano les permite tener menos consecuencias negativas de la enfermedad.
- Los pacientes tienen en consideración la importancia de la adherencia al tratamiento, ya que no controlarse debidamente disminuye considerablemente su esperanza y calidad de

vida, por lo cual no le permitiría desarrollar una vida normal por lo que deben adaptarse progresivamente.

- La adherencia en algunos pacientes se torna difícil durante las primeras semanas, dificultando su adaptación al tratamiento y generando un estrés psicológico para ellos.
- Se percibe predisposición a la muerte por parte de los pacientes, asumiendo que en cualquier momento pueden perder la vida si no se cuidan debidamente.
- Existe temor entre los pacientes a la amputación de dedos y piernas ya que para ellos es el comienzo de una muerte paulatina considerada como consecuencia de no seguir el tratamiento adecuadamente.
- Existen factores sociales y demográficos como la accesibilidad al tratamiento y la cercanía física al centro de atención que permite a los pacientes llevar de manera regular el tratamiento de DMT2.
- La muerte de familiares es determinante en el conocimiento respecto de la enfermedad y las consecuencias de no seguir el tratamiento adecuadamente.
- Las consecuencias emocionales por el cambio físico debido al diagnóstico de la enfermedad, no permiten en una primera instancia para que las etapas de adaptación al tratamiento sean propicias. Los pacientes experimentan sentimientos de ansiedad por los cambios en el régimen alimenticio, la medicación diaria, los controles médicos y los cambios que pueden experimentar en el transcurso de la enfermedad.



Clase Social Trabajadora.

- La DM2 se describe como una enfermedad silenciosa, asintomática por lo cual los pacientes no perciben los síntomas en su primera etapa.
- La no adherencia por parte del paciente al tratamiento genera diversos problemas en el organismo, entre ellos la baja de glicemia y en caso más grave la amputación de extremidades.
- Existe preocupación constante por parte de los pacientes para seguir el tratamiento evitando complicaciones posteriores en zonas del cuerpo altamente vulnerables como son las heridas en uñas y pies.
- En cuanto a la adherencia en esta clase social se evidencia dificultad para seguir el tratamiento debido a que no cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir alimentos que son adecuados para la dieta recomendada por el centro de atención medico.
- Escasa conciencia social por parte de aquellas personas que no padecen la enfermedad ya sean familiares, amigos o compañeros de trabajo, por lo que en ocasiones deben salir de su dieta o aislarse de los demás.
- Enfermedad cubierta por el GES, por lo cual les permite a los pacientes mantener controles médicos, podológicos, posibles régimen alimenticios entregados por un especialista y medicamentos gratuitos en el centro de salud. Por lo cual se no genera un impacto en tan severo en la economía familiar.

OBJETIVO ESPECIFICO N°2

Comparar las diferencias entre la clase social intermedia y trabajadora en la adherencia al tratamiento de DM2, los resultados obtenidos por clase social fueron los siguientes:

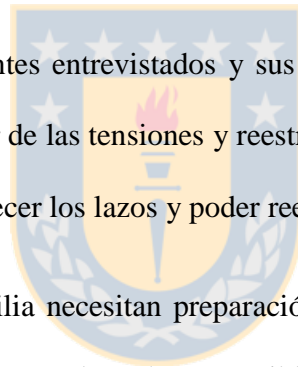
- Dentro del ámbito laboral a la **clase social intermedia** se les otorgan colaciones saludables lo cual les permite seguir adecuadamente el régimen alimenticio del tratamiento. **A diferencia** de la **clase social trabajadora** no cuentan con este tipo de beneficio, por este motivo ellos son responsables de llevar sus alimentos lo que impide que se adhieren al régimen alimenticio que debiesen llevar según el tratamiento.
- Los trabajos ejecutados por los pacientes diabéticos, en la **clase social intermedia**, estos requieren menos desgaste físico desempeñándose en su mayoría en trabajos administrativos **a diferencia** de la **clase social trabajadora** los cuales experimentan una pérdida de la capacidad física en el trabajo, por este motivo estos pacientes se sienten más comprometidos por asistir puntualmente a los controles y a priorizar su salud.

OBJETIVO ESPECIFICO N°3

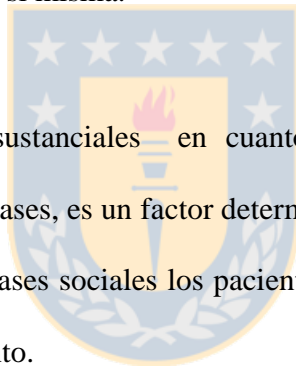
*Conocer la influencia de la familia en la adherencia al tratamiento del paciente de **clase social intermedia y trabajadora**, obteniéndose los resultados que se muestran a continuación:*

- En ambas clases social la influencia y el apoyo de la familia es fundamental en la adherencia al tratamiento de la enfermedad.
- La familia es la unidad básica y principal agente de apoyo del paciente ante el diagnóstico de la enfermedad, por lo cual el equipo multidisciplinario de salud deberá tener presente durante el tratamiento y los cuidados que la enfermedad requiere.
- Frente a la aparición de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2, los integrantes de la familia no se afectan de igual manera, lo que dependerá de la actitud que mantengan; la cercanía afectiva al que tiene diabetes; el grado de compromiso que haya adquirido en la relación; las características individuales de la persona diabética.
- El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia siempre va a involucrar y requerir un proceso de adaptación de toda la familia a la nueva situación.
- La participación de la familia en el tratamiento y el apoyo en el cambio de los hábitos alimenticios son determinantes en la adherencia en el tratamiento para el paciente diabético.

- Los cambios alimenticios son menos impactantes para los pacientes cuando la familia realiza un cambio en los hábitos de consumo de algunos alimentos ricos en azúcares y grasas. Apoyándolos directamente en el tratamiento de la enfermedad.
- En la medida que sea incorporado ya sea a algún integrante de la familia en el control y tratamiento, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, como también lograr acercar al paciente a su red social de apoyo, se obtendrá mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, logrando mayor adherencia y adaptación al tratamiento y por supuesto mayor compensación metabólica del paciente afectado por la DM2.
- La mayoría de los pacientes entrevistados y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación, y a pesar de las tensiones y reestructuraciones que la enfermedad exige, la familia es capaz de fortalecer los lazos y poder reestructurarse a este nuevo estilo de vida.
- Los miembros de la familia necesitan preparación en el conocimiento de la enfermedad, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de estilo de vida. Es muy importante que los integrantes del grupo familiar que vive con el paciente entiendan y comprendan las demandas de la DM2.
- En otras situaciones, algunas familias la primera reacción es de confusión y distanciamiento hacia el paciente, pero surge luego una etapa de aceptación y adaptación al régimen alimenticio llegando inclusive a cambiar ciertos hábitos e ingesta de alimentos.
- La aceptación y adaptación de la familia va a depender principalmente del paciente. Siendo responsable este del primer contacto de la familia con la diabetes.



- Los pacientes le entregan mucho valor a que algún integrante de la familia los acompañe a los controles médicos, ya sea por parte de la pareja, hijos o algún integrante de la familia.
- El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad, por el motivo que propicia un ambiente favorable para reducir el estrés y con ello mejor el cumplimiento en el tratamiento.
- El apoyo familiar significa para el paciente compañía, saber que las personas que lo rodean lo quieren y así lo demuestran interesándose por lo que le sucede, si una persona se siente amada, se reconocerá como valiosa al ser merecedora de cariño y experimentará una alta motivación para cuidar de sí misma.
- No existen diferencias sustanciales en cuanto el apoyo familiar entre las familias pertenecientes a las dos clases, es un factor determinante en la adherencia en el tratamiento de la DM2 y en ambas clases sociales los pacientes consideran un factor importante en la adherencia en el tratamiento.



OBJETIVO ESPECIFICO N°4

*Conocer las percepciones respecto a la adherencia al tratamiento de DM2 entre **hombres y mujeres pertenecientes a la clase social intermedia y trabajadora**, obteniéndose los siguientes resultados:*

- En ambas clases sociales los pacientes presentan una preocupación por la enfermedad y sus consecuencias de no seguir el tratamiento correctamente, los peligros colaterales y la adaptación en conjunto con la familia determinan en parte la percepción respecto a la propia adherencia al tratamiento diabético.
- En ambas clases sociales las mujeres que son pacientes mantienen la percepción de que tienen mejor adherencia con mayor responsabilidad y obediencia en el tratamiento. En comparación con los pacientes varones que necesitan presión de sus familiares para lograr su compromiso en el proceso que se debe seguir.
- La percepción respecto a la adherencia depende directamente de la personalidad del paciente, la responsabilidad ante el cuidado de la calidad de vida, las expectativas futuras y del apoyo entregado por parte de los familiares, amigos y colegas de trabajo.
- Las pacientes mujeres en ambas clases sociales, existe preocupación por la enfermedad, siendo estas más responsables y con mayor compromiso en la adherencia en el tratamiento.
- Las pacientes mujeres de la clase social trabajadora, han logrado adherirse al tratamiento adecuadamente manifestando visión positiva respecto a la enfermedad y expectativas sobre los resultados de un correcto tratamiento.

- Los pacientes varones de la clase social intermedia señalan que existe mayor adhesión femenina por la maternidad, siendo esta característica prioritaria al momento de aceptar y seguir el tratamiento adecuado. Pero a su vez son las características de la personalidad del paciente lo que permitiría seguir de manera responsable el tratamiento designado por el equipo de salud.



PRINCIPALES CONCLUSIONES.

Respecto a los hallazgos que se sustraen de las entrevistas realizadas a los pacientes afectados con DM2 pertenecientes al Hospital de Florida y de la investigación cualitativa de índice fenomenografica la variabilidad de experiencias nos dice que:

El Hospital de la Comuna de Florida, entrega la información necesaria a los pacientes afectados con Diabetes Mellitus Tipo 2, respecto a la enfermedad y las consecuencias de no adherirse al tratamiento.

En ambas clases sociales, intermedia y trabajadora, existen factores demográficos y sociales, que facilitan la accesibilidad al tratamiento.

En ambas clases sociales, existen diferencias de percepción en cuanto a la priorización de la salud respecto al trabajo.

En ambas clases sociales existen diferencias, en cuanto a la adherencia al tratamiento, debido a las condiciones laborales en la que estos se desempeñan.

La percepción respecto a la adherencia al tratamiento depende directamente de la personalidad del paciente afectado por DM2, independiente del género.

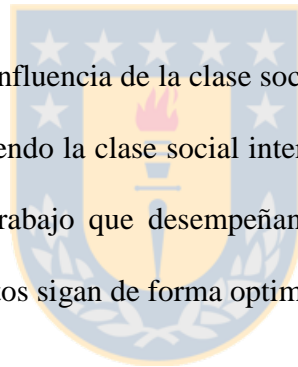
En ambas clases sociales se considera importante el adherirse al tratamiento médico, pero los pacientes poseen conductas no adherentes.

En ambas clases sociales, se percibe la importancia de la adherencia al tratamiento, para seguir una rutina normal y tener una mejor calidad de vida.

La DM2 es una enfermedad considerada en las Garantías Explícitas de Salud (GES) lo que facilita el acceso al tratamiento, favorece su adherencia, beneficio que se hace extensible para ambas clases sociales.

El género masculino reconoce que la mujer es más cuidadosa y responsable con el tratamiento de la enfermedad.

El estudio determino que existe influencia de la clase social en la adherencia al tratamiento de los pacientes afectados con DM2, siendo la clase social intermedia la de mayor adherencia. Debido a las condiciones laborales y el trabajo que desempeñan el que a su vez les otorga estabilidad económica lo que permite que estos sigan de forma optima el tratamiento.



A. Comparación entre pacientes de clase social intermedia y trabajadora.

En la clase social trabajadora, la escasez de recursos económicos dificulta seguir debidamente el tratamiento, debido a que no cuentan con el dinero suficiente para adquirir alimentos que son adecuados para la dieta recomendada por el médico, mientras que en la clase intermedia existe mayor acceso para adquirir los alimentos recomendados para la dieta.

En la clase social intermedia los pacientes manifiestan temor a que su desempeño sea afectado por la enfermedad y que sean desvinculados de sus labores, mientras que los pacientes de la clase social trabajadora temen ver afectada su salud privilegiando el cuidado de ella por sobre el ámbito laboral.

En la clase social intermedia existen condiciones laborales apropiadas para el cuidado de la enfermedad, mientras que en la clase social trabajadora no existen tales condiciones como horarios flexibles de alimentación y alimentos saludables.

La clase social intermedia se responsabiliza de la dificultad de adaptación al tratamiento, mientras que la clase social trabajadora responsabiliza a la falta de conciencia social respecto a la enfermedad.

IX. CONTRASTACIÓN TEÓRICA.

Tras los resultados obtenidos en el análisis de datos, nuestras conclusiones se basan en los siguientes puntos:

En la existencia de factores sociales y demográficos como la accesibilidad al tratamiento y la cercanía física al centro de atención que permite a los pacientes llevar de manera regular el tratamiento de DMT2 los cuales son percibidos por la clase social intermedia y trabajadora.

Este punto lo asociamos con los determinantes de salud los cuales establecen que los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no su salud, por lo que en este caso al hablar de factores sociales estamos refiriéndonos a la conexión que poseen los pacientes con su Centro de Salud como red de asistencia y la influencia de esta en el cuidado de su salud al igual que la cercanía demográfica que les permite un acceso más continuo al tratamiento.

Al igual que dentro de la clase social trabajadora se evidencia dificultad para seguir el tratamiento debido a que no cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir alimentos que son adecuados para la dieta recomendada por el centro de atención médico, por lo que en este aspecto podemos mencionar que los determinantes en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, representadas en la capa más externa, por lo que al momento de que los pacientes se refieren a la escasez de recursos económicos en algunos casos, esto influye en el que el paciente sea capaz de sostener su salud.

Otra de nuestras conclusiones se basan en las clases sociales descritas en esta investigación, considerando esto se habla de clase social basado en el modelo de Erikson y Goldthorpe, con este se puede determinar el grado en que estas clases corresponden a grupos sociales reales y no sean meras categorías estadísticas.

En base a esto se utilizaron las categorías de:

Clases intermedias

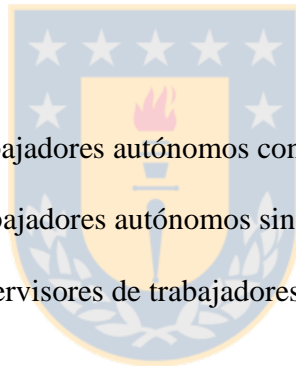
III a Empleados ejecutivos.

III b Trabajadores de servicios.

IV a Pequeños empresarios y trabajadores autónomos con dependientes.

IV b Pequeños empresarios y trabajadores autónomos sin dependientes.

V Técnicos de nivel inferior, supervisores de trabajadores manuales.



Clases trabajadoras

VI Trabajadores manuales industriales calificados.

VII a Trabajadores manuales industriales no calificados.

VII b Trabajadores manuales agrícolas.

Ellas debido a que componen los sectores que más tienen acceso al sistema de atención público, en base a estas categorías esta investigación se determinó que en la clase social

intermedia dentro del ámbito laboral, en pacientes afectados de DM2 existen condiciones que favorecen la adherencia al tratamiento, como lo son los horarios flexibles y colaciones saludables. Pero aun cuando el trabajo les proporciona éstas condiciones los pacientes manifiestan temor a que su desempeño sea afectado por la enfermedad y sean desvinculados de sus labores.

Mientras que en la clase social trabajadora existe temor a las consecuencias de la no adherencia responsable al tratamiento viendo afectado su bienestar, los cuales tienen la visión que se debe priorizar la salud ante el trabajo, aun así estos no adhieren al tratamiento de DM2, ya que, el lugar de trabajo no les permite mantener una alimentación adecuada durante la jornada laboral debido a que influyen factores como las condiciones climáticas y la falta de un espacio físico adecuado para poder alimentarse.

Por lo que entre ambas clases sociales Intermedia y trabajadora existe diferencias en la adherencia al tratamiento debido a las condiciones laborales en las cuales estos se desempeñan ya que en la clase social intermedia existen condiciones para el cuidado de la enfermedad mientras tanto que en la clase social trabajadora no existen tales condiciones.

También concluimos que desde una perspectiva de género el cual se refiere a las desigualdades estructurales y marcadas por el acceso desigual de mujeres y hombres a recursos materiales y no materiales, la percepción respecto a la adherencia depende directamente de la personalidad del paciente, la responsabilidad ante el cuidado de la calidad de vida, las expectativas futuras y del apoyo entregado por parte de los familiares, amigos y colegas de trabajo, debido a esto no existe desigualdad entre género pero, se debe mencionar que como fenómeno social, el género impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas y

valores culturales y simbólicos, ante esto el género masculino reconoce que la mujer es más cuidadosa con la enfermedad atribuyéndose esto a la cultura femenina por el hecho de la maternidad, por lo que sí existe desigualdades en el cuidado de la enfermedad entre géneros.

Desde el punto de la adherencia esta se describe, como el proceso de influencia del profesional hacia el paciente, cuyo objetivo final será que este último internalice la necesidad de cumplir con el control y tratamiento de su enfermedad, (Dracup y Meleis, 1982). Por lo tanto de acuerdo a esta descripción los pacientes siguen regímenes alimenticios y están en constante controles médicos, recibiendo medicamentos para el tratamiento, disminuyendo la ansiedad que en algunos casos la enfermedad les produce y por lo cual produciéndose esta influencia del profesional al paciente.

En cuanto a esto los pacientes toman en consideración la importancia de adherirse al tratamiento médico al momento de internalizar en sus hábitos las indicaciones dadas por los profesionales del Centro de Salud.

Ante este tema también debemos mencionar que existen dos categorías de conductas no adherentes que se reflejaron en los resultados de la investigación, la primera que se refiere a la “Conducta de Omisión”, es decir, olvido de tomar medicamentos o asistir a controles, como se refleja en que la no adherencia por parte del paciente al tratamiento genera diversos problemas en el organismo, entre ellos la baja glicémica y en caso más grave la amputación de extremidades. Por otra parte se encuentra la otra conducta que es la “Conducta de acción”, en que el paciente realiza acciones que se le han prohibido o sencillamente se automédica en este caso los pacientes toman medicamentos sin previos controles lo que puede alterar su estado de salud.

A su vez la adherencia está determinada por cinco dimensiones concluyéndose dentro de estas lo siguiente:

- Factores socioeconómicos, dentro de esta dimensión se concluyó que los pacientes sienten limitaciones debido a este factor ya que no pueden comprar ciertos alimentos que deben consumir, los que les hace en muchas ocasiones dejar el tratamiento siendo un condicionante importante dentro de la clase social trabajadora.
- Factores relacionados con el equipo de atención de salud, en este aspecto, esta enfermedad es cubierta por el GES, por lo cual les permite a los pacientes mantener controles médicos, podológicos, posibles régimen alimenticios entregados por un especialista y medicamentos gratuitos en el centro de salud. Siendo este factor un facilitador de la adherencia para la clase social intermedia y trabajadora.
- Factores que se relacionan con las características de la enfermedad y relacionados con la terapia, ante este factor existe preocupación constante por parte de los pacientes para seguir el tratamiento evitando complicaciones posteriores en zonas del cuerpo altamente vulnerables como son las heridas en uñas y pies.
- Factores relacionados con el paciente. Este factor se asocia a las características personales y la familia que influye positivamente en la adherencia del tratamiento.

Por otra parte la adherencia en la diabetes, según la OMS(2003) y las perspectivas actuales en la atención de las personas con esta enfermedad, es que se le otorgan un papel protagónico en el auto cuidado, esto implica que el paciente supervisa activamente su tratamiento, responde a los cambios ambientales y a las condiciones biológicas de adaptación.

En cuanto a esto se concluye que los pacientes con DMT2 de la clase social intermedia tienen en consideración la importancia de la adherencia y que el no llevar a cabo el tratamiento y no cuidarse de la enfermedad debidamente disminuye considerablemente su esperanza y calidad de vida, por lo cual no le permitiría desarrollar una vida normal, mientras que los de la clase social trabajadora la no adherencia por parte del paciente al tratamiento, genera diversos problemas en el organismo, entre ellos la baja glicémica y en caso más grave la amputación de extremidades siendo una percepción más drástica de la no adherencia.

Por otra parte según los resultados obtenidos de nuestro análisis, podemos concluir que la adherencia al tratamiento de pacientes de la clase social intermedia y trabajadora está condicionada por el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, misma que definen la situación de educación, ocupación e ingresos, en medio de determinaciones de género y étnica (Breilh, 2009), los cuales tienen trascendencia e influyen en como los pacientes con DMT2 adoptan el tratamiento de esta enfermedad, avalándonos en el estudio de la comisión de determinantes sociales de la salud CDSS (2009), los cuales mencionan que se debe actuar sobre los determinantes sociales de la salud con la finalidad de mejorar la situación global y combatir la inequidad con la que esta se distribuye que actúan sobre la salud.

Con respecto a la adherencia y algunos estudios podemos concluir que en la clase social intermedia los pacientes tienen en consideración la importancia de la adherencia y que el no llevar a cabo el tratamiento no les permitiría desarrollar una vida normal por lo que deben adaptarse progresivamente haciéndose consistentes de la enfermedad debido a las consecuencias que esta tiene debido a su mal cuidado, razón por la cual comienzan un proceso de adaptación al tratamiento. En contraste con el estudio realizado por Jones y Katz (1991), ya que mencionan que la adherencia es mejor en pacientes de mayor edad y siendo estos más conscientes de las consecuencias potenciales y gravedad de su enfermedad. En cambio en nuestro estudio se concluye que la edad no condiciona la adherencia ya que es un proceso de adaptación lo que consigue que el paciente se adhiera al tratamiento, asociado al temor de las consecuencias de no seguir el tratamiento.

Otra conclusión de esta investigación es que como la DMT2 es una enfermedad cubierta por el GES, por lo que permite a los pacientes mantener controles médicos, podológicos, posibles régimen alimenticios entregados por un especialista y medicamentos gratuitos en el centro de salud a parte de una buena atención de parte del personal, permitiendo la adherencia de los pacientes al tratamiento, coincidiendo en algunos puntos con lo expuesto en el estudio de Donovan y Blake, (1992), los cuales establecieron el supuesto que los pacientes tengan poca opción para cumplir con los objetivos y las instrucciones que reciben, sugieren que la solución para el gasto en salud que acarrea la no adherencia, no está en tratar de aumentar la adherencia del paciente si no en desarrollar relaciones más abiertas y cooperativas entre el paciente y el profesional que lo atiende.

También en base a nuestros resultados podemos concluir que la adherencia en algunos pacientes de la clase social intermedia se torna difícil durante las primeras semanas, dificultando su adaptación al tratamiento y generando un estrés psicológico para ellos, además de las consecuencias emocionales y confusión por el cambio físico debido al diagnóstico de la enfermedad no permiten en una primera instancia que las etapas de adaptación al tratamiento, sean propicias.

Los pacientes experimentan sentimientos de ansiedad por los cambios en el régimen alimenticio, la medicación diaria, los controles médicos y los cambios que pueden experimentar en el transcurso de la enfermedad. Mientras que en los pacientes de la clase social trabajadora mencionan que existe una escasa conciencia social por parte de aquellas personas que no padecen la enfermedad ya sean familiares, amigos o compañeros de trabajo, por lo que en ocasiones deben salir de su dieta o aislarse de los demás, por lo cual podemos decir que el factor psicosocial entre los pacientes con DM2 afecta la adherencia al tratamiento de manera distinta en ambas clases, pero que finalmente incide en su persona, por lo cual según el estudio de Colunga-Rodríguez, (2008), en su estudio acerca de “caracterización psicosocial del paciente con diabetes tipo 2 en atención primaria”, en donde se encontraron en las variables psicológicas, en donde la autoestima estaba disminuida en la mitad de la muestra, el estrés y/o depresión estaba presente en la cuarta parte de la muestra que en general tenía un alto locus de control interno, los cuales son factores que llegan a afectar el tratamiento de la enfermedad.

Y por último en base al resultado dentro del área familiar del cual se concluye que el apoyo de la familia para el paciente significa compañía, saber que las personas que lo rodean lo quieren y así lo demuestran interesándose por lo que le sucede, si una persona se siente amada, se

reconocerá como valiosa al ser merecedora de cariño y experimentará una alta motivación para cuidar de sí misma. Ya que según el estudio de Quintana (2008), sobre variables sicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2 y una conclusión importante del estudio y relacionado con el apoyo familiar fue la necesidad de considerar el rol indirecto que ejercen las redes familiares en el manejo de la enfermedad crónica, pues tienen la capacidad de movilizar recursos para aumentar las fortalezas personales dirigidas al enfrentamiento positivo de dificultades o barreras percibidas para tratar la enfermedad.

X. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN AL TRABAJO SOCIAL

Lo primero que se vuelve necesario mencionar antes de comenzar con los aportes de esta investigación al Trabajo Social, es que en los **ejes fundamentales de trabajo en materia de salud son la promoción y la prevención**, ya que como es dado a conocer mediante este estudio la DM2 una vez que es adquirida no tiene cura, por lo tanto es imposible trabajar en la recuperación y rehabilitación de esta enfermedad.

Sin duda la calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve afectada en todas sus dimensiones a causa de las complicaciones que sufren los enfermos, es cuando se debe insistir en la importancia de **promover estilos de vida más saludables** como la actividad física y dieta equilibrada para así mejorar la calidad de vida de estos pacientes y especialmente de aquellos que han sufrido diferentes dificultades. El trabajo social desempeña una importante función, ya que, es sabido que la presencia e **interacción con otras personas es capaz de reducir los efectos**

negativos del estrés que produce la enfermedad. Mediante la participación de un Trabajador Social se construyen vínculos compensatorios como factores protectores de los efectos negativos del estrés social que todo el proceso acarrea.

El diagnóstico de diabetes puede tener un tremendo impacto emocional sobre la persona diagnosticada y sobre su familia. El apoyo que pueden brindar estos profesionales, se basa en funciones tales como **proporcionar soporte emocional, ayuda instrumental como apoyo material, tangible o ayuda práctica y apoyo informacional como dar consejo, orientación o guía.** También cabe destacar que el Trabajo Social es una función desempeñada por una red social.

Esta investigación demuestra falencias en cuanto a la promoción de la enfermedad, ya que, en muchos casos las personas desconocían que los cambios que se estaban produciendo en su cuerpo se debían a la presencia de la diabetes mellitus tipo 2, es en este sentido que se requiere el quehacer de los trabajadores sociales, porque estos en conjunto con el equipo de salud tratante de las personas diabéticas debieran ser quienes **difundiesen información necesaria para que la comunidad adquiriera mayor conocimiento** de esta, y quizás no necesariamente para prevenir la enfermedad, ya que en muchos casos es hereditaria, sino con el objetivo de lograr que las personas reconozcan los cambios que se producen en su cuerpo y que muchas veces son consecuencia de algún problema de salud, y **fomentar en las personas el hábito de chequeos médicos recurrentes**, para que en el caso que exista la diabetes esta sea detectada tempranamente y lograr un tratamiento más confortable y eficaz.

Queda de manifiesto con este estudio que la diabetes trae consigo los malestares comunes de esta enfermedad, sumado a ello una gran carga emocional, sin duda se hace visible la necesidad

de recibir **orientación para asimilar las consecuencias de esta enfermedad**, es aquí donde se hace necesaria la intervención de los trabajadores sociales, pues se vuelve conveniente **realizar terapias** a los pacientes, estas sean familiares para sensibilizar a esta sobre los cambios que se deberán adquirir y el apoyo emocional que necesita una persona diabética para seguir adecuadamente su tratamiento, ya que sin duda, la familia es el principal ente motivador para una persona enferma, también se necesitan terapias grupales para que los propios pacientes compartan sus experiencias e inquietudes y reconozcan en un otro semejante a él, apoyo y estímulo para seguir el tratamiento adecuadamente.

Concientizar a las personas que adherirse al tratamiento médico adecuadamente les provocará muchos beneficios adicionales, ya que, aquellos que revelaron un consumo adecuado de medicamentos y siguen una dieta equilibrada logran mantener una óptima calidad de vida. **Se requiere de los Trabajadores Sociales para sensibilizar a las personas** sobre el compromiso que se requiere en la adherencia al tratamiento de esta enfermedad, mediante la educación al paciente con respecto a las consecuencias de no seguir el tratamiento, esto debe realizarse mediante entrevistas individuales, además de visitas domiciliarias para evaluar la calidad de vida que posee el enfermo.

Los sujetos del estudio en su mayoría demuestran temor a la posibilidad de amputación de alguna de sus extremidades, esta consecuencia es una de las más conocidas por los entrevistados, creando en ocasiones un profundo miedo y sentimientos de angustias como lo es el temor a la muerte la que se vuelve próxima, esta condición de los enfermos es parte del quehacer de los trabajadores sociales, ya que se necesitan **instancias de reflexión donde el profesional se convierte en una educador para las personas**, ya que tienen el deber de darles a conocer que produce que una persona llegue a ser amputada como consecuencia de esta enfermedad y generar

en ellos un apego hacia la vida. **La visión de la proximidad con la muerte** es otro problema que debe ser tratado por esta profesión, ya que muchas personas manifiestan que tienen familiares que han muerto de diabetes, por esto se necesita información y **otorgar la mayor estabilidad emocional a los enfermos.**

El beneficio de gratuidad en la cobertura de la DM2, que otorga el GES forma parte de la primera posibilidad de tratamiento médico para los pacientes del Hospital de Florida, por esto se torna indispensable que las personas estén informadas que el tratamiento de la diabetes es gratuito, ya que esto precisa de los trabajadores sociales para **promocionar esta cobertura en la comuna.**

Por las diferentes consecuencias que la diabetes acarrea en las diferentes partes del organismo, es que se vuelve necesario **concientizar a estas personas a través de la promoción de los cuidados que deben tener especialmente en las zonas de su cuerpo que ellos mismos consideran altamente vulnerables**, esto se debe extender a las ambas clases sociales, ya que, como se ha observado en este estudio la clase social intermedia muestra interés en mantener su trabajo y un menor compromiso con los requerimientos médicos de la enfermedad, a diferencia de la clase trabajadora, quienes se mostraron dispuestos a privilegiar los cuidados de su salud por sobre trabajo.

La escasez de recursos económicos se vuelve uno de los factores de riesgos para las personas pertenecientes a la clase social trabajadora, ya que, el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, lleva consigo una fuerte carga emocional la que se compone de una escasez de dinero, más el temor de perder el trabajo y además tener que seguir dieta alimenticia, en la cual existen alimentos que deben ser suplidos por otros, ya sea privilegiando los productos descremados o light, comer cierto tipo de panes, quesillos, etc., esta condición se vuelve un problema más para

los enfermos, pues no están en condiciones económicas de comprarlos, explicando que muchas veces son ellos mismos quienes los fabrican, como el pan por ejemplo, esta situación sirve para no seguir adecuadamente la dieta recetada por el médico, por ello se requiere una **evaluación de las situación individual de las personas** además de orientarlos en cómo seguir la dieta sin necesidad de desembolsar dinero, sólo orientándolos a ordenar la alimentación que se poseen en el hogar.

Los entrevistados se sienten en cierta medida aislados del resto de la sociedad, o tentados a salirse de la dieta, explicando que en la mayoría de los eventos laborales son dejados de lado en cuanto a la alimentación que se ofrece, debiendo muchas veces abstenerse de asistir, o ir pero sin consumir alimento alguno, ya que son productos para personas sin diabetes, en ningún cóctel aparecen galletas de agua, productos sin azúcar, o endulzantes, es por ello que se requiere **ampliar la promoción de esta enfermedad cada vez más común, a toda la población.**

Informar claramente a las personas que es la diabetes y que cuando es controlada adecuadamente permite a las personas conseguir un nivel de vida normal, es una labor que se debe ser extendida hasta los empleadores de estos, ya que en ocasiones las personas se sienten bien con su enfermedad temen a ser discriminados en el ámbito laboral a causa de esta.

El apoyo familiar para las personas que padecen DM2, es fundamental, ya que, la familia es el principal agente motivador para que una persona se adhiera adecuadamente al tratamiento de la diabetes, tanto así que algunos entrevistados confesaron que si no sintieran apoyo familiar no tendrían interés en controlar su salud, ni en seguir el tratamiento médico. Aquí se vuelve indispensable en **trabajo a nivel familiar**, para que cada uno de sus miembros logren reconocer la labor que deben cumplir en la enfermedad, de acuerdo al rol que juega y a la cercanía que se tiene con el enfermo, además de conocer los cambios que esta acarrea.

Finalmente podemos concluir que el aporte que puede brindar el Trabajo Social a la adherencia de las personas con la Diabetes Mellitus Tipo II, es fundamental, porque si bien existe un desgaste físico durante a enfermedad, existe también un fuerte desgaste emocional, el cual necesita **orientación de personas especializadas.**

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, los aportes que puede realizar el Trabajo Social al tema de la Diabetes Mellitus II son variados, es como sería recomendable investigar sobre la incorporación de la familia al tratamiento de personas afectadas por esta enfermedad, también debido a los gastos en alimentación que se deben realizar se sugiere investigar sobre los cambios económicos y como se adecuan a ellos.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. Aguilar, L (2004). “Estudio Introdutoria”. En: *Implementación de Políticas Públicas*. Ediciones Miguel Ángel Porrúa, México.
2. Baechler, R., Mujica, V., Aqueveque, X., Ramos, L. & Soto, A. (2002). Prevalencia de diabetes mellitus en la VII Región de Chile. *Revista Médica de Chile*, 130, 1257-1264.
3. Colunga-Rodriguez; Col (2008) “Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 34, (4), pp. 1-7.
4. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud,(2008). Resumen Analítico del Informe Final: Subsanan las desigualdades en una generación. Recuperado 9 de enero 2011, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.
5. Crompton, R (1993). “Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales. Madrid.
6. Chile, Ministerio de Salud (2006). *Diabetes mellitus tipo 2* (Serie Guías Clínicas MINSAL N° XX, 1ª ed.) Santiago, Chile.
7. Gomariz, R (1992). “Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas. Periodización y perspectiva”, en ISIS N°17, Santiago de Chile.
8. Feito, R (1995). “Estructura social contemporánea. Las clases sociales en los países industrializados. Madrid: Siglo XXI de España editores.
9. Fernández, R., Fernández, C., Baprista, P., (2006). “*Metodología de la Investigación*”, 4ª edición, Barcelona: Megaso, p 597.
10. Franco, R, Leon, A. Atria, R. (2007). “Estratificación y movilidad social en América Latina: Transformaciones estructurales de un cuarto de siglo. Santiago. LOM ediciones.
11. Frenz, P.(2005). Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. *Chile Salud Pública*. Vol 9 (2), 103-110.

12. Gallegos, E., Cárdenas, V., & Salas, M. (1999). Capacidades de auto-cuidado del adulto con diabetes tipo 2. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17, 23 - 33.
13. González, M. 2002, citado por Rodríguez (2007) escribió: “*Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa*”, Revista Iberoamericana de Educación, Monográfico: Ética y Formación universitaria (29), p 15-19.
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Comisión Económica Para América Latina (2005) *CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050*. INE - CEPAL. Santiago de Chile.
15. Lamas, M (1999): “Genero, diferencia de sexo y diferencia sexual”, debate feminista, Año10, Vol. 20, Mexico.
16. Lerman Garber, Israel. (1998) Atención integral de pacientes diabéticos, 2ª edición, editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
17. Ministerio de Salud, (2006). Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2.
18. Neira Etcheverry, C (2009) Apuntes asignatura “*Metodología de la Investigación Cualitativa*”. Carrera Trabajo Social. Universidad de Concepción.
19. Peralta M, Pruneda P (2008) Adherencia a tratamiento .*Rev Cent Dermatol Pascua* . Vol. 17.(3) 15-28.
20. Olavarría, M (2005). *Pobreza, Crecimiento Económico y Políticas Sociales*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
21. Portes, A. Hoffman, K.(2003) .*Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal*. 889-900.
22. Perez Serrano, G (1998) “*Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*”, Vol II. Editorial La Muralla S.A, Madrid

23. Quintana, A; Merino,J; Merino, P y Cia, J (2008) “Variables psicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos tipo 2. *Rev. Mial Chile*. vol 136, (8).
24. Rizo M. (2001) “*El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto*”. Hacia un nuevo concepto de comunicación, Barcelona.
25. Saez, ML. (1995). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: Una investigación y las políticas. Recuperado el 25 de enero de 2011, de http://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=LZRvaS-nhW0C&oi=fnd&pg=PR4&dq=perspectiva+de+genero+en+tratamiento&ots=_QwD6D0FXM&sig=-nUE4K9XBR58YXCfSHE4u3kRQbA#v=onepage&q=perspectiva%20de%20genero%20en%20tratamiento&f=false.
26. Urzúa, A. & Jarne, A. J. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42, 151-160.
27. Valadez Figueroa I,Alfaro Alfaro N, Centeno Covarrubias G , Cabrera Pivaral C.(2003) Investigación en Salud “Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2”. México. ,volumen V, (3). Recuperado el 20 de enero 2011, de www.cucs.udg.mx/invsalud/diciembre2003/art4.html - 53k

XII. ANEXOS.

Pauta entrevista.
.....1

Cartas al director
.....2

Consentimiento informado.
.....3





UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL

Entrevista

Nº Entrevista:

Nombre Entrevistadora:

Fecha de aplicación:

Lugar de realización de la entrevista:

1.- Del Entrevistado:

1.1 Edad:

1.2 Sexo:

1.3 Ocupación principal (describir trabajo actual)

1.4 Cargo que ocupa en su trabajo (seleccionar según categorías de Golthorpe)

Clase intermedia:

Empleados ejecutivos

Trabajadores de servicios

Pequeños empresarios y trabajadores autónomos con dependientes

Pequeños empresarios y trabajadores autónomos sin dependientes

Técnicos de nivel inferior, supervisores de trabajadores manuales

Clase Trabajadora:

Trabajadores manuales industriales calificados

Trabajadores manuales industriales no calificados

Trabajadores manuales agrícolas

2.- Respecto a la adherencia al tratamiento de diabetes millitus II:

2.1 ¿Qué conoce usted respecto a la diabetes millitus tipo II?

.....
.....
.....
.....
.....

2.2 ¿Qué sabía usted de la enfermedad antes de padecerla?

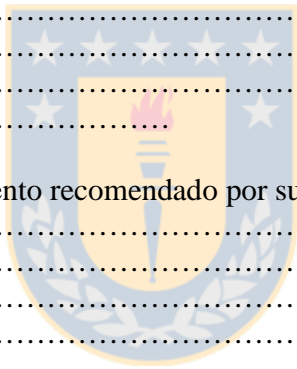
.....
.....
.....
.....

2.3 ¿Qué entiende usted por tratamiento de diabetes millitus tipo II?

.....
.....
.....
.....

2.4 ¿Cómo sigue usted el tratamiento recomendado por su centro de salud/ hospital?

.....
.....
.....
.....



2.5 ¿Cuánto tiempo le tomo a usted acostumbrarse al tratamiento de su enfermedad?

.....
.....
.....
.....

2.6 ¿Cómo se ha sentido durante su tratamiento?

.....
.....
.....
.....
.....

2.7 ¿Conoce las consecuencias de no seguir el tratamiento adecuadamente?

Sí _____ ¿Cuáles son? , No _____ ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....
.....

2.8 ¿Cree usted que es importante seguir el tratamiento de esta enfermedad?

Sí _____ ¿Cómo?, No _____ ¿Por qué?

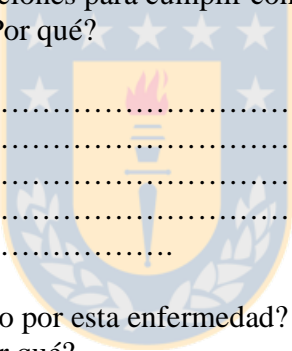
.....
.....
.....
.....
.....

3. Pertenencia a la clase social intermedia y trabajadora.

3.1 ¿Su trabajo le ofrece las condiciones para cumplir con su tratamiento?

Sí _____ ¿Cuáles son?, No _____ ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....
.....



3.2 ¿Se ha visto afectado su trabajo por esta enfermedad?

Sí _____ ¿Cómo?, No _____ ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Apoyo familiar:

4.1 ¿De qué manera su familia lo apoya en el tratamiento que debe seguir?

.....
.....
.....
.....
.....

4.2 ¿Algún integrante de su grupo familiar lo acompaña a los controles en su centro de salud/hospital?

.....
.....
.....
.....

4.3 ¿Por qué cree que es importante el apoyo de su familia con respecto a su enfermedad?

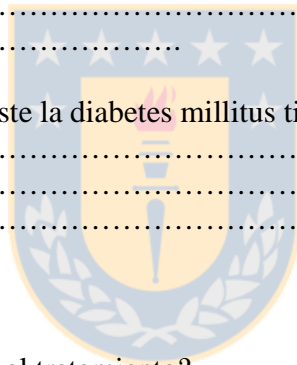
.....
.....
.....
.....

4.4 ¿Cómo se entero su familia de su enfermedad?

.....
.....
.....
.....

4.5 ¿Su familia sabe en qué consiste la diabetes millitus tipo II?

.....
.....
.....



5. Genero:

5.1 ¿Cómo percibe **su** adherencia al tratamiento?

.....
.....
.....

5.2 ¿Cree usted que el tratamiento de diabetes millitus tipos dos entre hombres y mujeres es distinta?

Sí_____¿Cómo?,_No_____¿Por qué?

.....
.....
.....
.....

5.3 ¿De parte de quien cree usted que es mayor la adherencia con el tratamiento?

.....
.....
.....



Universidad de Concepción
Depto. de Trabajo Social
Facultad de Ciencias Sociales.

Estimado director,.....

Somos un grupo de estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, que está recogiendo información con respecto a la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus II. Nos permitimos dirigirnos a usted como profesional a cargo, para solicitarle su cooperación en la realización de un estudio.

Este se trata de comprender en mayor profundidad la influencia de la clase social en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en su centro, por supuesto con la limitación que las circunstancias lo permitan y que usted y los demás profesionales a cargo estimen oportuno.

La metodología corresponde a un enfoque cualitativo, ya que se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto, en cuanto al método a utilizar es el fenomenográfico, ya que este estudio pretende investigar acerca del fenómeno social existente en entre la clase social y la adherencia al tratamiento de diabetes de personas que integran distintas clases sociales. La técnica de recolección de datos a utilizarse en este estudio corresponde a la entrevista semi estructurada, con esta técnica se pretende obtener información sobre el punto de vista y la experiencia de los pacientes

Nuestra intención se concreta en pedirle su colaboración para que permita a las personas que le han entregado esta carta, tener acceso a los pacientes de diabetes mellitus tipo II atendidos en su centro, le hacemos esta petición porque consideramos que el acceso a estos y el conocimientos aportados por los mismos son imprescindibles para comprender aspectos de interés para nuestra investigación.

Deseamos indicarle además, que estamos a su disposición para cualquier aclaración al respecto, así como para ampliar la información que le transmitimos en esta carta por el medio que estime más oportuno.

Agradeciéndole su atención se despiden atentamente:

Victoria Ávila Fica
Karen Salgado Vega
Johana Sanhueza Montero
Alumnas 5° Trabajo Social, Universidad de Concepción.

Mail contacto: karensalgadoudec.cl



Universidad de Concepción
Depto. de Trabajo Social
Facultad de Ciencias Sociales.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La investigación desigualdades de clases sociales y adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo2, corresponde a una tesis para optar al grado de licenciado en Trabajo Social de la Universidad de Concepción, y tiene como propósito comprender la influencia de la clase social en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Su participación como informante en esta etapa de la investigación es voluntaria y no remunerada. Si usted decide participar de la investigación tendrá la libertad de omitir preguntas hechas en las entrevistas y dejar de participar en cualquier momento.

Las entrevistas serán grabadas y sus registros se mantendrán en privacidad y sólo el/la investigador(a) responsable y la persona encargada de transcribir las grabaciones de las entrevistas tendrán acceso a la información que usted entregue. Su participación será anónima, por lo tanto, su nombre y otros datos personales no aparecerán cuando los resultados del estudio sean publicados o utilizados en investigaciones futuras.

En caso de tener alguna consulta sobre esta etapa de la investigación, usted podrá contactarse con el investigador responsable

Si usted está dispuesto a participar de esta entrevista, por favor firme donde corresponda.

Firma participante: _____

Firma investigador(a) responsable: _____

Fecha: _____